

15.ULUSAL HALK SAğLIğI KONGRE KİTABI

HALK SAğLIğI UZMANLARI DERNEğİ – HASUDER

Geri bildirimler için: hasuder@hasuder.org.tr

ULUDAğ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAğLIğI ANABİLİM DALI

ISBN: 978-975-97836-3-1

2-6 Ekim 2012 - BURSA

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İÇİNDEKİLER	
Sunuş Konuşmaları	13
Konuşmacı Metinleri	17
Sözel Bildiriler	151
1- Temel Halk Sağlığı	152
2- Sağlık Yönetimi	169
3- Bulaşıcı Hastalıklar	184
4- Çevre Sağlığı / Afetler ve Kazalar	197
5- Kronik Hastalıklar ve Engellilik	214
6- İş Sağlığı	230
7- Çocuk Sağlığı	245
8- Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı	263
9- Epidemiyoloji / Demografi ve Sağlık / Tıp İçin Sosyal Bilimler / Sağlık Ekonomisi Epidemiyoloji	278
10- Sağlık Eğitimi	295
11- Kronik Hastalıklar ve Engellilik / Toplum Beslenmesi	310
Poster Bildiriler	328
1- Temel Halk Sağlığı	329
2- Sağlık Yönetimi	456
3- Epidemiyoloji	522
4-Sağlık Ekonomisi	552
5-Demografi ve Sağlık	565
6-Tıp İçin Sosyal Bilimler	587
7- Sağlık Eğitimi	612
8- Çevre Sağlığı	712
9-Toplum Beslenmesi	747
10- Bulaşıcı Hastalıklar	792
11- Afetler ve Kazalar	863
12- Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı	894
13- Çocuk Sağlığı	1021
14- Kronik Hastalıklar ve Engellilik	1062
15- İş Sağlığı	1201

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

DÜZENLEME KURULU

Kongre Başkanları	Tacettin İnandı - Kayıhan Pala	
Kongre Sekreterleri	Emel İrgil - Gamze ÇAN	
Nalan Akış	Melikşah ERTEM	Tayyar Şaşmaz
Ferruh AYOĞLU	Harika Gerçek	Alpaslan Türkkan
Alp Ergör	Mine Kaya	

BİLİMSEL KURUL

Yasemin Açık	Necdet Aytaç	Banu Çakır
Cengizhan Açıkkel	Özen Aşut	Şanda Çalı
Songül Acar Vaizoğlu	Gülseren Ağrıdağ	Deniz Çalışkan
Hamit Acemoğlu	Bilal Bakır	Çiğdem Çağlayan
Muhsin Akbaba	F. Nur Baran Aksakal	Meltem Çöl
Recep Akdur	Zeynep Baykan	Fatma Çelik
Gazanfer Aksakoğlu	Ercüment Beyhun	Fevziye Çetinkaya
Mehmet Rifkı Aktekin	Erdal Beşer	Meltem Çiçeklioğlu
Levent Akın	Nazmi Bilir	Nesrin Çilingiroğlu
Hakan Altıntaş	Mehmet Bostancı	Şennur Dabak
Didem Arslantaş	Ali İhsan Bozkurt	Levent Dönmez
Didem Arslantaş	Resul Buğdaycı	Cihad Dündar
Dilek Aslan	Gamze Can	Cihad Dündar
Nazlı Atak	Günay Can	Figen Demir
Pınar Ay	Sevgi Canbaz	Yücel Demiral
Sefer Aycan	Osman Ceyhan	Reha Demirel
Remzi Aygün	Ali Ceylan	S. Erhan Deveci
Mualla Aykut	Süleyman Ceylan	Bahar Doğan
Ferruh Ayoğlu	Z. Aytül Çakmak	Galip Ekuklu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Nuran Elmacı	Osman Hayran	Atila Senih Mayda
Pınar Erbay Dündar	Kemal Macit Hisar	Selma Metintaş
Tuğrul Erbaydar	Burhanettin Işıkli	Melis Naçar
Mehmet Sarper Erdoğan	Aysun İdil	Pınar Okyay
Alp Ergör	Mustafa N. İlhan	Recai Oğur
Gül Ergör	Tacettin İnandı	Zeliha Öcek
Ahmet Ergin	Nurhan İnce	Buhara Önal
Ethem Erginöz	Emel İrgil	Ayşe Emel Önal
Melikşah Ertem	Sibel Kalaça	Birgöl Özçirpıcı
Erhan Eser	Cemalettin Kalyoncu	Cemil Özcan
Muzaffer Eskiocak	Fatih Kara	Hilal Özcebe
Muzaffer Eskiocak	Ali Osman Karababa	Servet Özgür
Nilay Etiler	Selma Karabey	Seçil Özkan
Emine Didem Evcı Kiraz	Leyla Karaoğlu	Mustafa Öztürk
Ercan Göçgeldi	Melda Karavuş	İlhan Öztürk
Mahir Güleç	Ayşe Kaypmaz	Ahmet Öztürk
Çağatay Güler	Yaşar Keskin	Zafer Öztekin
İskender Gün	Ahmet Nesimi Kişioğlu	Şevkat Özvarış
Türkan Günay	Mehmet ali Kurçer	Ferda Özyurda
Osman Günay	Bölent Kılıç	Bedia Ayhan Özyıldırım
Gölşen Güneş	Selim Kılıç	Kayıhan Pala
Günay Güngör	Tayfun Kır	Erkan Pehlivan
Metin Genç	Sibel Kıran	Hikmet Pekcan
Onur Hamzaoğlu	Emel Lüleci	Yıldız Pekşen
Bilge Hapçioğlu	Aliye Mandıracıoğlu	Birgöl Piyal
Metin Hasde	Işıl Maral	Tevfik Pınar

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Günay Saka	Ferdi Tanır	Sabahat Tezcan
Ahmet Saltık	Mustafa Taşdemir	Meral Türk
Dilşad Save	Perran Toksöz	Songül Vaizoğlu
Meral Saygun	Burcu Tokuç	Ayşegül Yarpuzlu
Ahmet Tevfik Sünter	Ş. Reyhan Uçku	Ayşe Yüksel
Rabia Sohbet	Ersin Uskun	Nuray Yeşildal
Haydar Sur	Belgin Ünal	Elçin Banu Yoldaşcan
Tayyar Şaşmaz	Demet Ünalın	Faruk Yorulmaz
Zeynep Şimşek	Sarp Üner	Ali Naci Yıldız
Şafak Taner	Alaettin Ünsal	Mehmet Zencir
Feride Aksu Tanık	Ö. Faruk Tekbaş	

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

15. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE PROGRAMI

2 Ekim 2012, Salı

09.30-11.00	A Salonu	Açılış <ul style="list-style-type: none">• Uludağ Üniversitesi Oda Orkestrası• Açılış konuşmaları
11.00-11.30	Ara	
11.30-13.00	A Salonu	Sağlık reformları neden, kim için? Oturum Başkanı: Necla Aytekin <ul style="list-style-type: none">• Reformlar ve ideoloji, Korkut Boratav• Sağlık alanında kamu-özel ortaklığı, Allyson Pollock
13.00-14.00	Yemek	
14.00-15.30	A Salonu	Türkiye'nin Olağan Dışı Durumlar (ODD) ile ilgili karnesi Oturum Başkanı: Ayşe Yüksel <ul style="list-style-type: none">• ODD'ye hazırlık ve ODD sırasında sunulması gereken hizmetler, Toker Ergüder• ODD sonrasında normal yaşama dönüş, Mehtap Türkay• Van depreminin değerlendirilmesi, Kevser Vatanserver
	B Salonu	Sağlıkta dönüşüm sürecinde sağlık mevzuatındaki değişimin yönü ve içeriği Oturum Başkanı: Cemil Özcan <ul style="list-style-type: none">• Sağlıkta dönüşüm sürecinde Dünya Bankası'nın ulusal sağlık mevzuatımıza olan etkisi, Nazan Savaş• 663 sayılı KHK'nın değerlendirilmesi, Ayтуğ Atıcı• SGK ve finansmanla ilgili mevzuat, Mustafa Sönmez
15.30-16.00	Ara	
16.00-17.30	A Salonu	Sözel Bildiri Oturumu (1): Temel Halk Sağlığı Oturum Başkanları: Prof.Dr. Osman Günay – Prof.Dr.Gülay Koçoğlu YETİŞKİNLERİN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ Çetinkaya, Baykan, Naçar AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARI ÇALIŞMA ORTAMLARI VE ÖZLÜK HAKLARI HAKKINDA NE DÜŞÜNÜYOR? GELECEĞE NASIL BAKIYOR? Özdemir, Yücel, Çiçeklioğlu, Öcek KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNTERNLERİNİN TIP EĞİTİMLERİ İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELERİ 2003-2012 Çağlayan, Etiler, Hamzaoğlu, Yavuz BOLOGNA SÜRECİ VE YÜKSEK ÖĞRENİM: TÜRKİYE NEREYE KOŞUYOR? Şahin ANKARA'DA BAZI AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURANLARDA TÜTÜN YASAĞI SONRASI KULLANIMI VE İLİŞKİLİ ETMENLER İlhan, Tunca, Avcı, Civil, Aycan İSTANBUL İLİ HALK SAĞLIĞI ÇALIŞANLARINDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE İŞ DOYUM DURUMU Yücel Tüfekçioğlu, Çavdar, Yüceokur,...
	B Salonu	Sözel Bildiri Oturumu (2): Sağlık Yönetimi Oturum Başkanları: Doç.Dr. Günay Saka – Doç.Dr. Bülent Kılıç ŞANLIURFA'DA AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Koruk, Hamidanoğlu AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI BİLİNİRLİĞİ: MANİSA Tunca, Öğrük, Alpgiray, Öztürk MANİSA İLİNDE SEÇİLMİŞ AİLE SAĞLIĞI BİRİMLERİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMET ÖZELLİKLERİNİN

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

		DEĞERLENDİRİLMESİ Özkan Bambal, Erbay Dünder, Eser İZMİR İLİ KAMU SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN LİDERLİK DAVRANIŞLARI Yeşilkayalı, Kılıç KAYSERİ'DE AİLE HEKİMLERİNE BAŞVURU DURUMU VE MEMNUNİYET DÜZEYİ Öztürk, Sağıroğlu, Gün, Balcı SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÇALIŞANLARININ MEMNUNİYET VE ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARI Hisar
	C Salonu	Sözel Bildiri Oturumu (3): Bulaşıcı Hastalıklar Oturum Başkanları: Prof.Dr. Melikşah Ertem – Prof.Dr. Leyla Karaoğlu İKİ ÖZEL YURTTA KALAN ÖĞRENCİLERDE MEYDANA GELEN AKUT BARSAK ENFEKSİYONU, ARALIK 2012, BANDIRMA Seçkin, Hakan, Sever TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 5 VE DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNİN KAN VE KAN ÜRÜNLERİ İLE İLGİLİ TEMAS DURUMLARI Dönmez, Kaplan, Yılmaz MANİSA İLİNDE İMPORTE BİR KIZAMIK OLGUSU: KONTROL ÇALIŞMALARI Atasoğlu, Köroğlu, Özden, Yaren,... TÜRKİYE'DE 1991-2010 YILLARI ARASINDAKİ HEPATİT A İNSİDANSI Ay, Torunoğlu, Gürün, Çom ŞANLIURFA İLKÖĞRETİM OKULLARI 2010-2012 YILLARI KUTANÖZ LEİSHMANİASİS AKTİF TARAMA SONUÇLARI Yentür Doni, Gürses, Dikme, Şimşek,... BURDUR DEVLET HASTANESİ PERSONELİNİN RİSKLİ TEMAS DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Sökel,Çoksak, Erçoban, Kılınç, Temel
	D Salonu	Anabilim Dalı Başkanları Toplantısı
17.30-18.15	Poster Alanı	Poster Başında Tartışma
18.15-19.30	Fuaye	Kokteyl
19.30	A Salonu	Nilüfer Belediyesi Çok Sesli Koro Konseri

3 Ekim 2012, Çarşamba

09.30-11.00	A Salonu	Neoliberal Sağlık reformları ve örgütlenme Oturum Başkanı: Ferda Özyurda <ul style="list-style-type: none"> • Neoliberal Sağlık reformları ve desantralizasyon: Latin Amerika örneği, Nuria Homedes • Neoliberal Sağlık reformlarının birinci basamağa etkisi, Göran Dahlgren
11.00-11.30	Ara	
11.30-13.00	A Salonu	Bulaşıcı hastalık tanı ve bildirim sistemindeki sorunlar ve çözüm yolları Oturum Başkanı: Işıl Maral <ul style="list-style-type: none"> • Dünyada erken uyarı ve yanıt sistemi, Asheena Khalakdina • Bulaşıcı hastalıkların tanı ve bildirim sistemindeki sorunlar ve çözüm önerileri, Nur Aksakal • Türkiye'de tüberküloz kontrolü: tanı ve bildirim sistemi ne kadar etkili? Zeki Kılıçaslan
	B Salonu	Gıda güven(siz)liği: Taraflar ve önlemler Oturum Başkanı: Ayşe Emel Önal <ul style="list-style-type: none"> • Türkiye'de tüketime sunulan gıdalar ne kadar güvenli? Samim Saner • Gıda ticareti ve piyasa tüketimi nasıl etkiliyor? Fatma Çelik • GDO ve insan sağlığı: Halk sağlıkçılar ne yapmalı? Işıl Ergin
13.00-14.00	Yemek	

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

14.00-15.30	A Salonu	<p>Sözel Bildiri Oturumu (4): Çevre Sağlığı / Afetler ve Kazalar Oturum Başkanları: Prof.Dr. Zeynep Aytül Çakmak – Doç.Dr.Erhan Deveci BİGA YARIMADASINDA ASBEST MARUZİYETİ VE AKCİĞER SAĞLIĞI ÜZERİNE DİSİPLİNLERARASI ÇALIŞMA Bakar, Mirici, Gönügür, Yiğitbaş,... DÜZCE HAVA KALİTESİ İZLEME İSTASYONU 2007-2011 YILLARI ARASI VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Mayda, Yılmaz İSTANBUL İLİNDE YÜZME VE REKREASYON AMAÇLI KULLANILAN SULARIN MİKROBİYOLOJİK PARAMETRELER AÇISINDAN İNCELENMESİ Balcı, Karatoy Altunkaynak, Şen,... VAN DEPREMİ HASUDER İLE TC SAĞLIK BAKANLIĞI ARASINDA YÜRÜTÜLEN İŞBİRLİĞİ ÇALIŞMASI, 2012 Ertem, Yönetim Kurulu Üyeleri TÜRK KIZILAYI'NDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN AFETLERE HAZIRLIK DURUMLARI Çelik Şensoy, Nahcivan DÜZCE İLİ TRAFİK ŞUBESİ 2010 YILI KAYITLARINDAKİ TRAFİK KAZALARININ İNCELENMESİ Mayda, Yılmaz, Köklü, Özdemir, Özen,...</p>
	B Salonu	<p>Sözel Bildiri Oturumu (5): Kronik Hastalıklar ve Engellilik Oturum Başkanları: Prof.Dr. Ahmet Öztürk – Doç.Dr. Birgül Özçirpıcı SOSYOEKONOMİK EŞİTSİZLİĞİN KORONER KALP HASTALIĞININ 10 YILLIK RİSKİNE ETKİSİ Şimşek,Sözmen, Günay TÜRKİYE'DE BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR KONUSUNDA ARAŞTIRMA KAPASİTESİNİN GELİŞTİRİLMESİ İÇİN HARİTALAMA (MAPPING) ÇALIŞMASI İşlek, Öztoprak, Kılıç, Ünal BALÇOVA'DA DİYABETLİ BİREYLERDE TEDAVİ ALMA VE KAN GLUKOZ DÜZEYİNİN KONTROL ALTINA ALINMA DURUMU Tarı Selçuk, Sözmen, Ünal KALP DAMAR HASTALIKLARI EPİDEMİYOLOJİSİ KONUSUNDA TOPLUMDA YAPILAN ÇALIŞMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ Şahan Akduman, Sözmen, Doğanay, Ünal SİVRİHİSAR İLÇESİ LİSE ÖĞRENCİLERİNDE KARDİOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİNİN YAYGINLIĞI Öztürk, Buğrul, Metintaş, Kalyoncu</p>
	C Salonu	<p>Sözel Bildiri Oturumu (6): İş Sağlığı Oturum Başkanları: Doç.Dr. Çiğdem Çağlayan – Doç.Dr. Meral Saygun TEMİZLİK İŞÇİLERİNİN GÜNEŞ IŞINLARINDAN KORUNMAYA YÖNELİK BİLGİ VE UYGULAMALARI Boztepe, Özsoy, Erkin Balyacı HEMŞİRE/EBE, ACİL TIP TEKNİSYENLERİNİN KESİCİ/DELİCİ ALETLERLE YARALANMA DURUMU Mihçioğur, Durukan, Bilgili Aykut, Akın İSTANBUL'DA BİR YATAKLI TEDAVİ KURUMUNDA ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN ŞİDDETE UĞRAMA SIKLIKLARI Tarı Selçuk, Çevik, Karataş DENİZLİ İLİNDEKİ KAMUYA BAĞLI SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞAN SAĞLIK MESLEK GRUPLARINDA ŞİDDETE UĞRAMA SIKLIĞININ BELİRLENMESİ Solakoğlu Uçar, Karahan, Arpacı,... AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN EVLİ HEMŞİRELERİN İŞ YAŞAMININ AİLE YAŞAMI ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ Gürel, Özsoy, Öztürk Dönmez İŞYERİNDE OLUŞTURULAN SİGARA BIRAKMA MERKEZİNİN SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Pekel, Baydur, Doğanay, Akdeniz,...</p>

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

15.30-16.00	Ara	
16.00-17.30	A Salonu	HASUDER Yeterlik Kurulu Toplantısı
	B Salonu	Geçmişten Geleceğe Halk Sağlığı Hemşireliği Oturum Başkanı: Ayla Bayık <ul style="list-style-type: none">Sağlık Politikalarının Halk Sağlığı Hemşireliğine Yansımaları, Zuhul BaharHalk Sağlığı Hemşirelerinin değişen rollerinin halkın sağlığına yansımaları, Süheyla ÖzsoyGelecekte Beklentiler: Eğitimde, Uygulamada ve Örgütlenmede Halk Sağlığı Hemşireliğinin Yapılandırılması, Selma Öncel
	C Salonu	Halk Sağlığı Asistanları Toplantısı
17.30-18.15	A Salonu	HASUDER Yeterlik Kurulu Toplantısı
	B Salonu	Halk Sağlığı ve Mizah Prof.Dr.Çağatay Güler
	C Salonu	Türkiye’de Halk Sağlığı Hemşireliği Araştırmaları İçin Öncelikler Kolaylaştırıcı: Semra Erdoğan
	Poster Alanı	Poster Başında Tartışma

4 Ekim 2012, Perşembe

09.30-11.00	A Salonu	Sağlığın finansmanı ve reformlar Oturum Başkanı: Galip Ekuclu <ul style="list-style-type: none">Uluslararası sağlık politikaları ve reformlar, Jean-Pierre UngerReformların ödeme yöntemlerine etkisi: Performansa dayalı ek ödeme, Feride Aksu Tanık
11.00-11.30	Ara	
11.30-13.00	A Salonu	Dünya Sağlık Örgütü’nün Yeni Avrupa Sağlık Politikası: Sağlık 2020 Oturum Başkanı: Necati Dedeoğlu <ul style="list-style-type: none">Sağlık 2020 neyi hedefliyor? Agis Tsouros“Herkes için Sağlık”tan “Sağlık 2020”ye: Dünyada hedeflere erişilebildi mi? Gazanfer Aksakoğlu“Herkes için Sağlık” ve “Sağlık 2020” Türkiye açısından değerlendirme, Ahmet Saltık
	B Salonu	Türkiye’nin çevre gündemi: Atıklar, enerji ve kent planları Oturum Başkanı: Ali Osman Karababa <ul style="list-style-type: none">Atık yönetimi, geri kazanım ve çevre, Çağatay GülerKent planları ve çevre, Murat Cemal YalçınanEnerji ve çevre, Tanay Sıdkı Uyar
13.00-14.00	Yemek	
14.00-15.30	A Salonu	Bulaşıcı olmayan hastalıklar, günümüzde ve gelecekte bizleri bekleyenler Oturum Başkanı: Murat Topbaş <ul style="list-style-type: none">Sağlıklı yaşlanma, Geoff GreenBirleşmiş Milletler Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar İşbirliği: Umutlar –eleştiriler, Gül ErgörTürkiye’de sağlıkta yeni örgütlenmenin bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü açısından getirdikleri, Belgin Ünal
	B Salonu	Sözel Bildiri Oturumu (7): Çocuk Sağlığı Oturum Başkanları: Prof.Dr. Gülsen Güneş – Doç.Dr. Meltem Çiçeklioğlu ORTAÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE AKRAN ÇATIŞMASI İNCELENMESİ Sohbet, Mermer İLKÖĞRETİM OKULU ÖĞRENCİLERİNDE AKRAN ZORBALIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ İncedal, Aksüt, Şeker, Balcı, Günay

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

		İLKÖĞRETİM VE LİSE ÖĞRENCİLERİ ARASINDA İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE YALNIZLIK Koyuncu, Ünsal, Arslantaş BİR SAĞLIK EŞİTSİZLİĞİ OLGUSU: BEBEK ÖLÜM HIZININ BÖLGELERE ve İLLERE GÖRE DEĞİŞİMİ Tüzün AKUT VE ACİL DURUMLAR OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMALARININ OMAHA SİSTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Ardıç, Esin ÇOCUKLAR ve GENÇLER İÇİN GELİŞTİRİLMİŞ GENEL AMAÇLI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KIDSCREEN'İN TÜRK DİLİNE UYARLANMASI VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ Baydur, Eser, Ergin, Gerçeklioğlu
	C Salonu	Sözel Bildiri Oturumu (8): Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı Oturum Başkanları: Prof. Dr. Reyhan Uçku – Doç.Dr. Burcu Tokuş SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELLERİ İLE YAPILAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN KADINLARIN MEME VE SERVİKS KANSERİNE YÖNELİK ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA ETKİSİ Ersin YAŞLI KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİNİ YAPMA BECERİSİNE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN ETKİSİ Kissal, Beşer İZMİR İLİ BORNOVA İLÇESİNDE DISMENORE SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER: TOPLUM TABANLI BİR ARAŞTIRMA Özdemir, Yücel, Gülhan, Ceber, Eser DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM ŞEKLİNE YÖNELİK TERCİHLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER Oktay, Duran GENÇ YETİŞKİN ERKEKLERİN KADINA KARŞI YAPILAN ŞİDDET İLE İLGİLİ ALGI, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Bebiş, Özdemir, Ortabağ, Ceylan
15.30-16.00	Ara	
16.00-17.30	A Salonu	HASUDER Genel Kurulu
	B Salonu	Halk Sağlığı Hemşirelerinin Türkiye’de Kadın Sağlığına Yönelik Öncelikleri Oturum Başkanı: Ümit Seviğ <ul style="list-style-type: none"> • Çalışma Yaşamı ve Kadın Sağlığı: Sigortalı/Sigortasız Çalışan Kadın, Ücretsiz Aile İşçisi Olarak Çalışan Kadın Ve Çalışan Yaşlı Kadın, Nihal Esin • Obezite ve Kronik Hastalıklarda Risk Grubu Kadınlar, Nursen Nahcivan • Yoksul Kadınların Sağlık Sistemine Ulaşımında Halk Sağlığı Hemşirelerinin Rolü, Rabia Hacıhasanoğlu Aşlar
17.30-18.15	A Salonu	HASUDER Genel Kurulu
	B Salonu	Günümüzün Sağlık Sisteminde Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları için Fırsatlar ve Engeller Kolaylaştırıcı: Nimet Karataş
	Poster Alanı	Poster Başında Tartışma

5 Ekim 2012, Cuma

09.30-11.00	A Salonu	Türkiye’de sağlık reformları (1980-2012) Oturum Başkanı: Hamdi Aytekin <ul style="list-style-type: none"> • Türkiye’de sağlık reformlarının uygulama süreci, Ferruh Niyazi Ayoğlu • Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı Temsilcisi • Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın değerlendirilmesi, İlker Belek
11.00-11.30	Ara	

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

11.30-13.00	A Salonu	<p>Devletin yeniden yapılanması ve halk sağlığı hizmetleri Oturum Başkanı: İskender Gün</p> <ul style="list-style-type: none"> • Halk sağlığı Kurumu, örgüt yapısı ve işlevleri, Mustafa Öztürk • Kamu hastane birlikleri: Kim için, amacı nedir? Cavit Işık Yavuz • Yeni yapılanma halk sağlığı açısından ne anlama geliyor? Mehmet Zencir
	B Salonu	<p>21. yüzyılda halk sağlığı açısından araştırmalar Oturum Başkanı: Bahar Güçüz Doğan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akademik kapitalizm ve araştırmalara etkisi, Murat Civaner • Memnuniyet araştırmaları: Neden, kim için? Erhan Eser • Günümüzde halk sağlığı araştırmaları ne için yapılıyor? Selim Kılıç
13.00-14.00	Yemek	
14.00-15.30	A Salonu	<p>Sözel Bildiri Oturumu (9): Epidemiyoloji / Demografi ve Sağlık / Tıp için Sosyal Bilimler / Sağlık Ekonomisi Oturum Başkanları: Doç.Dr. Zeliha Öcek – Doç.Dr. Emel İrgil</p> <p>SAMSUN İL MERKEZİNDEKİ LİSE ÖĞRETMENLERİNDE SİGARA İÇME SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER Pekşen, Dabak, Orhan, Özbahar Acar,...</p> <p>LİSE ÖĞRENCİLERİNİN KENDİ BİLDİRDİKLERİ AĞIRLIK VE BOY DEĞERLERİNİN GEÇERLİLİĞİ Öztürk, Buğrul, Metintaş, Kalyoncu</p> <p>MANİSA İLİNDE 2011 YILINA AİT ÖLÜM BİLDİRİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Atasoylu, Deveci, Altun, Ovayurt,...</p> <p>HALK SAĞLIĞI ALANINDA AHLAK VE ETİK SORUNLARI Civaner</p> <p>İSTANBUL'DA OTİSTİK ÇOCUKLAR EĞİTİM MERKEZLERİNDEKİ ÖĞRENCİ EBEVEYNLERİNİN YAŞAMLARI BOYUNCA</p> <p>KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN İNCELENMESİ Arslan, Lüleci, Hıdıroğlu, Karavuş</p> <p>KALP HASTALIKLARININ HASTANE MALİYETLERİ VE ETKİLEYEN ETMENLER Sözman, Pekel, Yılmaz, Akduman,...</p>
	B Salonu	<p>Sözel Bildiri Oturumu (10): Sağlık Eğitimi Oturum Başkanları: Prof. Dr. Meltem Çöl – Doç.Dr. Zeynep Baykan</p> <p>TÜTÜNLE MÜCADELEDE KURUMSAL SİGARA BIRAKMA MÜDAHALESİ UZUN DÖNEM SONUÇLARI Bozkurt, Dikbaş, Cengiz, Erikoğlu,...</p> <p>MANİSA'DA SEÇİLEN KENTSEL VE GECEKONDU BÖLGELERİNDE YETİŞKİNLERDE SAĞLIK OKUR-YAZARLIĞI VE ETKİLİ FAKTÖRLER Erbay Dünder, Dede</p> <p>SAĞLIK MESLEK LİSESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK DAVRANIŞLARI İLE SAĞLIK DENETİM ODAĞI VE ÖZ YETKİNLİK İLİŞKİSİ: NİĞDE ÖRNEĞİ Durduran, Bodur, Samancı Tekin</p> <p>DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 2011-2012 YILI İNTÖRNLERİNİN PRATİSYEN HEKİM OLARAK YETERLİLİK ALGILARI Kılınç Bulut, Palancı, Karadeniz,...</p> <p>7-11 YAŞ ARASI OKUL ÇOCUKLARINA 'TEMEL YAŞAM DESTEĞİ PROGRAMININ' UYGULANMASI Özata, Nahcivan</p> <p>AKRAN VE YETİŞKİN LİDERLİ EĞİTİM YÖNTEMLERİNİN TEMEL İLK YARDIM EĞİTİMİNE ETKİSİ Yalçın, Yıldız</p>
	C Salonu	<p>Sözel Bildiri Oturumu (11): Kronik Hastalıklar ve Engellilik / Toplum Beslenmesi Oturum Başkanları: Prof. Dr. Seçil Özkan – Prof.Dr. Aliye Mandracioğlu</p> <p>DİYARBAKIR'DA 7. VE 10. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA KULLANIMI Saka, Börtüçene, Çiçek, Berent</p> <p>KAHVEHANE, KAFETERYA VE LOKANTALARDA HİZMET VERENLERİN SİGARA YASAĞINA DESTEK DURUMU VE SİGARA KULLANIMLARINDAKİ DEĞİŞİM Öztürk, Balcı, Gün, Şarlı</p> <p>TOPLUM TABANLI SİGARA BIRAKMA MERKEZİNDE BİR YILLIK BAŞARI HIZI VE YENİDEN BAŞLAMA DURUMU Pekel, Ergör, Günay, Soysal, Doğanay,...</p> <p>BİR ÜNİVERSİTENİN BAZI ÖĞRENCİLERİNİN GIDA GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ BİLGİ, GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI Bilgili Aykut, Mihçioğur, Durukan, Akın</p> <p>BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 0-2 YAŞ ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON SIKLIĞI VE MALNÜTRİSYON SAPTANAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNE VERİLEN EĞİTİMİN ETKİSİ Demir, Özçirpici</p>

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

15.30-16.00	Ara	
16.00-17.30	A Salonu	Sağlığın geliştirilmesinde yeni araçlar Oturma Başkanı: Birgül Piyal <ul style="list-style-type: none">Sağlığı geliştirme stratejileri, Zeynep ŞimşekSağlık iletişimi ve medya, Sedat KüçükaySağlık okur yazarlığı ve internetin sağlık bilgi kaynağı olarak kullanılması, Sibel Kalaça
	B Salonu	Üreme sağlığı hizmetleri: Ne durumdayız, nereye gidiyoruz? Oturma Başkanı: Şennur Dabak <ul style="list-style-type: none">Siyasetin müdahalesi: "3 çocuk" önerisine nasıl bakmalı? Ayşe AkınÜreme sağlığı hizmetleri ve toplumsal cinsiyet, Türkan GünayTürkiye'de üreme sağlığı hizmetleri nereye gidiyor? Nilüfer Özyayın
17.30-18.15	A Salonu	Sahadaki Halk Sağlıkçılar Toplantısı
	Poster Alanı	Poster Başında Tartışma
18.15-19.00	A Salonu	Sahadaki Halk Sağlıkçılar Toplantısı
19.30		Kongre Yemeği

6 Ekim 2012, Cumartesi

09.30-11.00	A Salonu	Türkiye'de aile hekimliği uygulamalarının değerlendirilmesi Oturma Başkanı: Remzi Aygün <ul style="list-style-type: none">Aile hekimliği uygulamasının birinci basamağa etkisi, Alper TürkbayrakAile hekimliği uygulamasında ekip hizmeti anlayışı, Sabahat GözümHalk sağlığı penceresinden Türkiye'de aile hekimliği uygulaması, Talat Bahçebaşı
	B Salonu	İstihdam statülerinde değişim ve iş sağlığına etkileri Oturma Başkanı: Ferdi Tanır <ul style="list-style-type: none">Sanayi sektöründe istihdam ve iş sağlığı, Türk-iş temsilcisiHizmet sektöründe istihdam ve iş sağlığı, Arzu ÇerkezoğluTarım sektöründe istihdam ve iş sağlığı, Çalışma Bakanlığı temsilcisi
11.00-11.30	Ara	
11.30-13.00	A Salonu	Forum: Sağlık Reformlarının Halk Sağlığına Etkileri Kolaylaştırıcılar: Tacettin İnandı, Kayıhan Pala <ul style="list-style-type: none">Kongre Bildirgesinin görüşülmesi
13.00-13.30	Yemek	
13.30-18.30		Sosyal program: Bursa Büyükşehir Belediyesi rehberliği eşliğinde Bursa tarihi kent gezisi <ul style="list-style-type: none">Karagöz MüzesiAtatürk MüzesiOsmangazi Türbesi, Orhangazi Türbesi ve Tophane Saat KulesiHanlar BölgesiBursa Kent MüzesiYeşil Türbe

Sunuş Konuşmaları

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Değerli katılımcılar,

HASUDER ve Anabilim Dalımız tarafından işbirliği ile düzenlenen 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'ne hoş geldiniz.

Sizleri, 20-23 Haziran 1979 tarihinde Kirazlıyayla'da gerçekleştirilen "Toplum Hekimliği Öğretim ve Eğitimi I. Simpozyumu"nun ardından, otuz üç yıl sonra bir kez daha Bursa'da ağırlamaktan büyük bir memnuniyet duyuyoruz.

Bu yıl Kongremizin teması olarak sağlık reformlarını seçtik. Reformları yurt içinden ve dışından konuşmacılarla tartışarak, halk sağlığı penceresinden olumlu ve olumsuz yanlarını hep birlikte irdeleme olanağı bulacağız. Umarız karar vericiler, bilimin ışığında yapacağımız tartışmalara ve değerlendirmelere kulak verirler.

Kongre bilimsel programında üç kurs, sağlık reformları ile ilgili dört ana oturum, halk sağlığı ile ilgili on üç genel oturum, dört adet halk sağlığı hemşireliği oturumu, on bir sözel bildiri oturumu, dört poster başında tartışma, ilk kez düzenlenecek olan HASUDER Yeterlik Kurulu Toplantısı, seçimli HASUDER Genel Kurulu, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanları Toplantısı, asistan toplantısı ve sahadaki halk sağlıkçılar toplantısı yer alıyor. Kongrenin sosyal programında ise uluslararası başarıları olan Nilüfer Belediyesi Çok Sesli Korosu'nun konseri ve Bursa tarihi kent gezisi yer alıyor. Bu zengin içeriği gerçekleştirmek üzere ilk kez bir Halk Sağlığı Kongresi toplam yedi gün sürecek.

Kongremizde sekizi yurt dışından olmak üzere, toplam doksan altı oturum başkanı ve konuşmacı görev yapacak. Katılımcı sayımız, günlük katılımlar ve Kongre sırasında yapılacak kayıtlar dışında beş yüz otuz iki kişiye erişmiş durumda. Kongremize katılarak bizi onurlandıran oturum başkanlarımıza, konuşmacılara ve katılımcılara teşekkür ediyoruz.

Kongreye toplam beş yüz elli dört bildiri başvurusu oldu. Tüm bildiriler üç hakem tarafından değerlendirildi. Değerlendirme sonuçlarına göre altmışaltısı sözel ve dört yüz otuz üçü poster olmak üzere toplam dört yüz doksan dokuz bildiri Kongrede sunulmak üzere kabul edildi. Kongremize bildiri göndererek katkıda bulunan yazarlara ve bildiri değerlendirme sürecinde özveri ile çalışan hakemlere teşekkür ediyoruz.

Kongreyi özellikle halk sağlığı asistanları, hekimler, hemşireler ve ebeler daha rahat katılabilirler diye düşük bir katılım ücretiyle düzenlemeye çalıştık. Giderlerimizi düşük tutabilmek için çeşitli önlemler aldık, bazı uygulamalarda değişikliğe gittik. Örneğin Kongrede görevlendirilen halk sağlığı alanından konuşmacı ve oturum başkanlarımızın bazı giderlerini karşılamadık. Hatta kendilerinden –zorunlu olmamakla birlikte- Kongre kayıt bedellerini yatırmalarını beklediğimizi de belirttik. Bu çağrıya uyararak kayıt bedellerini yatıran konuşmacı ve oturum başkanlarımızın tümüne teşekkür ediyoruz.

Kongre kayıt bedellerini düşük tutunca, bir organizasyon şirketi ile çalışma olanağı bulamadık. Bu nedenle bütün organizasyonu Düzenleme Kurulu'nda yer alan meslektaşlarımızla birlikte gerçekleştirdik. Umarım yaşanabilecek aksaklıklar nedeniyle bizleri hoş görürsünüz.

Değerli meslektaşlarımız,

Halk sağlığı Türkiye'de zor bir dönemden geçiyor. Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında gerçekleştirilen neoliberal sağlık reformlarının yarattığı sorunlarla birlikte; yetiştirdiğimiz uzmanların istihdam ve özlük hakları başta olmak üzere yaşadıkları pek çok sorun, çözülmek üzere karşımızda duruyor. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nin sorunlarımızın çözümünü için yeni bir kilometre taşı olmasını umuyoruz.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Kongrenin gerçekleştirilmesinde emeği geçen HASUDER Yönetim Kurulu Üyeleri ile aylar boyunca süren özverili çalışmaları nedeniyle başta Doç.Dr.Emel İrgil olmak üzere Anabilim Dalımızın çalışanlarına içtenlikle teşekkür etmek istiyorum.

Saygılarımla.

Prof.Dr.Kayıhan Pala
Kongre Eş başkanı
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Açılış Konuşması

Değerli katılımcılar 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresine hoş geldiniz, Yeşilliği ve tarihsel özelliği ile öne çıkan güzel kent Bursa'da, bir arada olmanın, önemli bir kongreye başlamanın heyecanı içerisindeyim, hepimizi saygı ile selamlıyorum.

Sizlerle, bu yıl 15.sini gerçekleştirmekte olduğumuz kongrelerimizin kısaca tarihçesini paylaşmak istiyorum. Adı "Halk Sağlığı Kongresi" olmasa da, bu alanda bizler tarafından yapılan ilk toplantı, yine Bursa'da Kirazlıyayla'da "Toplum Hekimliği Öğretim Ve Eğitimi I. Sempozyumu" adı altında 20-23 Haziran 1979 yılında gerçekleşmiştir. Halk Sağlığı Kongresi Adı altındaki ilk kongre ise 1988 yılında, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ile Antalya Tabip Odasının öncülüğünde Antalya'da yapılmıştır. Daha sonraki dönemde bir yıl "Halk Sağlığı Günleri" bir yıl da "Halk Sağlığı Kongresi" düzenlenmiş olup, bu bir süre devam etmiştir. Bir süre sonra "Halk Sağlığı Günleri" kalkmış ve her yıl "Halk Sağlığı Kongresi" düzenlenmeye başlanmıştır.

Bugün itibarı ile, her yıl kongrelerimiz düzenlenmeye devam ederken "Halk Sağlığı Günleri"nin de geri döndüğünü söyleyebilirim. 2011 yılında derneğimizin organize ettiği "Okul Sağlığı Sempozyumu", "Tarım Sağlığı Sempozyumu" gibi etkinliklerin ortak adının "Halk Sağlığı Günleri" olmasına karar verilmiştir. Bu yıl Adana'da ve Şanlıurfa'da düzenlediğimiz etkinliklerin ortak adı, üst adı "Halk Sağlığı Günleri" idi. Derneğimiz bu yıl yine "I. Sanayinin İnsan Ve Çevre Sağlığına Etkileri Sempozyumu: Ergene Havzası Örneği" 25-26 Mayıs 2012 tarihinde Edirne'de yapılan etkinliğe destek olmuştur. Bir yıl içerisinde derneğimiz birkaç sempozyum ve bir kongre gerçekleştirebilecek kapasiteye erişmiştir. Geldiğimiz bu nokta sevindiricidir ve gelecek açısından da umut vericidir. Bu çalışmalarda öncülük eden Çukurova, Harran ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı anabilim dallarına teşekkür ediyorum.

Değerli katılımcılar, değerli meslektaşlar...

Halk sağlığı kongreleri giderek büyümektedir, yakın gelecekte daha da büyük katılımcılarla kongre yapacağımıza inanıyorum. Halk sağlığı hemşireliği ile Trabzon'da başlattığımız birliktelik bu yıl da sürdü. Ümit ediyorum ki gelecekte daha kurumsal bir işbirliği sürdürebiliriz. Bunun yanı sıra halk sağlığının diğer mesleklerini de kongremize daha çok katmak hedefimiz olmalı, halk sağlığı kongrelerini daha coşkulu, daha büyük katılımların olduğu ve çok ses getiren kongrelere dönüştürmeyi hedeflememiz gerektiği kanısındayım.

Kongrelerimizin gelişmesi ve sürekliliği açısından, mesleğimiz açısından kongrelerimizin standardının yükseltilmesi çok önemlidir. Kongrelerimizin bazı özellikleri şunlardır:

Kongrelerimizde bilimsellik hiç bir zaman vazgeçemeyeceğimiz bir özelliktir. Bilimsel kirliliğe yol açmayacak şekilde, bildiri değerlendirme ve kabul süreçlerimize ilişkin standartlar belirlemeli ve geliştirmeliyiz. Yine benzeri şekilde panel ve oturumlarımızın belirlenmesine ilişkin temel ilkeleri ve yöntemleri ortaklaşa oluşturmalıyız.

Kongrelerimizin bir diğer temel özelliği demokratik oluşudur. Kongrelerimizde her türlü düşünce ve fikir kendini ifade edebilmelidir. Fikir çeşitliliği bir zenginlik olarak görülmelidir. Olumlu ve düzeyli bir ortamda, karşılıklı saygı çerçevesinde herkes düşüncesini özgürce savunabilmelidir.

Değerli katılımcılar...

Kongrelerimizi çok sınırlı olan öz kaynaklarımızla gerçekleştiriyoruz. Bunun bize sağladığı güçlükler olsa da önemli olumlu yanları da olmaktadır. Düşüncelerimizi, fikirlerimizi özgürce belirtmek bunun en önemli yararlarıdır. Zor yanı ise, paranın çok önemli olduğu bir sistemle, çok az bir para ile iyi bir kongre gerçekleştirmektir.

Kongrelerimizden ve etkinliklerimizden başlıca üç alanda beklentimiz vardır; halk sağlığı bilimine, halkın sağlığına ve meslektaşlarımızın sorunlarının çözümüne katkı sunmasıdır. Bu nedenle burada sunulan bildirimlerin sonuçlarının kamuoyu ile paylaşılması çok önemlidir. Kongre kitaplarımızın bu yıl ilkini çıkardığımız ve her iki yılda bir çıkartılmasını arzu ettiğimiz Türkiye Sağlık Raporu için önemli kaynaklardan biri olmasını arzu ediyoruz.

Değerli katılımcılar, bir kaç cümle ile de halk sağlığının geleceğinden söz etmek istiyorum. Ülkelerin politik tercihleri ne olursa olsun halk sağlığı bir bilim ve sanat dalı olarak varlığını sürdürecektir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ülkemizde de halk sağlığı bilimi gelişerek varlığını sürdürcektir. Meslek etiği, bilimsel bilgi ve becerimiz üzerinden halkın sağlığına yapacağımız katkılarla bilim alanımız da gelişecek ve büyüyecektir.

Tüm dünyada halk sağlığı açısından yapılacak çok şey var. Pek çok değişimler yaşanıyor, bunların bir kısmı halk sağlığı açısından olumlu iken bir kısmı da ne yazık ki olumsuzluklar içeriyor. Bir yandan insan yaşamı uzarken bir yanda eşsizlikler derinleşiyor. Dünyanın bazı yerlerinde doğumda beklenen yaşam 80 üzerinde iken, bazı yerlerinde 40'ın altında. Dünyanın bir yerinde insanlar aşırı tüketmekten ölürken, diğer yerinde açlıktan ölüyorlar. Küreselleşme ile kapital ve paraya ilişkin değerler, yarışma öne çıkarken, insana özgü sevgi, kardeşlik, barış gibi değerler gerileme eğilimi gösteriyor. Paranın insanı kullandığı, en tepede olduğu bir dönem yaşıyoruz. şiddet, çatışma ve savaşlar hız kesmeksizin sürüyor. Bazı yeni bulaşıcı hastalıklar ortaya çıkıyor veya bir kısım hastalık etkenleri dirençli hale geliyor.

İşte bu zorlu koşullarda bizlerin görevi halk sağlıkçılar olarak, sağlıklı bir toplum, sağlıklı bir Türkiye ve Dünya için çalışmak, bu sorunların azalmasına katkı sunmaktır. İnsanlığın iyiyi, doğruyu ve mutluluğu arayışında, barışın, sevginin ve güvenin sağlanması, hastalıkların yanı sıra, çatışmaların ve savaşların önlenmesinde görevlerimiz vardır.

Değerli katılımcılar...

Bu kongrenin gerçekteşmesinde en büyük çabayı kuşkusuz Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı gösterdi. Anabilim Dalı Başkanı ve Kongre Eşbaşkanı Prof. Dr. Kayıhan Pala, Kongre Genel Sekreteri Doç. Dr. Emel İrgil ve diğer çalışma arkadaşlarına profesyonel bir destek olmadan çalıştılar. Kendilerine çok teşekkür ediyorum. Kongrenin düzenlenmesinde önemli bir katkıyı da HASUDER Yönetim Kurulu üyeleri vermiştir. Yönetim Kurulu üyelerimizin tümü düzenleme kurulunda görev alarak hizmet vermiştir. Kongre e-kitabının hazırlanmasında ve web sayfasının yönetiminde Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı araştırma görevlileri, Ersin Peker, Ömer Alışkın ve Davut Sarı çok çaba harcamışlardır. Kongremize Bursa Verem Savaş Dispanseri başta olmak üzere bazı kurum ve kuruluşlar da önemli katkı vermişlerdir. Kuşkusuz en önemli destek sizlerin katılımıdır. Kongremize destek veren tüm kurum ve kuruluşlara, kişilere ve sizlere çok çok teşekkür ediyorum.

Kongremizin halk sağlığı bilimine ve halkın sağlığına katkı sunması dileği ile hepinize saygı ve selamlarımı sunuyorum. 02.10.2012

Tacettin İnandı
Kongre Eş Başkanı
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yönetim Kurulu Başkanı

KONUŞMACI METİNLERİ

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRECİNDE DÜNYA BANKASININ ULUSAL SAĞLIK MEVZUATIMIZA ETKİSİ

Doç. Dr. Nazan SAVAŞ

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Antakya/Hatay

Sağlıkta dönüşüm sürecinde Dünya Bankasının (DB) sağlık mevzuatımıza etkisini anlamak ve doğru çözümleyebilmek için sırasıyla DB'nin kısa tarihçesi, yapısı, işleyişi, Türkiye'ye kredi verme süreci ve beş yıllık kalkınma planlarına etkisinden bahsedilecektir.

I- Dünya Bankası'nın Tarihçe ve İşleyişine Genel Bakış

II. Dünya Savaşı sonrası Avrupa'da oluşan ağır tahribatın giderilmesine katkı sağlamak amacıyla Birleşmiş Milletler (BM) Temmuz 1944'de ABD'nin New Hampshire Eyaleti Bretton Woods kasabasında para ve maliye konferansı düzenler. SSCB dahil 44 ülkenin katılımıyla gerçekleşen ve literatüre "Bretton Woods Konferansı" olarak geçen bu toplantılarda Avrupa'ya uzun vadeli finansmanı sağlayacak Uluslararası Yeniden Yapılanma ve Kalkınma Bankası (IBRD) ile uluslararası para sisteminin işleyişinden sorumlu Uluslararası Para Fonu'nun (IMF) kurulması kararlaştırılır. Kırdört kurucu üyesi olan bu kuruluşların işlerlik kazanması ise sırasıyla 1946 ve 1947 yıllarını bulur, Türkiye 11.Mart.1947 tarihinde üye olur.

Zamanla IBRD ve IMF'den başka birbirleri ile koordineli faaliyet gösteren ancak farklı misyonlar üstlenmiş olan "Uluslararası Finans Kurumu" (IFC) (1956), "Uluslararası Yatırım Anlaşmazlıkları Çözüm Merkezi" (ICSID) (1965), "Uluslararası Kalkınma Birliği" (IDA) (1969) ve "Çok Taraflı Yatırım Garanti Ajansı" (MIGA) (1985) kuruluşları da oluşturulur. Günümüzde bu beş kuruluş "**Dünya Bankası Grubu**" (DBG) olarak adlandırılırken, IBRD ve IDA birlikte "**Dünya Bankası**" (DB) olarak adlandırılmaktadır. IBRD orta gelirli ve kredi itibarına sahip yoksul ülkelere odaklanırken, IDA dünyadaki en yoksul ülkelere yoğunlaşmaktadır. Türkiye 1960 yılında IDA'ya üye olmuştur.

Avrupa'da savaşın tahribatı ABD Marshall yardımının da desteğiyle giderildikten sonra, DB gelişmekte olan ülkelerin yatırım kredisi gereksinimlerini karşılama amacı taşıyan bir yatırım ve kalkınma bankası haline dönüşür. Daha sonraları gelişmekte olan ülkelerde öngördüğü kalkınma modeli çerçevesinde ekonomik, sosyal ve toplumsal yapının tümünün dönüştürülmesini esas alan programlara ilgi duymaya başlar. Çünkü dünyada pekçok ülkede 1970'li yılların sonlarında kamu harcamalarının giderek artması ve finansmanda zorlukların baş göstermesiyle birlikte hükümetler yeni kamu yönetimi (YKY) arayışına girmişler, özellikle muhafazakar hükümetler kamu yönetiminde yeni düzenlemelerin yapılması, örgütlenmede piyasa modellerinin kullanılması ve devletin hizmet sunumu yerine düzenleyici, denetleyici ve yol gösterici olmasını savunan yeni sağ politikalar izlemeye başlamışlardır. Yeni sağ politikalar çerçevesinde YKY üretim sektöründen hizmet sektörüne pekçok devlet sektörünü kapsamaktadır. Çünkü gelişmiş ülkelerde post endüstrileşme dönemine girilmiş, üretim sektörünün yanı sıra hizmet sektörleri de önem kazanmaya başlamıştır. Bu dönemde başta eğitim ve sağlık olmak üzere hizmet sektörleri neoliberal felsefe çevresinde biçimlenen yeni sosyal politikaların uygulama alanları olmuştur. YKY anlayışının benimsenmeye başladığı ve sağ hükümetlerin çoğunlukta olduğu dönemde yapılan, Türkiye'nin de katıldığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) **Alma Ata Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nın** (Eylül 1978) sonuç bildirgesi her ne kadar sağlığın bir insan hakkı olduğunu söylemekte, temel sağlık hizmetini (TSH) tanımlamakta ise de aslında neoliberal felsefenin sağlık alanında başlangıç sinyallerinin ilk duyurulduğu metin olarak kabul edilebilir. Metinde TSH'ni başlatmak, yürütmek ve diğer sektörlerle işbirliği yapmak için;

-Gerekli ulusal politika, strateji ve çalışma planlarının yapılması gerektiği

-Politik amaçların kullanılması, memleket kaynaklarının harekete geçirilmesi ve mevcut dış kaynaklardan yeterince yararlanılması gerektiği belirtilmektedir.

Alma Ata Bildirgesi hükümetleri, uluslararası örgütleri, çok ya da iki ortaklı kuruluşları, hükümet-dışı örgütleri, parasal kaynak sağlayan kuruluşları (**neoliberal sistem dinamiklerini**) özellikle gelişmekte olan ülkeleri desteklemeye, artan teknik ve parasal desteği bu amaçlara yöneltmeye ve işbirliğine çağırmaktadır.

DSÖ Alma Ata Temel Sağlık Hizmetleri Konferansında sağlıkta neoliberal felsefenin başlangıç sinyallerinin verildiği, bu sürecin daha sonraki yıllarında DSÖ EURO Bölge Ofisinin yayımladığı "2000 Yılında Herkese Sağlık" (1980) ve "21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" (1998) hedeflerinden de anlaşılabilir. Özellikle "21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" ın 14-21. hedeflerinde belirgin şekilde neoliberal sistemin önkoşulları ortaya koyulmuştur.

Ne ilginçtir ki DSÖ Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nın yapıldığı 1978 yılında DB ile IMF arasında "**WASHINGTON MUTABAKATI**" olarak adlandırılan anlaşma yapılmış ve DB ilk kalkınma raporu olan "**Büyüme İçin Beklentiler ve Yoksulluğun Önlenmesi (Prospects for Growth and Alleviation of Poverty)**" raporunu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yayımlamıştır. Washington Mutabakatı'nın varsayımı, ABD ve küresel sermaye için iyi olanın dünya için de iyi olmasıdır. Washington Mutabakatı 1980'den sonra; hem Türkiye'de, hem de dünyada (Çin hariç) uygulamaya konulan neoliberal politikaların temelini oluşturur. Türkiye 24 Ocak kararlarıyla mutabakatı onaylayan ilk ülke olur.

Ülkelerin yeni sağ politikaları ve YKY arayışları DB'nin yeni amaç ve işleyişine etki ettiği gibi, DB da bu süreçte ülkelere yön vermiş, yeni sağ politikalar bağlamında YKY'nin şekillenmesinde önemli ölçüde rol almış, hatta yönetmenlik yapmıştır. Şöyle ki; DB üye ülkeleriyle ilişkilerini kamu üzerinden kurmaktadır. DB uzmanları Asya, Latin Amerika ve Doğu Avrupa'da pekçok üye ülkeye danışman olarak gönderilmiş, kamunun azaltılması, özelleştirmenin yapılması ve desentralizasyonun uygulanması gibi neoliberal sistemin gerekliliği ile ilgili dökümanlar ve raporlar yazılmış, yazılan raporlar DB tarafından incelenip onaylanmış, hükümetlerce benimsenilip kanunlaştırılmış ve uygulama için krediler verilmiştir. YKY'inde yapılan düzenleme ya da değişiklikler için verilen kredilerin kullanım şartları ve alanları maddeler halinde belirtilmiş ve şartların yerine getirilip getirilmediği banka tarafından izlenmiştir. Hala devam eden bu süreç, günümüz Türkiye'sinde de pekçok kamu alanında yoğun olarak yaşanmaktadır. Sağlık da bu alanlardan biridir.

Dünya Bankasına üye ülkelerin sayısı Temmuz 2012 itibariyle IBRD için 188, IDA için 172'dir. Gelişmiş ülkelerin DB'na üye olmak istemelerinin başlıca nedenleri şöyle sıralanmaktadır;

1. Gelişmekte olan üye ülkelerin kalkınmalarını destekleyerek dünya ticareti ile ülkelerarası işbölümünü, dolayısıyla uluslararası refahı arttırmak

2. Gelişmekte olan üye ülkelerde Dünya Bankası'nca finanse edilen projelerin ihalelerine kendi şirket ve kuruluşlarının katılabilmesini sağlamak. DB kuralları gereği DB'na üye olmayan bir ülkenin şirket veya kuruluşları DB'nca finanse edilen bir projenin ihalelerine ve projenin yürütülmesine katılamaz.

3. Banka karar ve uygulamalarında etkili olarak Banka siyasetini etkilemek ve böylece küreselleşen dünyada söz sahibi olmak. Çünkü; DB mevzuatına göre yüksek sermaye sahibi olan üye gelişmiş ülkelerin banka karar ve uygulamalarında yüksek oy gücü bulunmaktadır. Bu durum özellikle oy çokluğu gerektiren sermaye artırımı gibi kararlarda önemlidir. O halde oy gücünün de hesabı önem taşır. Oy gücünün hesaplanması şu şekildedir;

Üye Ülkenin Dünya Bankası'ndaki Toplam Oy Gücü x 100 = Üye Ülkenin Sabit Oy Sayısı (250) + Üye Ülkenin Değişken Oy Sayısı [(Dolar cinsinden sermaye payı / 1.206) / 100.000] / Dünya Bankası'nın Toplam Oy Sayısı

Tablo 1'de 2012 yılı Temmuz ayı için IBRD'de en yüksek ve en düşük sermaye payına ve oy gücüne sahip üye ülkeler ve Türkiye'nin durumu görülmektedir.

Tablo 1. IBRD'de en yüksek ve en düşük sermaye payına ve oy gücüne sahip üye ülkeler ve Türkiye'nin durumu (Temmuz-2012)

ÜLKELER	SERMAYE PAYI		OY GÜCÜ	
	MİKTAR (Milyon dolar)	TOPLAM SERMAYE İÇİNDEKİ PAYI %	OY SAYISI	%
ABD	28,118.3	16.45	281,717	15.56
Japonya	16,544.4	9.68	165,978	9.17
Almanya	8,245.0	4.82	82,984	4.58
İngiltere	7,369.5	4.31	74,229	4.10
Fransa	7,369.5	4.31	74,229	4.10
Türkiye	1,541.8	0.90	15,952	0.88
Kamboçya	21.4	0.01	748	0.04
El Salvador	14.1	0.01	675	0.04
Palu	1.6	0.00	550	0.03
TOTAL	170,965.3	100.00	1,810,045	100.00

DB'nin yönetim organlarını Governörler Kurulu, İcra Direktörleri Kurulu ve Başkan oluşturmaktadır. Bu organların dışında Kalkınma Komitesi de önemli bir birimdir. Governörler Kurulu, temel karar organıdır ve her üye ülkenin atadığı bir guvernör ile bir guvernör vekilinden oluşur. İcra Direktörleri Kurulu ise Banka'nın genel faaliyetlerinin yürütülmesinden ve yönetiminden sorumludur. İcra Direktörleri Kurulu 24 kişiden oluşmaktadır. Yüksek sermaye payına sahip gelişmiş ülkelere (ABD, Japonya, İngiltere, Almanya ve Fransa) kendi atadıkları bir icra direktörü düşerken, ortalama 11 ülkeden oluşan bir gruba bir seçilmiş icra direktörü düşmektedir. **Kurul kararlarını toplam oy gücünün en az yarısından bir fazla oy gücüyle alabilir.** Yüksek sermaye paylarına sahip gelişmiş ülkelerin yüksek oy güçleri de göz önünde bulundurulduğunda; Banka'nın karar ve uygulamalarında ne denli etkili olabilecekleri açıktır. Bu haliyle DB demokratik bir kurum olmanın çok uzağındadır.

I.a. Dünya Bankası Kredileri

Çağdaş merkezi devlet gücünün kurumsallaşma sürecinde; 1980'e kadar olan değişim dönemi için "idari reform" terimi kullanılırken, YKY arayışının olduğu 1980'li ilk yıllarda yaşanan değişim dönemi için DB'nin etkisiyle "yapısal uyarlanma/uyum" terimi kullanılmaya başlanmıştır. Çünkü; DB gelişmekte olan ülkelere yatırım projelerinin dışında kalkınma için yapılan ekonomik ve sosyal programların uygulamalarına da kredi vermektedir. Banka'nın tanımına göre; kalkınma, her bakımdan uygun seviyeye ulaşma amacıyla ekonomik, sosyal ve toplumsal yapının tümünün dönüştürülmesi sürecidir. Bu bağlamda verdiği krediler temel olarak şu şekilde sınıflandırılır;

1. Proje (yatırım) kredileri
2. Uyarlanma (uyum, program) kredileri (APL)
 - a. Yapısal uyarlanma kredileri (SAL)
 - b. Sektörel uyarlanma kredileri (SECAL)
3. Karma krediler

Yatırım ya da uyum kredileri için üye ülke ile DB arasında "İkraz Anlaşması" (Loan Agreement) yapılır. İkraz Anlaşması; DB ile borçlu ülke arasında imzalanan ve varılan mutabakat neticesinde konuya ilişkin hukuki ve mali koşulları düzenleyen, borçluya ödeme yükümlülüğü doğuran anlaşmadır.

Yatırım kredileri ya ülke hükümetine ya da onun garantisini altında bir kamu kurum veya kuruluşuna verilir. Altyapıdan sanayi yatırımlarına, sağlıktan eğitime çok geniş bir yelpazeye sahiptir. Uyum kredileri ise gelişmekte olan ülkelerin piyasaya siyasal etkilerini azaltan, özelleştirme olanağı sağlayan ve ticaret serbestliğine yönelik yapısal değişim programlarına verilmektedir. Yapısal uyum programlarında kamu yatırımları ve sosyal harcamaların azaltılması, devletin piyasaya müdahalesinin minimum düzeye çekilmesi, vergilerin artırılması ve kamu yönetiminin uyarlanması istenilen sisteme entegrasyonu öngörülmektedir. Özellikle 1980'den sonra verilen APL'lerle uygulamaya konulan programlar sayesinde DB az gelişmiş ülkelerin ekonomik politikalarının yönlendirilmesinde büyük etkinlik sağlanmış, ihracat ürün fiyatları düşürülerek bu ülkelere kaynak transferi de artırılmıştır. SECAL'ın APL'den farkı; sağlık, tarım vb. daha dar kapsamlı hedeflere sahip olmalarıdır. SECAL belirli bir projeye uygulanmakla birlikte, uygulanan projenin dahil olduğu sektörün, bu proje ile yapısal bir değişiklik içine girmesi hedeflenmektedir.

DB kredi verirken, varlığının büyük etki yapacağı ve verdiği kredinin etkinliğini destekleyen genel bir politika ortamına sahip ülkeleri tercih etmektedir. DB kredileri piyasa kredilerine göre daha uzun vadeli (5 yılı ödemesiz, 15-17 yıl geri ödemeli) ve piyasa faiz oranlarına çok yakın faize sahiptir. IDA kredileri ise 35-40 yıl süreli olup, sıfır faizlidir. IDA, ülkenin finansman ihtiyacı olan krediyi belirlerken (pek çok fakir Afrika ülkesinde olduğu gibi) ülkenin sahip olduğu hammadde zenginliklerini dikkate almaktadır.

DB grubundaki diğer kuruluşlardan olan IFC özel sektör kuruluşlarına kredi verir. IFC, ülkelerin hükümet garantisini aramaksızın yerli ve yabancı özel sermayeyi bir araya getirmeye çalışır, şirketlere üye olabilir ve yatırım fonları kurabilir. MIGA ise "Politika ve danışmanlık hizmetleri" kapsamında gelişmekte olan ülkelere yabancı sermaye akışını teşvik eder.

I.b. Projelerin seçimi, hazırlanması ve uygulanması

Banka, ülkelerin proje seçimi aşamasında yer aldığı gibi, hazırlama aşamasında da aktif rol oynar. Böylece Banka'nın ihtiyaç ve standartlarını göz önüne alan bir projenin hazırlanması, borçlunun kaynak ve kapasitesinin değerlendirilmesi ve hazırlık çalışmasının gerektirdiği teknik yardım sağlanmış olur. Bazen proje hazırlama aşamasında BM, UNESCO, FAO, WHO ve UNDP gibi uluslararası kuruluşlardan mali ve/veya teknik destek alınır. Projeler ya o ülkede bulunan DB temsilciliği çalışanlarının ülke yetkilileriyle olan temasları sonucu ya da DB tarafından mevcut projelerin durumunun değerlendirilmesi amacıyla ülkeye gönderilen misyonların belirlemeleri ile ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte hedeflerin tanımlandığı, temel sorunların belirlendiği ve zaman tablosunun oluşturulduğu bir rapor hazırlanarak (*aide memoir*) üye ülkeye verilir. Hazırlanan projelerin değerlendirmesi tamamen DB tarafından yapılır.

Yapılan görüşmeler sonucunda son şeklini almış kredi anlaşması metni ve değerlendirme raporu öncelikle ülkenin hükümeti tarafından Bakanlar Kuruluna veya yasama organı tarafından onay gerektiren hallerde nihai onaya sunulur. Bu onay daha sonra DB Başkanı'nın raporuyla birlikte DB İcra Direktörleri Kurulu'nun onayına sunulmaktadır.

Projenin uygulanması borçlu ülkenin sorumluluğunda olan bir süreçtir. Bu sürecin anlaşmada yer alan koşullar çerçevesinde yürütülmesi gerekmektedir. Uygulamada bazı sorunların ortaya çıkması durumunda,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Banka ile anlaşarak proje metnindeki şartlarda değişiklikler yapılabilir. Anlaşmalar dönüştürme gücünü eklerinde bulunan koşullardan almaktadır. Koşullar kimi zaman “borçlunun kalkınma planındaki hedeflerine ulaşmada tatmin edici ilerleme sağlanması” ölçütü kadar genel ve esnek iken, kim zaman da “bir yasanın çıkarılması ya da bir çalışmanın belirli bir tarihte tamamlanması” gibi özel, katı ve emredici nitelikte olabilir.

1.c. Dünya Bankasının Türkiye’ye Kredi Verme Sürecindeki Değişim

Dünya Bankası Türkiye’ye ilk kredisini 1950 yılında verir. 1970-80 yılları arasında düşük büyüme hızı ve devletçi ekonomik yönetim modeli olması nedeniyle Türkiye DB’nin ilgisini çekmez. Bu dönemde kısıtlı sayıda kilit ekonomik sektörler için yatırım kredileri verilir. 1979 yılında IMF ile Stand-by anlaşması yapılır. 1980 yılında ise Yapısal Uyum Programlarının kabulü olarak tanımlayabileceğimiz 24 Ocak kararları ve ardından 12 Eylül askeri darbesi gerçekleşir.

1980’li yıllarda Özal’ın ülkeyi liberalleştirme çalışmalarıyla birlikte kredi düzeyinde belirgin bir artış olur ve **1981**’de ilk Yapısal Uyum Kredisi (SAL) verilir, bunu dört SAL daha izler. Böylece ülkede dönüştürme süreci başlamış olur. 1986-88 döneminde Türkiye “DB’nin gözdesi” iken, 1989’da mevcut hükümetin ekonomide istikrarı bozan yapısal sorunlar konusunda yeterli ilerleme gösterememesi DB’na Türkiye’ye yeni bir SAL vermeme kararını aldırır. Ancak 1988-93 arasında birçok sektörde toplam 22 yatırım kredisi sağlanır. Daha sonra, 1994-98 koalisyon hükümetinde politik konsensus sağlanamaması ve 1994 kriziyle beraber Banka uyum kredileri için uzun bir koşullar listesi hazırlar. Ancak 1995’de Kamu Mali Yönetim Projesini destekleyerek (PFMP) kamu yönetiminde yapılacak reformların ilk ateşini yakar ve 1996 Nisan’da “**Türkiye’nin yapısal uyum sürecine yönelik tehditler**” raporunu yayınlar. 1990’lı yılların sonlarına doğru Banka’nın karar süreçlerinin desentralizasyonu ile ilişkiler yeniden artmaya başlar ve 1999 Marmara depreminde Banka acil yardım sağlar.

Ecevit’in Başbakan olduğu 57.Koalisyon Hükümeti (DSP-MHP-ANAP) döneminde yaşanan 1999 yılı mali krizinde, DB ve IMF yakın işbirliği içinde çalışarak istikrar programının yapısal öğelerinin tanımlanması için raporlar hazırlar. Ardından Hükümet 10.Mart.2000 tarihinde DB’na “**Türkiye Ekonomik Reform Kredisi Kalkınma Politikası Mektubu**” nu gönderir. Bu mektubun bazı alt başlıkları “yapısal reform programı” ifadelerini taşımaktadır. Yine bu mektupta “Kamu Harcamalarının ve Kurumsal Yapının Gözden Geçirilmesi” (PEIR) çalışması yapılacağı da belirtilmiştir. Daha sonra PEIR çalışması kapsamında Hazine başta olmak üzere Maliye Bakanlığı, Sayıştay ve DPT’nin yanı sıra DB da raporlar hazırlar. Bütçe reformu olarak anılan PEIR çalışması 2001 sonunda tamamlanır. PEIR çalışması aslında krediler karşılığında yapılması gereken düzenlemeleri içermektedir.

Mektup sonrasında 760 milyon \$ tutarında **Ekonomik Reform Kredisi (ERL)** (2000) anlaşması yapılır. ERL, uyum kredilerinin sürdürülmesini sağlayacaktır. Bu dönemde yazılan üç rapor ki bunlar “**Ülke Ekonomik Memorandumu**”, “**Yaşam Standartları Değerlendirmesi**” ve “**Kamu Harcamaları ve Kurumsal Değerlendirme**” 2000-2002 yılları arasında uyum kredileri için temel oluşturur.

(Banka bu raporlar ve daha sonraki benzeri raporların (Sağlık, Tarım, Eğitim ve İşgücü Piyasaları, Belediye ve Su sektörleri hakkında) yazılması için yaptığı analitik çalışmalarla kendisi için bilgi temeli oluştururken, bakanlıklarla konsensus sağlar ve kilit yapısal reformların hazırlanmasında raporları etkin biçimde kullanarak politikalara yön verir)

Kasım 2000 tarihinde DB ve Türkiye arasında üç yıllık dönemi kapsayan ve ikinci nesil reformların gelişini bildiren ilk **Ülke Destek Stratejisi-Country Assistance Strategy (CAS)** anlaşması yapılır. 5 milyar \$ tutarında bir kredi programına dahil olan ilk CAS, temel olarak sürdürülebilir uzun vadeli büyüme ve ekonomik sorunların azaltılması konularında Türkiye’ye yardımcı olmak üzere tasarlanmıştır. 2008 yılına kadar olan krediler CAS yönetimi ile verilir.

Daha sonra, 2002 yılı başında “**1. Program Amaçlı Mali ve Kamu Sektörü Uyum Kredi Anlaşması**” (PFPSAL-I) ve 2002 yılı sonunda **PFPSAL-II** (Kemal Derviş) yapılır. PFPSAL’lar finans ve kamu sektörlerinde Türkiye’nin gelecekte uygulayacağı politikaları, kredi ön koşullarını ve yerine getirilmesi gereken taahhütleri içermektedir. Bu taahhütler Kamu Sektörü Reformunu (bütçe dahil) da kapsamaktadır. Böylece 2002 yılında Banka Türkiye’nin programını 3.5 milyar \$’lık taahhütlerle destekleyerek, o yıl en yüksek krediyi Türkiye’ye açmış olur.

3 Kasım 2002 seçimi sonunda 1991 yılından beri Türkiye’de ilk kez bir çoğunluk hükümeti olan Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) göreve gelir. Böylece Türkiye’de DB’nin istediği ortam oluşmuş, varlığının büyük etki yapacağı ve verdiği kredinin etkinliğini destekleyen genel bir sağ politika ortamı gerçekleşmiştir. Çok geçmeden, 16 Kasım 2002 tarihinde Hükümet “**Acil Eylem Planı**” nı (AEP) açıklar. AEP kapsamında; Kamu Yönetimi Reformu, Ekonomik Dönüşüm Programı, Demokratikleşme ve Hukuk Reformu ile Sosyal Politikalar başlıkları altında toplam (205) faaliyet belirlenir. Kamu Yönetimi Reformu Kapsamındaki faaliyetlerden 28’i Merkezi İdare Reformu, 9’u Yerel Yönetimler Reformu, 1’i Devlet Personel Rejimi Reformu, 7’si de Yolsuzlukla

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Mücadele başlıkları altında tanımlanmıştır. “Herkesin Sağlık” başlığı altında yer alan sekiz faaliyet SDP ve Sosyal Güvenlik reformunun temel faaliyetleridir.

Hükümet, AEP ile eş zamanlı olarak DB destek programı kapsamındaki yapısal alanlar üzerine de yoğunlaşır. 2004-2007 yılları arasında **II.CAS** uygulamaya konur. II.CAS Hükümetin öncelikleri ile uyumlu dört kalkınma teması etrafında oluşturulmuştur. Bu temalardan biri de “*Adil beşeri/insani ve sosyal kalkınma*”dır. II.CAS hedeflerinin gerçekleştirilmesini desteklemek içinde de güçlü bir IFC programı tasarlanarak uygulamaya konur.

Dünya Bankası 2004 yılında kapsamlı finans ve kamu sektörü reformu için T.C. Hükümeti ile **ERL-II** ve **PFPSAL III** (1 milyar \$) anlaşmalarını yapar. PFPSAL III, Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) ile Vergi Stratejisinin tasarım ve uygulamasının temel destekleyicisi olur. Daha sonra Haziran 2006’da 403 milyon Euro değerinde “**Program Amaçlı Kamu Sektörü Kalkınma Politikası Kredisi-I**” (**PPDPL-I**) alınır. PPDPL-I de SDP ve Sosyal Güvenlik Sistemi reformları için kullanılır. (Özellikle yeşil kart sistemi de dahil olmak üzere mevcut beş sağlık sigortası programını birleştirerek tek bir sağlık sigortası fonunun oluşturulması, ayakta tedavi veya temel sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik organizasyonel bir model olarak aile hekimliğinin uygulamaya konulması, ve etkili bir hasta sevk sisteminin geliştirilmesi için kullanılması öngörülmüştür.)

PFPSAL-III, PPDPL ve CEDPL’nin (Rekabet ve İstihdam Amaçlı Kalkınma Politikası Kredisi) kullanımı DB Ankara Ofisi personeli tarafından yönetilir. Böylece DB ile T.C. Hükümeti arasında tam bir diyalog devamlılığı sağlanır.

Türkiye 2004-2006 mali yılı döneminde ortalama 1,6 milyar \$’ın üzerindeki yeni taahhütler ile ikinci en büyük borçlu ülke olur. 2006 yılında “Kamu Mali Yönetim ve Kontrol Kanunu” (KMYK) çıkarılır.

Temmuz 2007 genel seçiminde AKP’nin ikinci kez iktidara gelmesinden sonra, Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013) dayanak gösterilerek 2008’de DBG ile 2008-11 dönemini kapsayacak yeni bir **Ülke İşbirliği Stratejisi (CPS)** yapılır. Bu strateji IFC ve MIGA finansmanını da içerir. **CPS 2008-11** üç geniş alanda kalkınmayı hedefleyen yakın bir işbirliğini öngörmektedir, ki bunlar;

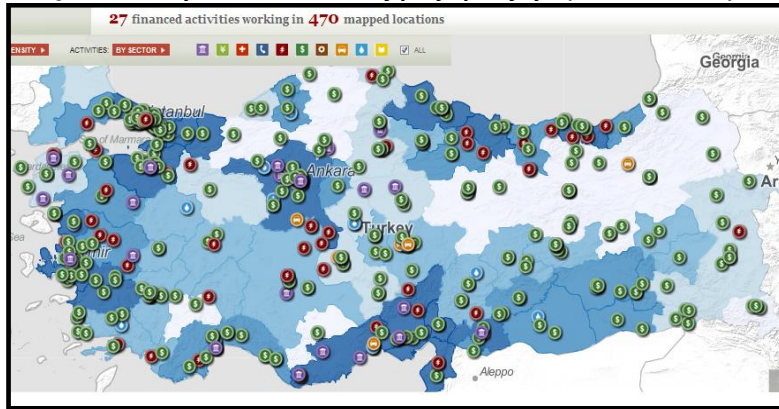
- 1.Türkiye'nin rekabetçiliğinin artırılması, daha iyi ve daha fazla işin yaratılması
- 2.Türkiye'nin sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik sistemlerinin daha da güçlendirilmesi
3. Kaliteli kamu hizmetlerinin daha etkin sunumunun sağlanmasıdır.

DB, CPS 2008-11 ile özellikle SDP, enerji piyasasının geliştirilmesi ve afet riski yönetimi gibi kilit alanlarda Türkiye’ye 7.7 milyar \$ kredi sağlar. Bu dönem içinde, Mayıs 2008’de SDP ve sosyal güvenlik sistemi reformu için 400 milyon dolarlık PPDPL-II alınır. Bu süreçte **2010 yılında, IFC’nin Washington D.C’den sonra ikinci operasyon merkezi İstanbul’da açılır.**

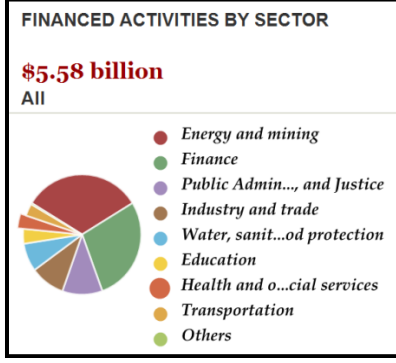
Haziran 2011 genel seçimi sonucunda AKP’nin üçüncü kez hükümet olmasının ardından Mart 2012’de DBG ile Türkiye arasında 2012-15 dönemi kapsayan ikinci **CPS** Anlaşması açıklanır. CPS 2012-15’de IBRD, IFC ve MIGA’nın daha da etkin hale getirilerek özel sektörün daha fazla destekleneceği belirtilir ve 4.45 milyar \$’a ulaşan bir finansman sağlanması öngörülür. Sadece IFC’nin sağlayacağı finans 1.7-2.0 milyar \$ olacaktır.

Temmuz 2012 itibariyle Türkiye’nin DB’inca finanse edilen toplam net taahhüdü 5,58 milyar \$’dır (**Şekil 1**). 27 aktif proje portföyü bulunmakta, en çok sırasıyla finansal ve özel sektör geliştirme, enerji ve kentsel gelişim projeleri finanse edilmektedir (**Şekil 2**). Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Sistemi projesi 201.27 milyon \$ ile finanse edilmektedir (**Şekil3**).

Şekil 1. Dünya Bankasının aktif proje portföyü (Temmuz 2012)



Şekil 2. Dünya Bankası Kredilerinin Sektörlere göre Dağılımı (Temmuz 2012)



Şekil 3. SDP ve sosyal güvenlik reformu kredisi



II. Beş Yıllık Kalkınma Planları ve Dünya Bankası Raporları

Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) Beş Yıllık Kalkınma Planları, Türkiye'de sadece ekonominin değil sosyal yaşamın yeniden şekillenmesinde önemli rol oynar. 1980 öncesi yapılan dört planda neoliberal sistemin etkisi hissedilmezken, 1980 sonrası yapılan planlarda neoliberal sistem lehine giderek artan bir değişim olmuştur. Bu değişimde DB raporlarının önemli etkisi bulunmaktadır. Özellikle DB'nin **Kemal Derviş**, Sherman Robinson ve Jaime de Mello imzalı Kasım 1978'de yayımlanan "**The Foreign Exchange GAP, Growth and Industrial Stratege in Turkey, 1973-1983**" raporu, IV. Beş Yıllık Kalkınma Planına alternatif bir ekonomik program olarak empoze edilmiş ve bundan sonraki planların seyrini belirlemiştir.

1979-83 dönemini kapsayan IV. Beş yıllık kalkınma planında yaklaşık 8 milyar dolar değerinde ağır sanayi yatırımları bulunuyordu. O dönemde var olan döviz sıkıntılarına rağmen ülkenin ekonomik güvenliği ve özgürleşmesi bu sanayi yatırımlarına bağlanmaktaydı. Üstelik Anne Krueger'in yazdığı başka bir DB raporunda Türkiye'nin 1947-77 dönemindeki %6.5'lük büyüme hızı etkileyici bir hız olarak gösterilmiş ve sanayi yatırımlarının gerçekleştirilebilmesinin mümkün olacağı belirtilmişti. Ancak Kemal Derviş ve arkadaşlarının raporunda Türkiye'de ağır sanayinin geliştirilmesinin zaman kaybı yaratacağı ifade edilerek KOBİ'lerin arttırılması, birincil ve ikincil ürünlerin ihraç edilmesi önerilir. Bu rapora göre; Türkiye IV. planda öngörülen 8 milyar dolarlık ağır sanayi yatırımlarından vazgeçip, bu programı kabul ederse IMF ve DB'ndan mali destek alabilecektir. Raporun gereği 24 Ocak 1980 kararları ve 12 Eylül darbe sonrası Turgut Özal iktidarı tarafından yerine getirilir. Böylece Türkiye ekonomisi büyük ölçekli çok uluslu sermaye ilişkilerinin kontrolünde serbestleşmeyi savunan bir dinamiğe dönüştürülür.

Yine aynı üçlünün imzasıyla yayımlanan "**General Equilibrium Analysis of Foreign Exchange Shortages in Developing Economy, Washington D.C.**" (1981) ve "**A General Equilibrium Model for Development Policy, Cambridge University Press, London**" (1982) raporları, Türkiye ve gelişmekte olan ülkelere DB'nin dış taleple büyüme modelini sunarak "Siz borçla kalkınabilirsiniz" öngörüsünü yapar.

DB raporları doğrultusunda Beş Yıllık Kalkınma Planlarının değişimi için DPT'nin alt yapısının da değiştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle özellikle 1982 anayasasının 166. Maddesinde kalkınma girişimlerinin bir plan dahilinde yapılması gerektiği vurgulandıktan sonra, DPT'de siyasal oteritenin güçlenmesini sağlayan hukuksal düzenlemelere geçilir. Bu hukuksal düzenlemeler sonrasında; DPT'nin işlevselliği, hükümetin ekonomi ve sosyal politikalarını yürütme şeklinde değiştirilir. 2011 yılında da "Kalkınma Bakanlığı" kurularak DPT kaldırılır.

II.a. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında Sağlık Hizmeti Değişimi

Dünya Bankası raporlarının etkisinde yazılan Beş Yıllık Kalkınma Planlarında sağlık hizmetleri değerlendirilecek olursa;

V. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1984-89); özel sağlık hizmetlerinin teşvik edilmesi ve SSK'nın reorganizasyonundan bahsedilmiştir.

VI. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1990-94); sağlık hizmetlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi, finansman kesiminin çeşitlendirilmesi, özel kesime teşvik sağlanması ve Genel Sağlık Sigortasına (GSS) geçiş hazırlıkları yapılmasına değinilmiştir.

VII. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1995-2000) "Sağlık Reformu" başlığı yer almış ve sağlık hizmetlerindeki sorunlar tanımlanmıştır. Bu sorunlar;

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sektör arasında etkili bir işbirliği ve koordinasyon olmadan sunuluyor olması, kuruluşların yatırım ve hizmetlerinin çakışması, bu durumların da kaynak israfına yol açması

-Sağlık Bakanlığı ve SSK'nın hizmet sunumu ile finansmanı elinde bulundurmasından dolayı denetim ve uygulamada aksaklıkların olması

-Yataklı tedavi kurumlarının işletmecilik esasına göre verimli ve etkili yönetilememesi, kendi geliriyle giderini karşılayamaması, rekabete açık olmaması ve ayrıca idari ve mali özerkliğe sahip olmaması

-Sağlıkta gerek katılım paylarının düşük olması, gerekse sosyal güvenlik sistemlerinin hizmetin tamamını ödememesinden dolayı yapılan sübvansiyonların nüfusun güvenceli kesimine yapılmasından kaynaklanan asıl ihtiyaç sahiplerine doğrudan sübvansiyon yapılamamasıdır.

Sorunların çözümünde ise kaynakların etkin kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanmasının gerekliliğine vurgu yapılmıştır. Bu terimler neoliberal politikalar içinde geçen terimlerdir. VII. Planın hedefleri arasında ise sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu, personel politikaları, yönetim yapısı ve toplum sağlığının korunması konularını kapsayan **yenı yasal düzenlemelerin yapılması, mevcut mevzuatın güncelleştirilmesi** ile özel sektörün sağlık sektöründeki faaliyetlerinin özendirilmesi vardır.

VIII. Kalkınma Planında (2001–2007); özel sağlık ve hayat sigortalarının mevcut sosyal sigorta sistemine ek ve isteğe bağlı bir sistem olarak destekleneceği, özel sektörün sağlık yatırımları ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetlerinin teşvik edileceği belirtilmiştir. Ayrıca, hastanelerin idari ve mali özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulmadığından bahsedilerek çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmeleri gereği vurgulanmıştır.

IX. Kalkınma Planında (2007–2013) “Beşeri Gelişme ve Sosyal Dayanışmanın Güçlendirilmesi” konu başlığı altında sağlık sisteminin etkinleştirilmesi ve Sosyal Güvenlik Sisteminin uygulanması neticesinde sosyal güvenliğe kayıtlı kişi sayısının arttığından bahsedilmiştir. “Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi” başlığı altında hastanelerin daha verimli işletilmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirileceği, Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirileceği, özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımların teşvik edileceği şeklinde politikalar belirlenmiştir.

III. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRECİNDE DÜNYA BANKASININ SAĞLIK MEVZUATIMIZ ÜZERİNE ETKİSİ

Ülkemizde sağlık dahil, pek çok alanda ulusal mevzuatımızın neoliberal sistemin önkoşullarıyla uyumlu hale getirilme süreci 24.Ocak.1980 kararları ile başlar. Bu süreçte DB raporlarının, yapısal uyum programları ve kredilerinin belirgin rol aldığı gözlemlenir.

Sağlık mevzuatındaki neoliberal değişiklikler ile asıl yapılmak istenilen; Sağlık harcamalarının arttırılması, ödemelerin genel bütçeden değil de direk ya da sosyal güvenlik sistemi aracılığıyla indirek olarak halkın cebinden çıkmasının sağlanması ve yeterli sağlık teknolojisi üretmeyen ülkenin küresel sermaye ve piyasa koşullarına teslim edilmesidir.

O halde 1980’li yılların başlarından itibaren sağlık mevzuatımızdaki değişiklikleri ve DB’nın etkilerini irdelemek gerekir.

III.a. 1983, 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ve Dünya Bankası

1982 Anayasasının ardından 13.12.1983 tarihinde (Ulusı hükümetinin son günü, Özal hükümetinin ilk günü) sağlık hizmetleriyle ilgili olarak ilk çıkarılan yasa, 181 sayılı **“Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”** dir. Bu yasada Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerini planlayıcı ve takip edici konumda tanımlanır. Madde.2/l’de Sağlık Bakanlığının yerli ve yabancı kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapabileceği belirtilir, Madde.20’de Araştırma Planlama Koordinasyon Kurul Başkanlığı’nın (APKKB) görev tanımı yapılır. Madde.20/c’de etkinlik, ekonomiklik gibi işletmecilik terimleri kullanılır, Madde.20/g’de ise APKKB’nın “kanun, tüzük ve yönetmelik tasarıları ile kanun teklifleri hakkında Bakanlık görüşünün tespitine yardımcı olması” görevinden bahsedilir.

Bu yasanın çıkarılmasından önceki dört yılda, DB’yla dört yapısal uyum programı gerçekleştirilerek krediler (SAL) sağlanmıştır. **(Tablo2).** Yapısal uyum programları “DB’nın gelişmekte olan ülkelerin kalkınmalarına yardımcı olmak amacıyla uyguladığı programlar” olarak tanımlansa da, aslında DB’nın vereceği krediler karşılığında ülkelere dayattığı serbest piyasa yönelimli ekonomi politikalarıdır. Bu politikalar kamu harcamalarının kısılması gibi istikrar aşamasının yanı sıra, iktisadi yapı ve kurumların dönüştürülmesini içeren uyarlama (yapısal reform) aşamasından oluşmaktadır. İktisadi yapının uyarlanması için izlenen temel politika

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

devalüasyon iken, kurumların dönüştürülmesi için izlenen temel politika özelleştirmedir. Bu bağlamda öngörülen hükümet reformları da şunlardır;

- a- Gereksiz ve verimsiz servislerin elimine edilmesi
- b- Özelleştirme
- c- Kamu kurumlarında ve yönetiminde reform

Tablo 2. T.C. ile Dünya Bankası Arasında Gerçekleştirilen “Yapısal Uyum Kredileri” İKraz Anlaşmaları (1981-1984)

YAPISAL UYUM KREDİSİ	İKRAZ ANLAŞMASI NO.	MİKTAR (milyon dolar)	BAŞLANGIÇ TARİHİ	BİTİŞ TARİHİ	Last Disb Date
I	19150	69.24	07/01/1981	31/08/1981	01/07/1997
II	19870	265.42	15/07/1981	30/11/1982	
III	21580	245.91	16/07/1982	15/12/1983	
IV	23210	219.83	19/09/1983	31/03/1985	
V	24410	245.82	03/07/1984	31/03/1986	

181 sayılı kanun hükmünde kararnameyle (KHK) hükümetin, Sağlık Bakanlığı Teşkilatı'nda ilk yapısal uyarlamalara başladığı anlaşılmaktadır. Hatta yine bu KHK'yle oluşturulan APKKB'nın sağlık reformu sürecinde yapılacak kanun, tüzük ve yönetmeliklerin hazırlanmasında yardımcı birim olacağı öngörülmüştür. Çünkü; APKKB daha sonraki düzenlemelerle, Sağlık Bakanlığı'nın beş yıllık kalkınma planlarındaki spesifik kararların yıllık planlara uyumunu izlemekten ve Bakanlık bütçesinin yapılması ve yönetilmesinden sorumlu olan “**Strateji Geliştirme Başkanlığı**”na (SGB) dönüştürülmüştür. SGB'nin bir görevi de; Bakanlığın görev alanına giren konularda performans ve kalite ölçütleri geliştirmektir. Ayrıca piyasa odaklı yönetsel görevleri bulunmaktadır. Örneğin;

- Merkez Döner Sermaye İşletmesince elde edilen gelirler ile Döner Sermaye Muhasebe Birimi hesabına aktarılan tutarların tahsisini yapmak
- Bakanlığın ve bağlı kuruluşların malî kaynaklarının geliştirilmesi, etkili ve verimli bir şekilde kullanılması yönünde araştırmalar yapmak/yaptırmak ve gerekli tedbirleri almak.

III.b. 1987, 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Dünya Bankası

Sağlık Bakanlığı sağlık reformlarını gerçekleştirmek üzere DB ile görüşmelerine ilk olarak 1985 yılında başlar. Bu görüşmelerden bir yıl sonra (1986), DB Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümü tarafından “**Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması**” yapılarak sonuçları yayımlanır. Hemen ardından, 1987'de iktidardaki ANAP hükümeti tarafından “**3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**” çıkarılır. Yasa, sağlık hizmetlerinin niteliği ve örgütlenmesi açısından bir kırılma noktasıdır.

Bu kanunda DB'nin yapısal uyum programlarında öngördüğü politika ve uygulamaların kamu sağlık kurumları için uyarlandığını görebiliriz. Örneğin; kamu hastanelerinin merkezîyetçi yapısını değiştirmeyi öngören yeni işletme ve personel politikaları bu kanunla ortaya konulmuştur. Böylece kamu sağlık hizmetlerinin piyasaya açılarak ticarileştirilmesine, sağlık personelinin sözleşme yoluyla güvencesiz çalıştırılmasına olanak tanınmıştır.

Yine bu kanunda DB'nin öngördüğü gibi devletin sağlık hizmetleri alanındaki görevi, koruyucu hizmetler ve muhtaç durumdaki vatandaşlara destek (*primlerini ödeyemeyenlere geçici üçüncü maddeyle Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Geliştirme Fonu'ndan yararlanabilecekleri sağlanmıştır. Daha sonra 1992 yılında “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” çıkarılarak Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır*) ile sınırlı tutulmuştur.

Kanunun bazı maddelerini değerlendirecek olursak;

Madde 3'de yer alan “*koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfına ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gereği halinde hizmet satın alınması*” ibaresi aile hekimliği kavramına fikir zemini oluşturmuştur. Ayrıca kamu kurumu olarak sosyal fayda üretmek için çalışması gereken sağlık kurumlarının işletilmesinden bahsedilmiştir.

Madde 5'de sağlık işletmeleri kavramı anlatılmış ve yeterli işletme büyüklüğünde olmayan sağlık kuruluşlarının tek bir sağlık işletmesi altında toplanabileceğinden söz edilmiştir (*kamu hastaneleri birliği için*

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

başlangıç). Ayrıca kamu kurumlarında çalışan hekimlerin mesai saatleri dışında kurumda özel teşhis ve tedavi yapabilmeleri sağlanarak kişisel kazanç sağlamalarına olanak sağlanmıştır.

Madde 7'de sağlık işletmesi uygulamasına geçen kuruluşlarda Türk ya da yabancı uyruklu elemanların sözleşmeli personel olarak çalıştırılması mümkün kılınmıştır.

Madde 8'de ilk olarak sağlık hizmeti yararlanıcılarının finansmanda katkı paylarından bahsedilmiştir.

Ancak kanunun sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşlarının sağlık işletmesi haline dönüştürülmesine olanak sağlayan kritik maddeleri Anayasanın bazı maddelerine uymaması nedeniyle uygulamaya konulmamıştır. Uygulamaya konulmayan bazı maddeler;

Madde 3/h (mülga); "hizmet içi eğitim programlarına uymayan ya da programda başarısız olan sağlık personelinin geçici veya daimi surette işten uzaklaştırılabileceği" ile ilgili maddedir. Anayasanın 2, 9, 13, 38 ve 128. Maddelerine uymadığı için uygulamaya konulmamıştır.

Madde 4- 2.Fıkra (mülga); "Genel Sağlık Sigortasının (GSS) tek elden yürütülmesini sağlamak amacıyla bütün sosyal güvenlik kuruluşlarının Sağlık Sigortası Bölümleri ile tahsil ettikleri sağlık primlerini, mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarının biri veya bu amaçla kurulmuş yeni bir kurum bünyesinde toplanmasını ve kurumla ilgili düzenlemelere Bakanlar Kurulu'nu yetkili kılınması" nı içeren maddedir. Anayasanın 7.maddesindeki yasama yetkisinin TBMM'ne ait olduğu ilkesi ile çeliştiği için iptal edilmiştir.

Madde 5/c ve 5/d (mülga) : sağlık personeline ödenecek primlerin ödeme yöntem ve ilkelerinin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bırakılmasıyla ilgili maddelerdir. Anayasanın 7. maddesine aykırı buldukları için iptal edilmişlerdir.

III.c. 1990, Dünya Bankası Birinci Sağlık Projesi

Dünya Bankası 1987 yılında "**Financing Health Services in Developing Countries**" adlı raporunu yayımlar. Raporda ulusal sağlık sistemlerinin problemlerinin çözümü için dört politika önerisi sunar. Önerilerden biri kamu sağlık hizmetlerinin desantralizasyonudur. Raporda kamu sağlık hizmetlerinin desantralizasyonunun "yerel yönetim birimlerine daha fazla finansal ve idari özerklik verilmesi" anlamına geldiği, yerel birimlere daha fazla sorumluluk verilerek hizmet etkinliğinin iyileştirilebileceği belirtilir. Bu yaklaşım, "minimal devlet ve piyasa dostu devlet" anlayışının sağlık sektörüne yansımadır. Bununla beraber raporda ayrıca, sağlık hizmetlerinde özel sektörün önemli bir orana ulaşsa bile devletin rolünün hala büyük olduğu vurgulanır.

Sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun savunulmasının altında yatan gerekçe; merkezi hükümetlerin borç ödemede kullanacakları devlet kaynaklarının serbest kalmasını sağlamak için mali sorumlulukların yerel birimlere devredilmesidir. Dolayısıyla sağlık sektöründe desantralizasyonun amacı hizmetleri iyileştirmekten ziyade performansı yükseltmektir.

Dünya Bankası'na göre desantralizasyon; politik anlamda güç ve kaynakların merkezi hükümetten özel sektöre aktarılması sürecinin bir aşaması olup, süreç uzun erimlidir. Devletçe sunulan sağlık hizmetlerine rekabet ve piyasa koşullarının sokulması, formal ve acil özelleştirme ile değil desantralizasyon ile olmalıdır. Yine benzer bir ifadeyle; "desantralizasyon" doğrudan ve kısa sürede özelleştirilemeyen birimlerin/sektörlerin çeşitli piyasa mekanizmalarının etkilerine açık bir ortama sokulması şeklinde belirmektedir. Bu nedenle desantralizasyon kendi başına bir amaç değil, nihai hedefi farklı olan bir araçtır.

Dünya Bankası'nın "Gelişmekte Olan Ülkeler İçin Sağlık Hizmetleri Finansmanı" raporunu yayımlamasından bir yıl sonra (1988), DPT ile Price Waterhouse Danışmanlık Hizmetleri (Londra) ve Ankon Danışmanlık Hizmetleri A.g. (Ankara) Şirketleri arasında DB desteğiyle bir anlaşma yapılarak "**Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü**" çalışmasına başlanır. 1990 yılında tamamlanan çalışmada, Türk sağlık sektörünün geliştirilmesi için dört ayrı stratejik reform seçeneği sunulur. Bu seçenekler;

- Mevcut statü seçeneği
- Ulusal sağlık hizmetleri seçeneği
- Serbest pazar seçeneği
- Uzlaştırma seçeneği

Türkiye'nin tercihi uzlaştırma seçeneği yönünde olur.

Uzlaştırma seçeneğinin ana hatlarla öngörülleri şunlardır; Sağlık hizmetlerinde finansman ve hizmet sunumu birbirinden ayrılmalıdır. Bu strateji; başında bir genel müdürün bulunduğu il seviyesinde bir yerel sağlık idaresi geliştirilmesi esasına dayalıdır. Bu idare kısa vadede, bağımsız sağlık teşebbüsleri haline gelinceye kadar Sağlık Bakanlığı tesislerini işletecek, uzun vadede ise artık birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunmayacak, sadece hizmetlerin temini ve finansmanından sorumlu olacaktır. Sağlık Bakanlığının rolü ise sağlık sistemini bütünü ile planlayıp yönlendirmek olacak, doğrudan hizmet sunumundan sorumlu olmayacaktır.

Aynı yıl T.C. hükümeti ile DB arasında **3057-TU no'lu** ikraz anlaşması yapılarak "**Birinci Sağlık Projesi**" imzalanır (16.Ağustos.1990). Dönemin Cumhurbaşkanı Turgut Özal, Başbakanı Yıldırım Akbulut ve Sağlık Bakanı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Halil Şıvgın'dır. Projenin toplam bütçesi 147,47 milyon \$'dır ve %51'i DB, %49'u da Milli Bütçeden finanse edilecektir Kredinin %43.3'ü malzeme alımı, %9.4'ü motorlu taşıt alımı, %9.4'ü de inşaat giderleri için öngörülmüştür. Anlaşmaya göre bütün proje hesapları Banka tarafından denetlenecek ve satın almalardaki ihaleler Banka'nın yayınladığı ihale kurallarına göre yapılacaktır. Proje 1991'de başlar ve 1998'de sona erer. Proje faaliyetleri Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Tokat, Yozgat ve Sivas illerini kapsar.

Anlaşma hükümleri uyarınca Sağlık Bakanlığı'nda 1991 yılında "**Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü**" (SPGK) kurulur. SPGK'nın kuruluş amacı sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin genişletilmesi ve geliştirilmesi, toplumun yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi olarak gösterilir. SPGK, DB uzmanları ve kendisinin tasarladığı projelerin hazırlanması ve uygulanmasından sorumlu olacak, sağlık reformu ve ulusal sağlık politikası üzerinde çalışacaktır. SPGK'nın kurulması Sağlıkta Dönüşüm sürecinin Sağlık Bakanlığındaki ilk yapısal değişikliği olarak kabul edilir. Daha sonraki dönemlerde yeni değişimleri yakalayabilmek amacıyla SPGK'nın organizasyonunda yapısal pek çok değişiklik yapılır. 2004 yılında "Proje Yönetim Destek Birimi" adını alır, daha sonraki yıllarda da bünyesine "İzleme ve Değerlendirme Koordinatörlüğü" ve "Proje Uygulama Birimi" (Kuş Gribi Projesi) bağlanır.

Birinci Sağlık Projesinin içeriği, amaçları;

- a. Seçilen sekiz ilde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak
- b. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği arttıracak önlemleri almak
- c. Sağlık Bakanlığının teknik ve yönetim kapasitesini arttırmak
- d. Uzun erimde yüksek kalitede ve kısmen kendi kendini destekleyen sağlık bakım sistemini kurmaktır.

Bu amaçları gerçekleştirmek üzere belirlenen stratejiler ise;

1. Sağlık hizmeti sunan birimlerin fiziki olanaklarının güçlendirilmesi
2. Kurumsal yapının geliştirilmesi
3. Merkezi sağlık kurumlarının kapasitesinin güçlendirilmesidir.

Kurumsal yapının geliştirilmesi için sağlık insan gücü ve yönetim enformasyon sisteminin geliştirilmesi ve bunların merkezi yönetimle desteklenmesi öngörülmüştür. Örneğin; **Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Modülü (TSİM)** Birinci Sağlık Projesi İkraz Anlaşması çerçevesinde planlanıp, 1997 yılında kullanıma giren önemli bir sağlık enformasyon sistemi yapılanmasıdır.

Sağlık hizmeti sunan birimlerin kurumsal yapısının geliştirilmesi, il düzeyinde desentralizasyon anlamına gelmektedir. Bu şekilde Sağlık Ocakları ve bölge hastanelerine katkı paylarının da dahil olduğu kendi kaynaklarının yönetiminde daha fazla sorumluluk verilmesi düşünülmektedir.

Gerek kurumsal yapının geliştirilmesi, gerekse sağlık hizmeti sunan birimlerin fiziki olanaklarının güçlendirilmesi için SPGK'da üç koordinatör yardımcısına bağlı bölümler oluşturulur. SPGK böylece, sağlık reformları ve destek hizmetlerine yönelik çalışmalarını gerçekleştirmeye başlar. Çalışmalardan biri de; sağlık hizmetlerine yönelik araştırmalardır.

Birinci Sağlık Projesinin amaç ve stratejileri aynı zamanda DSÖ Avrupa Bölgesi'nin 1981'de 34.Dünya Sağlık Asemblisi'nde onayladığı 38 maddelik "**2000 Yılında Herkese Sağlık**" hedefleriyle de örtüşmektedir. Türkiye de 1989 yılında başlattığı çalışmalarla "2000 yılında herkese sağlık" hedeflerini gündemine almış ve 1990'yılında "**Türkiye Ulusal Sağlık Politikası**" belgesini hazırlayarak DSÖ'üne sunmuştur. Hükümet tarafından resmî olarak kabul edilen bu ulusal politikada GSS ve aile hekimliğinin Türkiye'de uygulanmasına yer verilmiş, ayrıca ulaşılması gereken hedefler belirlenmiştir. Dolayısıyla 1990 yılında DB ile yapılan "Birinci Sağlık Projesi" ile DSÖ'üne sunulan "Türkiye Ulusal Sağlık Politikası" arasında amaç ve stratejilerin farklı olması beklenemez.

Mayıs 1992 tarihine gelindiğinde; SPGK "**Birinci Ulusal Sağlık Kongresi**" ni düzenler. Yaklaşık 500 katılımcının katıldığı kongrede 34 çalışma grubu oluşturulur. Kongrede Sağlık Bakanlığının çözüm önerilerini kısaca anlatan "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı" ve yüzlerce sorudan oluşan bir doküman tartışmaya açılır. Çalışma gruplarında Aile hekimliği modeli ve hastanelerin özelleştirilmesi/işletmeleştirilmesi önerileri büyük tepkiler alır. Aslında bu kongrede yapılmak istenilen; DB Birinci Sağlık Projesi'nin amaç ve stratejilerinin ülkenin ilgili kurum, sektör, üniversite ve meslek kuruluşlarının ortak bir çalışmasının ürünü olduğu algısının yerleştirilmesi ve projenin uygulamasında paydaş bulunmasıdır. Bu bağlamda DB Birinci Sağlık Projesinde belirlenen stratejiler doğrultusunda "**Ulusal Sağlık Politikası**" oluşturulacaktır. Gerçekten de kongre sonrasında "Ulusal Sağlık Politikası" hazırlanırken DB Birinci Sağlık Projesinin amaç ve stratejileri göz önünde bulundurulur. Örneğin; Birinci Sağlık Projesinin gereği olan "Sağlık enformasyon sisteminin geliştirilmesi" Ulusal Sağlık Politikası'nda belirtilen otuz hedeften ikincisi olur.

Hazırlanan "Ulusal Sağlık Politikası" ve "**Sağlık Reformu**" Yasa Tasarısı Taslakları 1993 yılında "**İkinci Ulusal Sağlık Kongresi**"nde sunulur. Bu kongreden itibaren Sağlık Bakanlığı sendikalar, meslek örgütleri ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

üniversitelerle ilişkisini keser ve yurtdışından teknik, politik ve mali destek olarak reform çalışmalarına kendi bünyesinde devam eder.

Bu arada Birinci Sağlık Projesi kapsamında başlatılan ve sektörde ilk defa yapılan sağlık hizmetleri araştırmaları da sonuçlanır. Bu araştırmalarla; sağlık hizmetlerinin kullanımı, maliyeti, finansmanı, örgütlenmesi ve sağlık reformunun tanınma-beğeni-imaj anlamındaki değişik hedef kitlelerde algılanmasına ilişkin sonuçlar elde edilerek, sağlık reformunun bilimsel alt yapısı oluşturulmaya çalışılır.

İkinci Ulusal Sağlık Kongresinin yapıldığı yıl, DB'nın yayınladığı "**World Development Report: Investing in Health**" raporunda devletlerin sağlık hizmeti sağlamanın verimliliği düşürdüğü, çözümün desantralizasyon olduğu sıklıkla vurgulanmıştır. Raporda ayrıca yoksullar için temel hizmetler paketinin devlet tarafından finanse edilmesi savunulmuş, ancak özelleştirme politikasından vazgeçilmemiştir.

Mart 1993'de DYP-SHP Koalisyon Hükümeti tarafından "**Sağlık Kanunu**", "**Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun**" ve "**Bölge Sağlık İdareleri**" ve "**Genel Sağlık Sigortası Kanunu**" Tasarı Taslakları hazırlanır.

III.d. 1994, Dünya Bankası İkinci Sağlık Projesi

1994 yılında ülkede makroekonomik değerlerde (cari açık ve kamu açığı) büyük bir dengesizlik söz konusu olur. Bu dengesizliği gidermek amacıyla Tansu Çiller hükümeti "5 Nisan kararları" olarak bilinen ekonomik önlemler paketini açıklar. Ancak alınan önlemler reel ücretlerde azalma, işsizliğin artması, devalüasyon ve üç haneli enflasyona neden olur. Yaşanan bu krizle beraber DB, Türkiye'ye uyarılma kredileri için uzun bir koşullar listesi hazırlar. Bu dönemde kamu sağlık kurumlarına devletin katkısı sadece personel giderlerini karşılama düzeyine indirilir. Özellikle devlet hastaneleri en temel harcamalarına dahi ödenek bulamaz hale gelir, Sağlık Ocakları verilen hizmet karşılığında ücret almaya başlar. Böyle bir ortamda Ulusal Sağlık Politikası arka planda kalır ve hayata geçirilemez. "Sağlık Reformu Yasa Tasarısı" taslağı ise amacı ve ana stratejisi muhafaza edilerek 1994 yılında gözden geçirilir ve 1995 yılında Hükümet Tasarısı olarak TBMM'ne sunulur. Aynı yıl yapılan erken genel seçim nedeniyle, yasa tasarılarının TBMM Komisyonlarındaki görüşmeleri durur ve hukuki prosedürün yenilenmesi gereği ortaya çıkar. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Temel Yapısal Değişim Projeleri içinde "**Sağlık Reformu**" yer alır. Ayrıca 1995 yılında Hazine Müsteşarlığı koordinatörlüğünde yürütülen bir çalışma ile sosyal güvenlik ve sağlık alanında yapılacak yapısal değişiklikler birlikte değerlendirilir.

1993-2002 yılları arasında çok sayıda Sağlık Bakanı değişir ve sağlık politikalarında istikrar sağlanamaz.

Ancak T.C. Hükümeti (Başbakan Tansu Çiller) ile DB arasında 28 Eylül 1994'de **3802-TU no'lu** ikraz anlaşması yapılarak "**İkinci Sağlık Projesi**" kabul edilir ve 22 Aralık 1994 tarihli, 22149 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanır. Projenin yürütüleceği iller; Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkari, Iğdır, Kars, Malatya, Kahramanmaraş, Muş, Siirt, Tunceli, Urfa, Şırnak ve Van'dır. Anlaşma metni üzerinde ilki 1999 yılı depremi nedeniyle, ikincisi 2001 yılında olmak üzere iki defa değişiklik yapılır. Fiili olarak 31 Ocak 1995 tarihinde başlatılan proje, değişiklik yapılmış hali ile 31 Aralık 2004 tarihinde sona erer. Proje kapanış raporu DB tarafından 27 Ekim 2005 tarihinde yayınlanır. İkinci Sağlık Projesi'nden 136.17 milyon \$ kredi sağlanır ve bunun 4,5 milyon \$'ı "Hastane Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması" için öngörülür. Sağlık sektörünün kapasite artışı ile ilgili olan İkinci Sağlık Projesinin amaçları ilk projenin amaçlarıyla çok benzerdir. Bu amaçlar;

1. Proje uygulanan illerde halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, önlenebilir nedenlerden kaynaklanan hastalık ve ölümlerin azaltılması ve TSH kalitesinin, kullanılabilirliğinin ve ulaşılabilirliğinin artırılması
2. Sağlık hizmeti sunumunda etkinlik ve verimliliğin artırılması, Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatında yönetim kapasitesinin geliştirilmesi ve sağlıkta dönüşüm çalışmalarının desteklenmesidir.

TSH altyapısının geliştirilmesi için yeni bina ve bina onarımları gerçekleştirilir, donanım desteği yapılır. Sağlık personelinin hizmetiçi eğitimleri yapılarak sağlık programları geliştirilir. Ayrıca sağlık enformasyon sistemleri geliştirilir ve hastane yönetimlerinde yeniden yapılandırmaya gidilir.

Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve 81 İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bulunan insan gücü, malzeme ve mali kaynakların izlenmesi ve yönlendirilmesinde kullanılan yönetim bilgi sistemi olan "**Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi**" (ÇKYS) DB İkinci Sağlık Projesi kapsamında anahtar teslim proje olarak gerçekleştirilmiş, 1997'de çalışmaya başlamış ancak 2003 yılında 81 ilde uygulamaya girmiştir.

Her ne kadar 1995-2002 yılları arasında uzun süreli ve tek başına iktidar olan bir hükümet olmasa da ve çok sayıda Sağlık Bakanı değişse de DB'nın istediği biçimde, birbirinin devamı niteliğinde olan kanun taslakları hazırlanır. 1996'da FP-DYP Koalisyon Hükümeti döneminde, "**Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu**", "**Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu**" ve "**Hastane ve Sağlık İşletmeleri**

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Temel Kanunu” tasarı taslakları hazırlanır. Aynı koalisyon Nisan 1997’de söz konusu taslakları revize edip yeniden sunar, ancak ilerleme sağlayamaz. Bu koalisyonun ardından 1997’de hükümet olan ANAP-DSP Koalisyonu bu üç taslağı bir araya getirerek **“Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu”** tasarı taslağını hazırlar ve 1998’de TBMM’ne sunar, ancak tasarı kanunlaşamaz. Daha sonra Nisan 1999 seçimleriyle hükümet olan DSP-MHP-ANAP Koalisyonu Marmara Depremi sırasında **“Sosyal Güvenlik Yasası”**nı ve hemen ardından, Ekim 1999’de yalnızca isim değişikliği yaparak **“Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu”** tasarı taslağını yayınlar. Bu tasarı 2000 yılında bakanlıkların görüşüne gönderilir, ancak sonuçlanamaz.

III.e. 1999, Ulusal Sağlık 21 Politikası

Sağlık Bakanlığı’nın ifadesine göre Sağlıkta Dönüşüm Programında (SDP) dikkate alınanlar şunlardır;

- DSÖ’nün “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” Politikası
- Avrupa Birliği “Katılım Ortaklığı” Belgesi
- Ulusal Program doğrultusunda Türk Sağlık Mevzuatı’nın Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ihtiyacı
- Diğer uluslararası deneyimler

Bu nedenle kısaca neoliberal felsefe içerikli “Ulusal Sağlık 21” politikasından da bahsetmek gerekir.

DSÖ EURO Bölgesi 1980 **“2000 Yılında Herkese Sağlık”** hedeflerinden onsekiz yıl sonra, 1998 yılında **“21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık”** hedeflerini açıklar. Bu hedeflerde sağlıkta neoliberal felsefe belirgin şekilde ortaya konur. Özellikle 14-21. Hedefler sağlıkta neoliberal sisteme geçişin önkoşullarını içermektedir. Bu hedeflerin başlıkları şöyledir;

- Hedef 14. Çok sektörlü sağlık sorumluluğu
- Hedef 15. Entegre sağlık sektörü
- Hedef 16. Hizmette kalite yönetimi
- Hedef 17. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve kaynakların tahsis edilmesi
- Hedef 18. Sağlık hizmetlerine yönelik insan kaynaklarının geliştirilmesi
- Hedef 19. Sağlıkla ilgili araştırma ve bilgi
- Hedef 20. Sağlık için tarafların harekete geçirilmesi
- Hedef 21. Herkes için sağlık konusunda politika ve stratejiler

Çok geçmeden 23.Aralık.1999’da Sağlık Bakanlığı da bir toplantı ile "21.Yüzyılda Herkese Sağlık" için politik kararlılık ortaya koyarak, çalışmalarını resmen başlatır. İlgili pekçok kurum, kuruluş ve Üniversitelerin Halk Sağlığı Anabilim Dallarından hocaların katılımıyla gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda, 2001 yılında **“Sağlık 21, Herkese Sağlık, Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri”** dökümanı yayınlanır. Bu doküman Ulusal Sağlık 21 Politikasının ülke politikası olarak kabul edilmesi ve kalkınma planlarında yer alması için hazırlanmıştır. Dökümanda ülkenin mevcut sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin durumu analiz edilerek, Türkiye’nin hedef ve stratejileri 10 madde ile ortaya konur. Son madde olan, 10. hedef **“Sağlık Sisteminin Geliştirilmesi”**dir. Bu dökümanda yer alan 10 hedef, her ne kadar DSÖ’nün “21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” dökümanındaki 21 hedefle bire bir örtüşmese de ileride yapılacak olan SDP için dayanak olarak kullanılır.

Aradan 6 yıl geçtikten sonra, 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından **“21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek”** başlıklı başka bir döküman daha yayınlanır. Bu dökümanda DSÖ’nün hedefleriyle örtüşen ve SDP ile Dokuzuncu Kalkınma Planı’nın dayanak gösterildiği Türkiye’nin sağlıkta 21 hedefi yazılır. Özellikle 14-21. hedeflerde ülke sağlık politikasının neoliberal sistemle uyumu sağlanır.

III.f. Dünya Bankası Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Dönem (2000-2003)

Her ne kadar sağlık reformu sürecinin temelleri 1980’li yılların başlarında atıldıysa da DB Birinci Sağlık Projesi ile başlatılıp İkinci Sağlık Projesi ile devam ettirilen (1991-2002) dönemde sağlıkta yapılan değişiklikler “sağlık reformu” olarak tanımlanır. Sağlık Bakanlığı bu dönemi daha çok teorik çalışmaların yapıldığı, yeterince uygulama alanının oluşturulmadığı dönem olarak ifade eder. Bu dönemde hedeflenen ve bileşen olarak ifade edilenler şu şekildedir;

- 1- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının (GSS) kurulması
- 2- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi
- 3- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

4- Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Dünya Bankası da bu dönemden çok hoşnut kalmaz ve raporlarında Birinci Sağlık Projesi için “kısmen başarılı”, İkinci Sağlık Projesi ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri projesi için de “tatmin edici değil” ifadelerini kullanır. Çünkü mevcut koalisyon hükümetleri tarafından aile hekimliği, GSS ve hastanelerin işletmeleştirilmesi yasa tasarıları hazırlansa da bir türlü yasalaştırılmamıştır.

2000-2001 ekonomik kriz döneminde iktidarda olan Ecevit'in başbakan olduğu DSP-MHP-ANAP Koalisyon Hükümeti'nin DB'na Mart 2000'de “**Türkiye Ekonomik Reform Kredisi Kalkınma Politikası Mektubu**” nu göndermesi, mektup sonrasında 760 milyon \$'lık **ERL** (2000) anlaşmasının yapılması ve daha sonra anlaşma gereği hızlı bir şekilde **PEIR** (2001) çalışmasının yapılması; DB yapısal uyum programları ve kredilerinin sürdürülerek kamu reformunun devam edeceğine işaret eder. Nitekim Mart 2001'de DB Başkan Yardımcısı **Kemal Derviş**'in “Ekonomiden Sorumlu Devlet Bakanı” olarak ülkeye çağırılması ve 15 günde 15 yasanın hızla meclisten geçirilmesi, açık olarak bunu ortaya koyar. Derviş'in çıkardığı yasaların temel özelliği; özelleştirme ve rekabetin artırılmasıdır. Bu durum birçok bakanın istifasına da neden olur.

Haziran 2002'de DB “**Türkiye: Verimliliği ve Erişimi Geliştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar**” adlı raporunu yayımlar. Bu raporun kapsamı ve önerileri çok önemli bir belge niteliği taşır. Çünkü bu raporun önerileri; Acil Eylem Planının ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın da önemli bileşenleri arasında yer alır. Raporda özellikle “**Kamu Hastanelerinin Reorganizasyonu ve Daha Fazla Özerklik**” başlığı altında ifade edilenler çok çarpıcıdır. Bu başlık altında; Türkiye'deki hastanelerin çok verimsiz kullanıldığı (özellikle yatak doluluk oranının düşüklüğü, yöneticilerin yeteneksizliği gibi nedenlerle), verimliliği iyileştirmek için tüm Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerine hem idari ve mali açıdan, hem de hizmet üretim girdilerini sağlamak ve yönetmek açısından özerklik tanınması gerektiği önerilmiştir. İlk aşamada bütün Sağlık Bakanlığı hastanelerinin, Sağlık Bakanlığı altında bir yarı-kamu tüzel kimliğinde (örneğin **Sağlık Bakanlığı Hastane Birliği (SBHB)**) birleştirilmesi ve bu yarı-kamusal tüzel kimliğin Bakanlıktan özerk yapılması gerektiği yazılmıştır. Ayrıca, her bir Sağlık Bakanlığı hastanesine özerklik verilmeyecek, SBHB'ne Sağlık Bakanlığı'ndan ayrı özerklik verilecektir. Bu özerk örgütler işbirliği ve koordinasyonu sağlamak için kendi yönetim organlarına sahip olacak, yönetim organları Bakanlık üst düzeyde temsil edilebilecektir. İlk aşamada birliklerin personeli devlet memuru statüsünde kalacak, fakat daha sonra her birliğin personeli sözleşmeli olacak, uzun dönem açık-uçlu sözleşmeler yapacaklardır. İkinci aşamada ise birlik içindeki her tesise ayrı ayrı özerklik verilecektir. Özerklik vermek için, her bir hastane kendini yönetmeye hazır olacak ve kapasitesini gösterebilecektir.

Raporda yer alan diğer önemli başlıklarda; sosyal güvenlik kurumları ve yeşil kart gibi refah programlarının birleştirilerek zorunlu sosyal sağlık sigorta sistemi ya da sağlık fonu oluşturulması ve sağlık fonunun büyük oranda özerk olması gerektiği yazılmıştır. Raporda ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın başlıca görev ve sorumluluğunun politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olması gerektiği, ayrıca kalite kontrolü ve tüketicinin eğitilmesi üzerinde çalışması gerektiği, TSH'nin güçlendirilmesi ve Aile hekimliği sisteminin uygulanması yer almaktadır.

Kasım 2002 seçiminde AKP'nin 58. Hükümet olarak tek başına iktidara gelmesi ile DB yapısal uyum programlarına daha hızlı ve daha sistematik bir şekilde devam etme ortamını elde eder. Çünkü DB yapısal uyum programları için verdiği kredinin etkinliğini destekleyen genel bir politika ortamına sahip ülkeleri tercih etmektedir. Bu da Türkiye'de AKP ile gerçekleşecektir.

Seçimin hemen ardından, 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin “**ACİL EYLEM PLANI**”nda “Herkese Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel faaliyetler (hedefler) açıklanır. Bu hedeflerin başlıcaları şunlardır;

- 1- Sağlık Bakanlığının idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması
- 2- Tüm vatandaşların GSS kapsamı altına alınması
- 3- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması
- 4- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması
- 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi
- 6- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi
- 7- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması
- 8- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi
- 9- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri
- 10- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi
- 11- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi

Acil Eylem Planı'nın açıklanmasının hemen ardından, Dünya Bankası Mart 2003 tarihinde “**Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency**” (Report No. 24358-TU) başlıklı raporunu yayımlar. Aynı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yıl, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ortak çalışması sonrasında, Japon Politika ve İnsan Kaynakları Geliştirme (PHRD) ve DB katkıları ile Japon Kalkınma Bankası'ndan sağlık sektörüyle ilgili projelerin finansmanında kullanılmak üzere **385.000 dolarlık** hibe (TF-056960 ve TF-090317 No'lu) alınır. Bu hibe, SDP yürürlüğe girmeden önce Aile Hekimliği, Akreditasyon ve Sağlık Bilişimi alanlarındaki mevcut durumun değerlendirilmesi ve paydaş analizleri yapılması için kullanılır. Hibenin idari uygulamasını DB yürütür.

Hibenin verildiği dönemde, 2003 yılı başlarında Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı "**Sağlıkta Dönüşüm Programı**"nı hazırlar ve 59. Hükümetin Sağlık Bakanlığı tarafından duyurulur (Temmuz 2003). Burada "Sağlık Reformu" yerine "Sağlıkta Dönüşüm" terimi bilinçli olarak tercih edilir. Bu durum Dünya Bankasının "reform" terimi yerine "yapısal uyarılama" terimi kullanmasının AKP Hükümetine bir çeşit yansımadır. Böylece SDP'nin AKP'nin kendi programı olduğu izlenimi de sağlanacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programında 8 başlık bulunmaktadır;

- 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan GSS
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi

SDP uygulama sürecinde yapılacaklar ise dört başlıkta özetlenir;

1. Kavramsallaşma
2. Yasalaşma
3. Kontrollü yerel uygulama
4. Türkiye geneline yaygınlaştırma

SDP'nin uygulamaya konması için hemen yasal düzenlemelere başlanır. Resmi Gazetede yayınlanma tarih sırasına göre başlıca ilk yasal düzenlemeler şunlardır;

- 24.07.2003 tarih ve 25178 sayılı Resmi Gazete; "**4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**"
- 24.07.2003 ve 25178 sayılı Resmi Gazete; "**4947 Ssayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı Kanunu**"
- 03.11.2003 "**Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı**"
- 10.12.2003 "**5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu**"
- 05.05.2004 tarih ve 25453 sayılı Resmi Gazete; "**Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller**"

24 Temmuz 2003'de sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması ile ilgili çıkarılan kanunla sağlık personeli tarafından yerine getirilen hizmetlerin lüzum halinde, bedeli Döner Sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, hizmet satın alınması sağlanır. Diğer bir ifadeyle sağlık hizmetlerinin sunumunda taşeronlaştırmanın yasal alt yapısı oluşturulmuş olur.

24 Temmuz 2003, 4947 sayılı Kanun ile "Sosyal Güvenlik Kuruluşları Genel Müdürlüğü" yerine Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı ve genel bütçeye dahil yapıda, "**Sosyal Güvenlik Kurumu**" kurulur. SSK, BAĞKUR ve İŞKUR Sosyal Güvenlik Kurumunun ilgili kuruluşları olarak yapılandırılır. Böylece sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altına toplanması çalışmaları da başlatılır.

3 Kasım 2003'de "**Kamu Yönetimi Temel Kanunu (KYTK) Tasarısı**" açıklanır, ancak Cumhurbaşkanı tarafından veto edilir. Bu yasayla kurumlar yerele devredilerek çok parçalı hale getirilmek istenir. Tasarıda yer alanları şu şekilde özetleyebiliriz;

- a) "Bölge kalkınma ajansı" adıyla 26 bölgesel birimin kurulması ve ondan fazla bakanlığın il-ilçe örgütlenmesinin kaldırılarak, il özel idarelerine devredilmesi (*yerelleşme*)
- b) Üst kurulların "ilişkili kuruluş" olarak tanımlanarak merkezi yönetim sistemi içine yerleştirilmesi ve devletin özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarıyla ortaklaşa çalışmasının ilke haline getirilmesi (*yönetişim*)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

c) Devlet faaliyetlerinin piyasa lehine yasaklayıcı ilkelerle sınırlandırılması (*özelleştirme-regülasyon*).

10 Aralık 2003 tarihinde çıkarılan “**5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu**” 1 Ocak 2005 tarihinde yürürlüğe girer. Bu kanunda stratejik planlamaya ilişkin hükümler de yer alır. Kanunun asıl önemli yanı KYTK kanunu ile yapılmak istenen yeni tip devlet örgütlenmesinin kamu gelir ve harcama sistemini kurmasıdır.

5 Mayıs 2004 tarihli 25453 sayılı Resmi Gazetede yer alan sağlık hizmetlerinin satın alınması ile ilgili düzenlemede ise; başlangıçta uzman hekim, hekim, yardımcı sağlık personeli vb. personelin sunacağı hizmetlerin de satın alınması bulunmaktadır. Ancak 25.08.2004’de yayınlanan bir genelgeyle bunların ikinci emre kadar satın alınacak hizmetlerden çıkarıldığı duyurulur. Diğer yandan Danıştay’a ilgili maddenin iptali için açılan dava süreci sonunda; 22.11.2007’de Anayasa Mahkemesi ilgili hükmü Anayasaya aykırı bulmadığını belirtir. Bu şekilde doğrudan personel istihdamına yönelik düzenlemelere yer verilmese de, 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa dayalı olarak radyoloji görüntüleme, laboratuvar gibi tıbbi tetkik ve tanı hizmetlerinde tıbbi cihazların işletmesi için yapılan ihalelerde, sağlık personelinin hizmet alımı içine yedirilir. Bu tarz istihdam biçimi sağlık hizmetlerinde esnek istihdam rejiminin en güvencesiz kategorisi olarak değerlendirilir. Yapılan düzenlemeler, kamuda sağlık personeli istihdamını azaltmaya yönelik olmakla birlikte sağlık hizmetlerinin piyasa mekanizmalarına uyarlanmasının bir yöntemi olur.

Eylül 2003’de yapılan “*53.DSÖ Avrupa Bölgesi Toplantısı*”nda, Türkiye’de başlatılan SDP’na atıfta bulunularak destek verilir. Aralık 2003’de de SDP bir kitapçıkla kamuoyuna tanıtılır.

III.g. Dünya Bankası Sağlıkta Dönüşüm Programı Birinci Aşama (2004-2009)

Sosyal Güvenlik Sistemi ve SDP’inin temel destekleyicisi, CAS-II (2004-07) kapsamında 2004 yılında DB ile yapılan **PFPSAL-III** (1 milyar \$) anlaşmasıdır. Bu anlaşma, kapsamlı finans ve kamu sektörü reformu için yapılmıştır. Daha sonra Haziran 2006’da alınan 403 milyon Euro değerindeki “**Program Amaçlı Kamu Sektörü Kalkınma Politikası Kredisi-I**” (**PPDPL-I**) de Sosyal Güvenlik Sistemi ve SDP için kullanılır. (*Özellikle yeşil kart da dahil olmak üzere beş sağlık sigortası programının birleştirilerek tek bir sağlık sigortası fonunun oluşturulması, aile hekimliğinin uygulamaya konulması ve etkili bir hasta sevk sistemi*). Yine “**Piyasa Ortamının Gelişimi (Development Marketplace) Programı**” çerçevesinde, 2007 yılında DB’ndan sağlanan 4 milyon \$’lık kredi de sağlık, beslenme ve yoksullukla ilgili mücadele konularında yerel projeler için kullanılır.

Sağlık reformuna özel, SDP’na hazırlık amaçlı Japon Kalkınma Bankası’ndan alınan ilk hibeden sonra, DB 21 Nisan 2004’te “**SDP Birinci Aşama Değerlendirme Raporu’nu (Rapor No. 27717-TU)**” yayımlar. Bu rapordan kısa bir süre sonra, 11 Haziran 2004 tarihinde de DB ile “**Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi**” (SDPDP) (No.74053) adı altında **4737-TU** Nolu İkraz Anlaşması imzalanır. Bu anlaşma ile T.C. Hükümeti’ne SDP’inin I.Fazı için bütçesi 71.22 milyon \$ (49.42 milyon Euro) olan kredi sağlanır. Bütçenin 56.36 milyon \$’ını DB, 14.86 milyon \$’ını Türkiye finanse edecektir. Kredi 4 yılı geri ödemesiz, toplam 17 yıl vadeli. Projenin başlangıç tarihi 28.07.2004, kapanış tarihi ise 27.12.2007 olarak belirlenir, ancak kapanış tarihi 55 milyon dolarlık ek bir proje ile 31.12.2008’e uzatılır, ancak proje 31.12.2009 tarihinde kapanır. Bu süreç içinde, Aralık 2005’de SDP’ne teknik ve operasyonel destek amacıyla, Sağlık Bakanlığı ile UNDP arasında 2006-2007 dönemini kapsayan, 3.2 milyon \$ bütçelik bir proje de imzalanır. Bu projenin finansmanı 4737-TU nolu ikraz anlaşmasından sağlanır. Proje kapsamında yüksek ücretlerle çalıştırılan UNDP saha koordinatörleri illerde aile hekimliğine geçiş, sağlık enformasyon sisteminin uygulanması ve hastanelerin işletmeleştirilmesiyle ilgili olarak merkeze aylık raporlar hazırlar.

Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi için DB tarafından yazılan “**Arka Plan**” metninde “**Türkiye’de Verimliliği ve Erişimi Geliştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar (2002)**” raporu dayanak gösterilerek, Türkiye’de sağlık sektöründeki geri kalmışlığın nedenleri üç başlıkta açıklanır. Bu başlıklar;

- Sağlık ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler
- Kaynak tahsisindeki yetersizlikler
- Zayıf sistem koruyuculuğu yönetimidir.

Ayrıca bu nedenlerin ortadan kaldırılması için ortak ve yaygın olan görüşün “**sektörde küçük değişiklikler yapılması yerine, köklü bir değişikliğin yapılması**” olduğu belirtilir.

Yine Arka Plan metninde yer alan “**Projenin Amaçları**” Bölümü de adı geçen DB-2002 raporuyla uyumlu olup, şu şekildedir;

- a. Daha etkili koruyuculuk ve politika oluşturmak için Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması
- b. Evrensel bir sağlık sigortası fonunun oluşturulması
- c. Temel sağlık hizmetlerinin sunumunda bir model oluşturmak üzere aile hekimliğinin getirilmesi
- d. Kime ait olduklarına bakılmaksızın tüm hastaneler için mali ve yönetim özerkliği getirilmesi
- e. Bütünüyle bilgisayara dayalı bir bilgi sistemi kurulması

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Anlaşmanın hemen ardından Resmi Gazetede Aile Hekimliği, GSS, hastanelerin özertleştirilmesi ve Sağlık Bakanlığı stratejik planlarının yapılabilmesine ilişkin Kanun ve Yönetmelikler yayınlanmaya başlanır. Resmi Gazete’de yayınlanma tarihine göre çıkarılan başlıca kanun ve yönetmelikler sırasıyla şunlardır;

- 09.12.2004 “**5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun**”
- 03.07.2005 “**5396 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek (Ek Madde 7) Madde Eklenmesi Hakkında Kanunu**”
- 06.07.2005 “**Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik**”
- 12.08.2005 “**Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik**”
- 15.09.2005 “**Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge**”
- 24.12.2005 “**5436 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**”
- 18.02.2006 “**Strateji Geliştirme Birimlerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik**”
- 20.05.2006 “**5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu**”
- 26.05.2006 “**Kamu İdarelerinde Stratejik Planlamaya İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik**”
- 16.06.2006 “**5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu**” (15.12.2006’da Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilir)
- 09.06.2007 “**5683 Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun**”
(bu kanunda; Madde1.(k)bendi ile “**KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI DAİRE BAŞKANLIĞI**” kurulur, Madde 3. ile 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye 17/C maddesi eklenir ve Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığının görevleri tanımlanır)
- 06.03.2007 “**Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı**”
- 03.07.2007 “**Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik**”
- 08.05.2008 “**5754 Sayılı SSGSS Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun**”

Yapılan bu yasal düzenlemeler ile öncelikle pilot illerde olmak üzere aile hekimliği uygulamasının başlatılması ve GSS sistemine geçiş öngörülmüş, kamu hastanelerinin mali ve yönetim bakımından özerk hale dönüştürülebilmesi için ilgili daire başkanlığı kurulmuş ve Sağlık Bakanlığı Stratejik Planının hazırlanması için alt yapı oluşturulmuştur. Ayrıca bu dönemde; SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilerek hizmetin sunulması ile satın alınması süreçleri ayrılmış, yeşil kart güvencesinin kapsamı ilaç ve ayakta tedavi hizmetlerini kapsayacak şekilde genişletilmiş, hastanelerde performansla dayalı ücretlendirmeye geçilmiş, hastane yönetimlerine hastane bütçesinin kullanımında daha fazla otonomi verilmiş ve hastaneler Sağlık Bakanlığı tarafından kalite yönünden izlenmeye başlanmıştır.

Sosyal Güvenlik Sistemi ile ilgili yapılan yasal düzenlemelerde DB’nin Mayıs 2003’de yayınladığı “**Türkiye’nin Emeklilik Sistemi ve Reform Önerileri Raporu**” ve IMF’in Stand-By Anlaşması kapsamında bulunan yapısal reformlar önemli rol almıştır. Şöyle ki; adı geçen DB raporuyla birlikte Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde çalışmalar başlatılarak 2004 yılında “**Beyaz Kitap**” yayınlanır. Beyaz Kitap’ta sosyal güvenlik sisteminde reformun gerekliliği ortaya koyulur ve bu çerçevede “**Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası ile Sosyal Güvenlik Kurumu Kanun Tasarısı**” hazırlanır. Ancak daha sonra kamuoyundan gelen tepkiler de dikkate alınarak tasarılar tekrar düzenlenir ve meclise sevk edilir. Mayıs 2006’da “**5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu**”, Haziran 2006’da da “**5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu**” yasallaşır.

5502 sayılı “**Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu**” ile SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur’un tüzel kişilikleri sona erdirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu’na (SGK) bağlanır.

5510 Sayılı Kanun aynı zamanda IMF ile yapılan 19.stand-by anlaşmasının ön koşullarından biridir. Kanunun devlet memurları ile ilgili hükümlerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi üzerine, bu hükümlere ilişkin değişiklikleri içeren “**5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun**” 17.04.2008 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girer. Bu kanunun getirdiği en önemli değişikliklerden biri emeklilik yaşının kadın için 58, erkek için 60 yaş olarak belirlenmesi, diğeri ise prim ödeme gün sayısıdır. Ayrıca 18 yaş

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

altındakilerin sosyal güvenlik kapsamına alınarak sağlık yardımlarından yararlandırılması vb. düzenlemeler de bu yasayla yapılır.

Aile hekimliği ile ilgili yasal düzenlemelerle; ihtiyaç duyulması halinde serbest çalışan ve kamu görevlisi olmayan hekim ve aile sağlığı elemanlarının birinci basamakta çalıştırılabilmesine olanak tanınır, aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına çeşitli başlıklarda ödeme yapılabilmesi için bütçe sağlanır, hatta bütçe ve ödemelerde kesintiler gerektirebilecek “performans kriterleri” getirilir. Kamuya ait taşınmazların “Aile Sağlığı Merkezi” olarak kiraya verilmesi de bu düzenlemeler içinde yer alır. Tüm bu değişikliklerin yanı sıra, sevk zinciri ile ilgili düzenleme de yapılarak, pilot il Düzce’de uygulamaya konulur, ancak daha sonra kaldırılır.

5396 Sayılı **“Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek (Ek Madde 7) Madde Eklennesi Hakkında Kanunu”** ile sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı’na kendisine veya Hazine’ye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırkdokuz yıllığa kadar ve belirli bir bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilmesinin önü açılır. Ayrıca yapılacak kiralama işlemlerine ait kira bedelleri Sağlık Bakanlığına bağlı Döner Sermaye İşletmelerince ödenmesi ve yine gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine Hazine’ye ait taşınmazların bedelsiz devredilebilmesi bu kanunla sağlanır.

5683 Sayılı **“Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”** kapsamında kurulan “Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı” değişik illerde Entegre Sağlık Kampüslerinin yapım işleri ile ürün ve hizmetlerin temin edilmesi işlerinin ihalelerini yapmaya başlar. KÖO “kazan-kazan” formülü ile ifade edilir. Bu yasanın hemen ardından “Kamu Hastaneleri Birliği Uygulaması Hakkında Pilot Yasa Tasarısı” TBMM’ye gönderilir. Tasarının 3. ve 6. Maddelerindeki hükümlerde Birliğe ait olan ya da hizmet amacıyla birliğe tahsis edilmiş olan yapı ve tesislerin satışı, kiralama ve işlettilmesine olanak sağlanacaktır.

5436 sayılı **“Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”** ile tüm kamu idarelerinde Strateji Geliştirme Birimleri oluşturulur ve daha sonra yönetmelikleri çıkarılır. Bu kanunla kurulan Sağlık Bakanlığı Stratejik Yönetim ve Planlama Daire Başkanlığı, 2010–2014 yıllarını kapsayan ilk stratejik planını hazırlamaya başlar. (Sağlık Bakanlığı 2010-14 Stratejik Planı daha sonra DB’nin SDP II. Fazı için verdiği kredinin kullanım alanlarından biri olacaktır) Ayrıca DSÖ ile birlikte “Sağlık Sistemlerinin Performansının Değerlendirilmesi” (HSPA) projesini yürütür.

Temmuz 2007 genel seçiminde AKP’nin yeniden iktidara gelmesinden sonra, 10 Ocak 2008 tarihinde DB **“Ülke Destek Stratejisi 2004-07(CAS-II) Tamamlama Raporu”** nu yayımlar. Raporu SDP Birinci Aşama sürecinde kamu hastanelerinin yeniden yapılandırılması ve özleştirilmesi reformunda Sağlık Bakanlığının sınırlı kaldığı belirtir. Bununla beraber hastalık yükü konusundaki çalışmanın tamamlanmış olması, harcamaların takibi için ulusal sağlık hesapları ve hasta kayıt sisteminin oluşturulmasının yanı sıra, kapsamlı bir sağlık reformu çalışmasının devam ediyor olması olumlu gelişmeler olarak değerlendirilir. Raporu bundan başka; IFC’nin o dönemde özel sağlık ve eğitim sektörü projelerine desteğini arttırdığı, modernizasyon ve genişletme programlarıyla yüksek kaliteli hizmete erişime yönelik finansman katkısında bulunduğu da yazılır. Gerçekten de raporu ifade edildiği gibi; Türkiye 2007 mali yılı içinde 413 milyon \$ ile o yıla kadar olan süreçteki en yüksek IFC finansmanını almıştır.

CAS-II Tamamlama Raporu’nun hemen ardından, 25 Ocak 2008’de **“2008-11 Mali Yıl Dönemi Ülke İşbirliği Stratejisi (CPS) Raporu”** (Rapor No. 42026-TR) yayımlanır. Raporu CPS’nin IX. Kalkınma Planı doğrultusunda şekillendirildiği belirtilir. Sağlık ve eğitim alanlarında yetkililerin talebi üzerine kamu-özel ortaklığı (Public Private Partnership–PPP) genel çerçevesi ile ilgili çalışmalar yapılacağından, bu çalışmalarda sağlam bir politika çerçevesi ve kurumsal çerçeve oluşturma konusunda yardımcı olunacağından bahsedilmektedir. Ayrıca Program Amaçlı Rekabet ve İstihdam Kalkınma Politikası Kredilerin (CEDPL) verilmesinin planlandığından söz edilmektedir. CPS faaliyetleri ile; Sağlık Bakanlığı’na liderlik fonksiyonlarını gerçekleştirmesi için kapasite oluşturma desteği sağlanması, aile hekimliği programını güçlendirme çalışmalarının devam ettirilmesi, hizmet sağlayıcı ödeme sistemlerinde iyileştirme yapılması ve ilaç harcamaları ile rasyonel ilaç kullanımı üzerine odaklanılmasının beklenildiği ifade edilmektedir. Ayrıca SDP’nin halihazırda küresel iyi bir uygulama reformu olarak kabul edildiğinden ve CPS kapsamında bu deneyimin bölgede ve küresel ölçekte paylaşılmasına yönelik modalitelerin araştırılmasının beklendiğine yer verilir.

CPS 2008-11 Raporu, DBG üyesi MIGA ile 2008-11 dönemini kapsayan **“Ülke İşbirliği Stratejisi” (CPS)** anlaşması öncesi yazılan kredi anlaşması metnidir. Raporun hemen sonrasında MIGA ile T.C. Hükümeti arasında CPS 2008-11 Anlaşması imzalanır. MIGA; politika ve danışmanlık hizmetleri kapsamında gelişmekte olan ülkelere yabancı sermaye akışını teşvik eden kurumdur. Ayrıca daha sonra, Mayıs 2008’de SDP ve sosyal güvenlik sistemi reformu için DB’nden CPS kapsamında 400 milyon \$ değerinde “İkinci Program Amaçlı Kamu Sektörü Kalkınma Politikası Kredisi” (PPDPL-II) alınır.

14 Temmuz 2010 tarihinde **“Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesinin Uygulama, Tamamlanma ve Sonuç Raporu”** (Rapor No: ICR0000780) yayımlanır. Bu raporu; proje sonuçlarının notu ile

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

banka ve borçlunun performans notları “doyurucu” olarak, proje sonuçları gelişiminin risk düzeyi ise “orta derece” olarak gösterilir.

III.h. Dünya Bankası Sağlıkta Dönüşüm Programı İkinci Aşama (2009-)

Dünya Bankası 2008 yılı Ocak ayında ard arda yayınladığı “**Ülke Destek Stratejisi 2004-07(CAS-II) Tamamlama Raporu**” ve “**2008-11 Mali Yıl Dönemi Ülke İşbirliği Stratejisi (CPS) Raporu**” ile SDP’de o güne kadar gelinen süreci (başarılı ve başarısız yanlarıyla) ve daha sonraki süreçte yapılması gerekenleri/yapılacakları ayrıntılı olarak ifade etmiştir. Bu iki raporla birlikte, yine 2008 yılı içinde OECD ile beraber Türk Sağlık Sistemi’ne yönelik bir inceleme gerçekleştirir. Bu incelemenin sonunda Aralık 2008’de “**OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye**” başlıklı kitap yayınlanır. Kitabın arka kapak sayfasında kitabın içeriğiyle ilgili olarak “*SDP’nin tamamlanması ile yeni sağlık sistemine harcanan paranın karşılığının sağlanması ve ekonomik yönden karşılanabilirliği muhafaza etmesi de dahil bir takım zorlukların söz konusu olduğu, kitapta bu zorlukların değerlendirildiği ve politika önerilerinin sunulduğu*” yazılmaktadır. Kitap içinde ise “Türk Sağlık Sistemi’nin Performansı ve Belirleyicileri” ile “Daha İleri Reform İçin Politika Zorlukları ve Tercihleri” başlıklı bölümleri dikkat çekmektedir.

“OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye” yayınında SDP’nin 2008’de tamamlanamamış olması, Reformlar konusunda yasal gecikmelere yol açan TBMM ve mahkemeler arasında uyumsuzlukların olmasına, özel hizmet sunucuların ekstra faturalandırma yapması ve bütçeye sınırlamalar koyulması gibi zorlu politika seçimlerine, tanıya dayalı gruplar gibi teşvik ödeme sistemlerinin oluşturulmasına ve büyük miktardaki yeni ödemelerin yapılabilmesi için SGK kapasitesinin artırılması gibi konularda gecikmelere bağlanır. Yayında ayrıca hasta katkı paylarından ve Aile Hekimi’nin sevki olmaksızın hastane polikliniklerine başvurular da dâhil, uygun olamayan başvuru yapanların katkı payı oranlarının daha yüksek olacağından ve Yeşil Kart uygulamasının 2009 itibarıyla başarılı olabilmesi için planlar yapıldığından bahsedilmektedir. Devlet hastanelerinde henüz önemli ölçüde bir özerklik sağlanamadığından da söz edilerek, bundan sonraki süreçte uygun yönetim kapasitesine sahip hastanelere daha fazla özerklik verilmeye devam edilmesi önerilir. Bu öneri yapılırken, hastanelerin etkin ve verimli çalışabilmesi özerklik şartına bağlanır. Daha fazla özerkliğin, devlet hastanelerine özel hastanelerle etkin rekabete girebilme ve Türkiye’deki hastane hizmetleri bağlamında yeni satın alıcı/hizmet sunucu ayırımından kaynaklanacak verimlilik kazanımlarını tam kapasiteyle gerçekleştirebilme fırsatı sağlamak için zorunlu bir unsur olduğu belirtilir. SGK harcamalarının en hızlı büyüyen bileşeninin özel sağlık hizmetleri kuruluşlarına yapılan harcamalar olduğu ve bu durumun büyük olasılıkla 2008 yılında SGK’de bir bütçe açığı oluşturacağı da belirtilir.

DB ile OECD’nin ortaklığı yapmış olduğu bu yayınından sonra Sağlık Bakanlığı ilk stratejik planı olan “**2010-14 STRATEJİK PLANI**”nı yayınlamıştır. Planın yönetici özetinde bu yayına atıfta bulunulur. Stratejik planda Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kapsama oranının, etkililiğinin ve finansal sürdürülebilirliğin artırılmasını sağlayacak olan Sağlıkta Dönüşüm Programının tamamlanacağı öngörülmüştür. 2010 yılında Sağlık Kampüslerinin yapımının hazırlıklarına başlanacağı, 2014 yılında da tamamlanacağı hedeflenerek, bölgelerin kendi içlerinde yeterli sağlık alanlarının oluşturulması amaçlanmıştır.

18 Mayıs 2009 tarihinde; DB, 46115-TR Nolu “ **Türkiye Cumhuriyeti’ne SDP’nin İkinci Aşamasına Destek Amaçlı Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (UPK2) için 56.1 Milyon Avro Değerindeki –İkraz Teklifi Hakkında Proje Değerlendirme Dökümanı**”nı yayınlamıştır.

30 Haziran 2009 tarihine gelindiğinde T.C. Hükümeti ile DB arasında SDP ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi II.Fazı finansmanı için (bütçesi **56.1 milyon Euro (75.12 milyon \$)** olan) 7717-TU nolu kredi anlaşması imzalanır ve 9 Eylül 2009 tarihinde Resmi gazetede yayınlanır. Projenin kapanış tarihi 31 Temmuz 2013 olarak belirlenir. Kredinin geri ödemeleri Şubat 2015’de başlayacak olup, Şubat 2039’a kadar sürecektir.

Kredinin kullanılacağı alanlar ve miktarları şöyledir;

25.84 milyon Euro.....	danışmanlık hizmeti
17.61 milyon Euro.....	eğitim ve çalıştaylar
2.99 milyon Euro.....	kişi başı ödemeler
8.81 milyon Euro.....	mal ve teknik hizmetler
850 bin Euro.....	işletim giderleri

Kredinin büyük bir kısmının danışmanlık hizmetleri ile eğitim ve çalıştaylara ayrılması dikkat çekmektedir. Ayrıca “kişi başı ödemeler” için ayrılan kısmının Aile Hekimliği sisteminde kişi başı ödeme mekanizmasını destekleyeceği öngörülmüştür.

SDP II. Faz Bileşenleri ;

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- A. SB'nin Stratejik Planı'na (2010-14) Destek Verilmesi
- B. Koruyucu Sağlık Hizmetleri için Çıktı-Bazlı Finansmanın Pilot Çalışmasının Yapılması
- C. SGK'nın Kapasitesinin Geliştirilmesi

SDP II.Faz-A.Bileşeninin ikinci maddesi "Hastane reformunun uygulanmasını desteklemek üzere teknik destek ve eğitim sağlanması"dır. Faz II'nin tanımlanan ana amaçları arasında "bütün kamu hastaneleri için yönetsel ve finansal özerkliği tamamlamak" yer almaktadır. Bu proje altında hastane reformlarının ana amacı ise "pilot ve sonunda ülke genelinde Kamu Hastaneleri Birliği modelini uygulamak"tır. Kamu Hastaneleri Birliği kamu hastanelerinin özerkleştirilme sürecinde bir durak model olarak öngörülmüştür.

Kamu hastanelerinin yönetsel ve finansal özerkliğinin sağlanması, yani kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesi, her ne kadar 2002 yılında DB Raporunda ayrıntılı olarak ele alınmış ve AKP Hükümeti Acil Eylem Planı'nda temel hedeflerden biri olarak gösterilmişse de hazırlık süreci oldukça uzun sürmüştür. Bu süreçte SSK hastanelerinin devri gerçekleştirilmiş, kamu hastanelerinde performansa dayalı ücretlendirme ile sosyal güvenlik kurumlarından elde edilen hastane gelirleri arttırılarak hastane ortamlarının iyileştirilmesi ve kullanılan teknolojilerin yenilenmesi sağlanmıştır. Böylece piyasaya dönük yapısı ve "kar"lı bir faaliyet alanı olarak görülen hastane hizmetlerinin küresel ticari bir meta haline getirilmesi kolaylaştırılmıştır. Kamu hastaneleri özerkleştirilme süreci SDP ikinci aşaması ile hız kazanır ve bu arada yasal düzenlemeler gerçekleştirilir.

3 Aralık 2009'da DB "Türkiye CPS 2008-11 İlerleme Raporu" nu (Rapor No. 51689-TR) yayınlar. Krizin etkilerinden kurtulma ve özel sektör öncülüğünde büyümeye geçişi desteklemek için CPS'de bazı ayarlamaların yapıldığı, insani ve sosyal kalkınma ile ilgili analitik ve istişari hizmetlerin arttırılacağı açıklanır.

26.03.2010 tarihinde 2007 yılında hazırlanmış olan "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı"nın son şekli verilerek "**Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı**" adıyla TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'nda kabul edilir. Bu tasarıda Bakanlığa ait hastanelerin puanlandırılarak sınıflandırılmasından bahsedilmektedir. Buna göre, ağırlıklı ortalaması C ve üzerinde olan hastaneler grubu Birliğe dönüştürülebilir, bir ilde birden fazla Birlik oluşturulabilecek ve Birlikler Koordinatörlüğü kurulabilecektir. Birliğin organlarını; yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticileri oluşturacak, Genel sekreterlik birliğin yürütme organı olacak ve idari, tıbbi ve mali hizmetler olmak üzere üç başkanlık içerecektir. Bu tasarıda hastane yönetim yapısı işletme mantığıyla oluşturulmuştur.

Aile hekimliği sisteminde bu dönemde yapılan yasal düzenlemeler ise sırasıyla şöyledir;

26.01.2010 "Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge"

25.05.2010 "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği"

13.12.2010'da Aile Hekimliği sistemi uygulaması bütün ülkeye yaygınlaştırılır

21.09.2010 "Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge Değişikliği"

11.03.2011 "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik"

03.08.2011 "Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge"

2011 Eylül ayı içinde Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Yasa Tasarısı'nın Genel Kurula getirilerek yasalaştırılması beklenirken, Ağustos 2011'de "**Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname Tasarısı**" hazırlanır. Kamu Hastane Birlikleri modeli bazı değişikliklerle bu KHK yasa tasarısı içinde yer alır. Tasarının yasalaşması yaklaşık üç ay sonra 663 sayılı KHK ile gerçekleşir.

02.11.2011 tarihinde 28103 sayılı Resmi Gazetede "663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" yayınlanır.

663 Sayılı KHK'de Kamu Hastane Birlikleri kurulurken hastanelerin sınıflandırılmasının dikkate alınmayacağı, hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla Birlik kurulabileceği, bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılmayacağı ve birden fazla Birlik kurulan illerde ve belli bölgelerde birliklerden birinin koordinatör olarak görevlendirilebileceği belirtilir. Hastanelerin sınıflandırılmasının Birlik Grubunun (A,B,C,D ve E) belirlenmesinde kullanılacağı ve grup düşme/yükselme durumuna göre Genel Sekreterce Hastane yöneticisinin görevine son verileceği gibi düzenlemeler yapılmıştır.

Kamu Hastaneleri Birliği dışında çok kapsamlı değişiklikler içeren 663 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı örgütleri önemli bir değişime uğrarken, halkın sağlığı ve üniversitelerin bilimsel özerkliğini etkileyebilecek pek çok düzenleme de yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinde olması gereken kapsayıcılık ve bütünsellik (koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici hizmetlerin birbirini tamamlaması) özellikleri bu KHK ile bozulmuş, küresel sermayenin yerleşebileceği "Sağlık Serbest Bölgeleri" oluşturulması öngörülmüştür. Serbest Bölgelerden elde edilecek olan aylık gayri safi hasılatın binde beşini geçmemek üzere çok az bir kısmı işletmecilerden alınarak Ekonomi Bakanlığı'na aktarılacağı öngörülmüştür. Ayrıca tıbbi ürün ve hizmetlerin üretiminin teşvik edilmesi ile ilgili düzenleme de yapılmış, bu konu ile ilgili olarak Bakanlığın mümkün olduğunca yerli sanayi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

imkanlarını kullanacağı, yabancı sanayi kaynaklı alım ya da yatırımlar karşılığında yerli sanayi katılımı, Ar-Ge ve teknoloji işbirliğinin de Bakanlıkça yapılan düzenlemelerle belirleneceği belirtilmiştir.

07.03.2012 tarihli 28226 sayılı Resmi Gazete’de **“Sağlık Bakanlığı Bağı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”** yayınlanarak yürürlüğe girer.

02.02.2012’de **“Taşra Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması, Personel, Taşınır ve Taşınmazların Tahsisi ve Devri Genelgesi”** yayınlayarak taşra teşkilatları yeniden yapılandırılır.

10.04.2012 tarihinde **“Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları ile Kadro Standartları Hakkında Yönerge”** çıkarılır.

04.04.2012’de DB **“Türkiye Cumhuriyeti’ne Yönelik Dünya Bankası Ülke İşbirliği Stratejisi 2012-2015”**i raporunu yayımlar. Bu rapor CPS 2012-15 kredi anlaşması metnidir. Yayında yer alan Eşitliğin ve Kamu Hizmetlerinin İyileştirilmesi Sonuç Çerçevesi’nde 5. Sonuç olarak beklenenler şu şekilde belirtilir;

- Sağlık Bakanlığı’nın 2015 yılına kadar yeniden yapılandırılarak sadece sağlık sektöründe liderlik fonksiyonları üzerinde odaklanması.
- Tüm kamu hastanelerinin kamu hastane birlikleri olarak teşkilatlandırılması ve global bütçeden performans sözleşmelerine göre ödeme yapılması

Sonuç olarak; Türkiye’de 1980’li ilk yıllarda başlayan neoliberal kamu politikaları bağlamında gerçekleşen sağlık reformunun uzun soluklu bir sürece yayıldığı, belirli bir sırayla ve birbirini destekleyen müdahaleler şeklinde yapılandırıldığı, 2002 yılında AKP Hükümetinin iktidara gelmesi ve üç dönem iktidarda kalması ile belirgin şekilde hız kazandığı ve büyük ölçüde yasal düzenlemelerin tamamlandığı söylenebilir. Bu süreçte DB’nin yadsınamayacak düzeydeki etkisi yayınlanan DB raporlarında görülmektedir. Ayrıca DB şu cümleleriyle bu etkiyi doğrulamaktadır; *“Türkiye Dünya Bankası’nın teknik analizlerine, danışmanlık hizmetlerine, uluslararası uzmanlık birikimine ve deneyimine büyük değer vermektedir. Analitik ve İstisari Yardım (AAA) programı hükümet ve geniş yelpazeye yayılan bir paydaşlar grubu ile birlikte gerçekleştirilmektedir.”*

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Background paper for the 15th Turkish National Public Health Congress, 2-6 October 2012.

Göran Dahlgren, Visiting Professor University of Liverpool.

Profit driven health sector reforms – experiences from Sweden.

Neo-liberal reforms have swept across Europe as from the 1980s. Sweden is one of the countries which have changed fastest in terms of privatization and deregulations. New public management ideas as developed and implemented by the Reagan administration in the US and by Margaret Thatcher in England inspired in particular conservative and neoliberal politicians to privatize railways, electric mains, non-profit housing apartments and to open up for tax financed private for profit schools. Internal markets were also gradually developed within the tax financed health care system in the early 1990s. (Dahlgren 1994) Catch words for these neoliberal reforms were – and still are – competition and choice while the main objective is to open up the public tax financed health care system for private for profit providers.

The first phase of this market oriented reforms was the introduction of so called purchaser – provider systems with competitive bidding. The number of private for profit providers of primary care services then increased and one major acute hospital in Stockholm (St Göran hospital) was sold to a venture capital company (Bure). The language used to describe these reforms also became more business oriented as patient became customers on a market. Another effect was that the total costs for care increased in spite of efforts to reduce overproduction and other methods for optimizing profit. The lack of effective systems for cost-containment led to a gradual phasing out of the purchaser-provider systems while maintaining the split between purchaser and providers..

The second phase started 2006 when the conservative party together with three smaller neo-liberal parties came into power both at the national level and in many county councils. A new law (“Lagen om vårdvalssystem”) was adopted by parliament (2009) which gives all private for profit providers of e.g. primary health services who meet certain criteria the right to have their services tax-financed. These private providers are also by law given the right to decide where their tax financed services are to be located. This “Free choice of care law” was made compulsory for all primary health care services. The democratically chosen county council who finance these services by local taxes can thus neither determine the number of private for profit providers to be financed by taxes nor where these tax financed services are to be located. This is determined by the private for profit providers on the basis of profitability rather than the need for these tax financed services.

The driving force for these profit-driven reforms has been a symbiosis between representatives for commercial interests and top level neo-liberal/conservative politicians. They are backed up by a massive propaganda machine including the employers’ organization (Svenskt Näringsliv), the organization for commercial providers of health services (Vårdföretagarna) and liberal/conservative newspapers which totally dominate the daily press in Sweden.

The political opposition has been rather weak with the exception of two fairly small parties (the left party and the environmental party) The main opposition party – the Socialdemocrats – are split on the issue of private for profit providers of tax financed health services. The great majority of the general public is – according to almost all opinion polls – in favor of public rather than private for profit providers. The workers labor union has also – at their latest congress (2012) – clearly stated that they shall work towards a non profit tax financed health care system.

The purpose of this article is to present facts and experiences gained as regards the effects of market oriented reforms. Policy options for promoting a better and more equal care according need are also briefly presented.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

The Swedish health care system before the introduction of market oriented health care reforms was not ideal. Outpatient services were for example pro-rich (Haglund 2004). Economically better off groups visited for example doctors more frequently –for equal need – than low income groups. These social inequities were gradually reduced during the 1990s but have since then increased. (Socialstyrelsen 2006) They are now greater than in most other West European countries. Van Doorslaer 2004 and 2006) Many research reports also reveal that people who have a very low income, limited education and/or are unemployed more often than other groups are not seeking care in spite of a greater perceived need for care. (Burström 2002, Burström 2008)) There are also many reports e.g. from the National Board of health and social welfare (Socialstyrelsen 2011) revealing social inequities also as regards the quality of care.

A major challenge is thus to reduce and eventually eliminate these social inequities and secure good care according to need for the whole population. This challenge is further reinforced by the fact that relative social inequities in health in Sweden, as in other high income countries, are substantial and increasing (Socialstyrelsen 2006 , Mackenbach 2005) The extent to which market oriented reforms reduce or increase these inequities in access and quality of outpatient care is thus given particular attention in the review of effects presented below.

1.Profit driven health services are increasing inequities in the supply of primary health services.

1.1. Big cities are favoured at the expense of rural areas.

The effects of the above mentioned Free choice of care law (“Lagen om valfrihetssystem”) as regards geographical distribution across Sweden can after two years (2010 and 2011) be summarized as follows (Konkurrensverket 2012a):

- 196 new tax financed private for profit health centers have been established. This is a far greater expansion of primary health services than during previous periods.
- 168 (88 %) of these 196 new health centers are located in areas with an already very good or good general service level. 57 percent were located in the regions of the three biggest cities where there is – in particular in better off areas - a relative oversupply of health centers/family doctors. People living in these areas can now reach their nearest health center a few minutes faster. The increased supply of services has not – according a report from the National Authority for Health Care Analyses – significantly reduced waiting times for these services. (Myndigheten för Vårdanalys 2012)
- 1 (0, 5%) of the 196 new private for profit health centers has been located in an area with a low general service level.
- Not a single one of these 196 tax financed private for profit health centers was located in an area with a very low general service level (i.e. rural and sparsely populated areas)
- 5 public health centers closed down – no new public health centers were established.

A major effect of this law is thus increased geographical inequities in the supply of tax financed health centers. The reason being that the private for profit providers have been given the right to locate their tax financed services according to profitability rather than need..

The “Free choice of care law” also reduces the possibilities to establish new public health centers. One reason is that the county councils are forced to finance the new private for profit providers before they – if any money

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

is left – can establish public health centers in underserved areas. Tax payers living in “unprofitable” areas are thus in many counties paying taxes for securing the profit for private providers in profitable areas.

These effects are in direct conflict with the Health and Medical Act (§ 7) which states that the county councils “should plan all health services according to the need for these services”. The county councils also have a legal obligation to secure that good health services for all regardless of habitat. (SKL 2012) The private for profit providers have no such obligations.

The Free choice of care reform reform is also very ineffective in economic terms as the use of available resources are not contributing – but making it more difficult – to achieve the overarching objective for the Swedish health care system i.e. “to secure good care on equal terms for the whole population.”

The conservative and neoliberal parties are together with different commercial interests – in spite of this – planning to expand this profit driven reform to almost all out-patient health services. If this cannot be achieved on a voluntary basis the county councils are likely – as in the case of primary health services - to be forced by a compulsory law to promote and finance private for profit providers.

Policy options promoting reduced geographical inequities of primary health services.:

- *Replace the Free choice of care law (Lagen om valfrihetssystem) with a law stating that the county council shall decide how many tax financed health care facilities are to be established and where they shall be located for best meeting the need for these services.*
- *State as a pre-requisite for continued public funding of already established private for profit providers that they must sign a contract with the county councils valid 3-5 years. (The present law gives for profit providers a never ending right to public funding of their services.) A gradual shift from private to public can then be decided when these contracts are terminated in order to secure that scarce public funds are used according to need.*
- *Develop and implement long terms plans for securing good access to essential public health services in underserved areas. The state should provide extra funding for these efforts which in addition to health centers with a broad competence might include strengthened home care, mobile medical teams, free transport to nearest health center and hospital. In order to recruit the necessary staff salaries offered should be much higher than in the major cities, possibilities for research better as well as possibilities to influence working conditions. If these incentives are not enough for staffing these health facilities the Government should – as considered in Denmark (Dagens Medicin 2012) – initiate a compulsory period for doctors and nurses to work in these underserved areas.*

1.2. High income areas within the major cities are favored at the expense of low income areas.

Systems permitting private for profit providers to decide where their tax financed clinics and health centers are to be located also increase inequities of care between high and low income areas within cities.

Around 80 percent of all tax financed out-patient specialists are for example working in the northern better off half of Stockholm County in spite of the fact that the need for these services is far greater in the southern half of the county. The geographical distribution is particularly skewed for specialists in the field of respiratory disease specialists, cardiologists, orthopedists and psychiatrists. (Dahlgren 2008) The geographical distance has a direct effect on the utilization of care. A study in Stockholm County (Chen2005) found that persons living in inner city areas close to a private specialist clinic were more than twice as likely to use such care as those living further away.

Public health centers are typically located more according to need but there are problems to secure qualified staff in certain low income areas. The changes which occurred in Stockholm County two years after the Free choice of care (Vårdval Stockholm) was introduced are for example that:

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Additional resources previously given to health centers in low income areas were eliminated (Rehnberg 2009). This was done in spite of the fact that low income groups have between 50 to 100 percent higher risk to get almost all major diseases. (Dahlgren 2008) This led almost immediately to a reduction of 50 health professionals. (Gustafsson 2008)

Scarce financial resources for health services were reallocated from low- and middle income areas to the areas with the highest average incomes. (Rehnberg 2009) This together with the elimination of additional financial resources to low income areas led to a reduction of 50 health professionals in areas where they were most needed. (Gustafsson 2008 a) The new funding systems have also forced providers in low income areas to reduce or discontinue joint family centers (Familjecentraler) which provide maternal and child health services as well as offer services from social welfare officers , psychologists and therapists (Keller 2008, Gustafsson 2008 b)

Inequities in the supply of primary health care services between high and low income areas became permanent as the authorizations given to publicly financed private for profit providers have no time limit.

- Those who were most dissatisfied with the care provided before the “free choice of care reform” were even more dissatisfied after two years with this reform. (Rehnberg 2009)

No assessment can be made of changes in the medical quality of care due to lack of valid quality indicators.

Policy options for eliminating inequities in supply and quality between high and low income areas.

- *Abolish the Free choice of care law. (see policy options point 1.1 above.)*
- *Reintroduce need based criteria for resource allocation. One part should be an area base budget based on the age-and socioeconomic structure of the natural catchment area for a health centre. The socio-economic factors to be included in this index can for example be based on the proportion of the population living alone, receiving social support, born out-side of Sweden and having a very low income.
The other part of the payment should be based on number of registered patients with payments related to age, sex and burden of disease.*
- *Develop and implement comprehensive programs for improving the cultural access and quality of care in low income areas which include additional community doctors and nurses, social welfare officers, health service coaches and qualified interpreters.*

1.3. Economic access to primary health services is reduced for low income patients. patients .

Market oriented health care reforms typically favor increased user fees. This is the case also in Sweden where many who live in relative poverty often report that they sometimes cannot afford to seek the care they need. A report from Karolinska Institute (Burström 2008) focusing on economic access to essential health services and drugs in Stockholm County revealed for example that:

-34 percent of those who were on social welfare had for economic reasons not consulted a doctor in spite of a perceived need for professional health care.

- 17 percent of all single mothers with children at home stated that they could not afford to take out prescribed medicines.

The Government has - in spite of facts such as these - recently (1/1 2012) increased both user fees and out of pocket payments for medicines prescribed by a doctor. This will further increase social inequities in access to

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

tax financed health services. It should also be recalled that user fees – given social inequities in both income and health – is a highly regressive “tax on being sick”. Any shift from public to private financing at a given utilization of care means that the low income groups, women and the elderly pay more while better off working age men pay less.

Social inequities in access to tax financed health services are also directly influenced by the expansion of private for profit providers. This is for example the case when the providers are paid – as e.g. in Stockholm - a fixed amount per visit regardless of whether the consultation takes 10 or 30 minutes. Quickly treated minor health problems are then more profitable than treating more serious time consuming health problems. Reports from many doctors also show that they in order to secure enough income and profit have to give certain priorities to “profitable patients” i.e. patients with minor health problems. This increases social inequities in access to care as the share of non profitable patients is far greater among low- than high income groups. It is also in conflict with the Health and Medical Care Act which clearly states that priority should be given to those with the most serious health problems.

Most Swedish county councils – with the exception of Stockholm and Uppsala – are however paying the health centers mainly according to the number of persons listed at the centre. Many have also taken into consideration social inequities in health and thus need for health care services. This greatly improves the possibilities to provide services to those listed according to need.

Finally it must be recalled that the conservative government (2006) changed the Health and Medical Act in order to make it possible for tax financed private for profit hospitals to treat private patients having a private health care insurance or being able to pay out of pocket the full market price for the care needed. This opens up a possibility for those patients to by-pass the patients on the public waiting list. Public hospitals do not have this type of “priority door” for privileged patients. On the contrary - if someone offered five thousand dollar to a public hospital for bypassing the queue it would be described as bribery. The ethical norms within the Swedish health care system are thus very different and depend on whether the tax financed services are provided by a private or public provider.

Policy options for improving economic access in particular for low income groups..

- *Introduce free primary health care services (as in e.g. Denmark and England.)*
- *Lower the financial ceiling for receiving free prescribed medicines and increase the subsidies for dental care.*
- *Intensify efforts to identify tax financed providers of care who are giving priority to profitable patients. Public funding should then be terminated for providers who are not following the intentions in the health legislation of equal rights to care according to need.*
- *Eliminate the possibilities for patients to bypass the queue for treatment at tax financed health centers and hospitals.*

2.. Market oriented reforms force public providers to act as profit driven private providers.

Health sector reforms promoting tax financed private for profit providers of care typically influence also the payments and rules for the public providers. The market oriented Swedish health sector reforms often imply that the public providers should generate enough financial resources to cover the cost for their services. The criteria for payments should then be the same as for private for profit providers in order to secure competition on equal terms. Doctors and nurses at public health centers may then – in order to secure enough resources for providing medical services – act as a for profit provider including start thinking in terms of profitable and non profitable patients.

The possibilities to generate enough resources are of course better in profitable than non profitable areas. Consequently many public health centers in rural and low income areas experience greater financial problems than private for profit providers which are free to locate their services only in profitable areas. A consequence may then be that public health centers can be forced to close down because they have too many non profitable patients (i.e. patients with complex and severe health problems.) This has for example happened in the province of Värmland where the need for services was far greater than the resources generated.(Konkurrensverket 2012 b) This is not a unique case - many public primary health care providers are likely to report substantial losses in the near future. This raises a very fundamental question: Should tax financed health services be forced to close where they are most needed in order to follow the rules of the market? Accepting these rules of the market means an approval of rules which are quite the contrary to equal care according to need.

Policy options for securing that public providers can focus on need only.

- *The Health and Medical Act must be sharpened in order to secure that all tax financed providers of care can – and must – operate in accordance to the objectives stated as regards good quality care according to need for the whole population. Commercial interests and norms should never be permitted to overrule these basic objectives for all providers of tax financed health care services.*

3. Important but non profitable activities are neglected.

The patient based payments in market oriented health care system are typically not suitable for promoting broader actions and programs which are difficult to quantify in terms of time needed or activities to be carried out.

Health promotion and disease prevention are such programs/activities. They are thus often neglected and even reduced in profit driven health services. To spend extra time to inform a patient how to reduce certain health hazards is a financial loss in a system where providers are paid a fixed amount per visit. The fact that this type of integrated health promotion is highly effective is overruled by the need for profit. Equally obvious is that intersectoral actions for health are even more difficult to develop in profit driven health care systems than in non profit systems. Professional support and advice to local health committees, injury prevention and school health programs etc is rarely seen as profitable in spite of the fact that they often are very cost-effective in terms of improved health.

Equally evident is it that research and training rarely are considered profitable in spite of the fact that they are of critical importance for the development of effective health care services. The perspective of for profit providers is often too narrowly focusing on how to make profit on the health care market. This is both natural and logical as they cannot survive without making profit.

Effort to develop and improve health care systems are typically only carried out by public providers and the administration. Private for profit providers are usually not participating in these efforts when invited (Konkurrensverket 2012 b). They are typically not profitable and private for profit providers do not have any stated responsibility to engage and contribute to improving the quality and coordination of health care systems. Their prime responsibility as corporations is to optimize profit to the owners of the company.

Policy options for securing health promotion, research and training.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- *Secure a separate area related budget for health promotion and disease prevention. The index for assessing the need for these type of services should be based on number of people, share of children and young people, the socio-economic structure of the population and the risk panorama in the natural catchment area.*
- *Guarantee a separate budget for research and development within the tax financed health care system.*
- *State as a prerequisite for tax funding of services provided that adequate training can be offered for all categories of staff and that members of the staff – when invited – participate in effort to improve coordination and quality of the wider health system within which they operate..*

4. Securing profit can be a threat to the quality of care.

It is often argued that private for profit outpatient care is of better quality than health services from public providers. This is then illustrated by the fact that the perceived quality of care according to most surveys is better at private for private providers as compared with public providers. The Authority for Health Care Analyses (Myndigheten för vårdanalys 2012) has however showed that there are no differences in the perceived quality of care between public and private for profit providers when considering the differences in the context they operate. The reason being that private for profit providers more often are working in high- and middle income areas with a relative oversupply of health care providers. Public providers on the other hand are more often working in low income areas with fewer health care providers as related to their patients' greater need for care. It is then quite obvious that it is easier to provide better services in high- than low income areas. Given these differences in socio-economic context and supply of services it is thus the context – not the type of provider – which explains the differences in perceived quality.

Systematic differences in the medical quality of care cannot yet be assessed for outpatient services in Sweden due to lack of relevant quality indicators.

It seems however that the risk for a low medical quality of care is somewhat greater among private for profit providers. One indication of this is that periodical inspections in Stockholm County found the most serious shortcomings among private for profit providers. One reason for increased risk of lower quality of care among private for profit care is that profits are increased by e.g. reducing the staff which in turn may reduce the quality of care. When the productivity is the same or lower among private for profit providers than among public providers the need to secure profits then becomes a real threat to the quality of care provided. There is no evidence e.g. in Stockholm that the productivity among private for profit providers is higher than among public providers. (Rehnberg 2009)

It is often stated that the quality of care will improve when people in a market oriented health care system. People then choose the good quality providers and reject the poor ones. The evidence that choice is an effective method to weed out providers of poor quality is not very strong. A recent study by the Swedish Authority for Health care analyses (Myndigheten för vårdanalys 2012) concluded in an evaluation of the Free choice of care system that there were no significant links between “choice” and quality of care. This is in line with international findings e.g. within the National Health Services in England where current evidence suggests that patient choice schemes are failing to raise quality of care. (National Health Service and Service Delivery Organization (2006).

It is furthermore important on medical safety grounds important to reject a strategy for improving the quality of care based on choice. It should never be the responsibility of the patients to weed out low quality providers. Medical treatments are not like potato chips which you test and then choose the one you like best. First of all it is very difficult for the patient to judge the medical quality of the treatment provided. Secondly many treatments are irreversible - when a cataract surgery is carried out you cannot go to another doctor to find out if he can do it in a better way.

The effects of poor quality care are furthermore difficult sometimes impossible to compensate by choosing another provider. The only acceptable policy is to do whatever is possible to guarantee that all tax financed

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

health services are of equally good quality. If the patient then find that he/she does not like the services provided it is important that there is a possibility to choose another doctor/clinic.

International comparisons of the quality of hospital care clearly indicate that non profits hospitals typically offer a better quality of care than for profit hospitals. (Devereaux PJ et al 2002,Devereau PJ et al 2004, Egglestone K. et al 2008)) In a Swedish context it seems – according to available indicators of quality – that there are no major differences in quality between the for profit hospital Capio/St Göran and the main public hospitals in Stockholm. (Dahlgren 2010) It must then also be recalled that the public hospital St Görans was considered one of the best – if not the best – hospital when it was sold to Bure/Capio late 1990s. In other countries such as Spain and England privatization of a hospital was only considered when a public hospital had big financial or other problems.

The possibilities to develop sharp quality control systems are very likely to be reduced with an increasing share of private for profit providers. One reason being that they – as any other commercial company – are very unlikely to welcome control systems which may reveal that their services are of a lower medical quality as compared with other competing providers. The private providers may even on formal grounds be able to reject certain quality controls by referring to the right to classify certain information as secret on business grounds.

Furthermore professionals employed by private for profit providers do not have the same right legal protection if they report about mistakes or poor quality of care to the public or a journalist. Professionals working for a public provider have on the other hand almost a duty to report such shortcomings and they can do so without being identified and punished. (Olin 2007) These whistleblowers have often been of critical importance from a quality control point of view.

Policy option to secure a good quality of care

- *Include specific indicators for quality control – as well as quality standards to be met – in all contract with or authorizations of all providers of care.*
- *Further developed and sharpened quality controls of private as well as of public providers.*
- *Develop and introduce as a matter of urgency indicators of medical quality of outpatient care.*
- *Make it a prerequisite for public funding that private for profit providers accept the same quality controls as applied to public providers as well as the right to report to the press without being identified and punished..*
- *Reintroduce the law securing that all tax financed hospitals must be nonprofit.*

5. Profit driven health care systems increase total costs for care.

International comparisons between health care systems in different countries show that total costs for care as related to BNP typically increase by the share of private providers of care. The outstanding example is the highly privatized health care system in the US where more than 16 percent of BNP is used for health services while almost 50 million people still are uninsured (De Navas – Walt 2012). From a Swedish perspective it might however be more relevant to recall that health care costs related to BNP are at a higher level (around 12 percent) in countries with many private provides such as France, Canada and Switzerland. Countries mainly relying on public providers such as Sweden use around 9 percent of their BNP to provide good quality of care for almost the whole population.

Many major meta-analyses comparing profit and nonprofit hospitals primarily in the US but also in Canada and some European countries clearly show that the costs for care are higher at for profit than nonprofit hospitals. (Devereaux Pj . et al 2002, Devereau PJ, et al 2004.) No major meta analysis found shows that for profit care usually is cheaper than non profit care.

Experiences gained in Sweden also indicate that privatization increases rather than reduces the price to be paid for services by the taxpayers/county councils. An in-depth analysis by the auditors of the Stockholm County

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Council showed that the total price for care from St Göran hospital two years after privatization was almost twice the total costs for care at similar public hospitals in Stockholm.(Stockholms läns landsting Revisionsrapport 2002:3) No similar studies have been published since then but the price to be paid for services was still higher (2011) at St Göran Hospital than for health services provided at public acute hospitals in the same region (according to an internal background report to the long term plan to be prepared.)

There are many reasons why businesslike models within health care systems become very expensive for the taxpayers. One reason is that the provider of private for profit care not only can determine the supply but also to a great extent the demand for care. The reason being that the provider of care – doctors and sometimes also nurses – decide what type and how much medical treatments and drugs the patients need. Furthermore all patients have an almost unlimited purchasing power as the services offered are paid for by a third party (in Sweden the County Council which collect local taxes for financing the health care system.) The unique position of a private for profit provider of health services can be illustrated by giving the same “market conditions” to e.g. owners of grocery stores. They could then decide what and how much their customers should buy. The customers on the other hand have an almost unlimited purchasing power and never had to think of the costs. The bills were automatically paid by a third party. It goes without saying that these grocery owners – just like real life private for profit health care providers – have unique opportunities to expand their business. From the taxpayers /county councils point of view it is that increased incomes and profits for the providers constitute increased costs. This very special position for providers of health care must be considered in any attempt to open the tax financed health care market to private for profit providers.

Policy options for improving cost containment.

- *Reintroduce the law stating that all tax financed hospitals should be nonprofit.*
- *Increase the share of nonprofit providers of outpatient care as stated in policy options presented in point 1.1 above.*
- *Avoid fee for service payments in outpatient care.*

6. Tax money for health services becomes profit for shareholders.

One of the most common arguments against private for profit care is that tax money allocated for health services becomes profit for shareholders and leaders of the big multinational venture companies which own almost all major private for profit providers of care in Sweden. The counter argument from those in favor of this privatization is that the private for profit providers of care can produce the same or better services at a lower cost than public providers. They can therefore take out a profit to the owners and still provide more and/or better care. Evidence for this statement is rarely presented. International experiences as summarized in an EU financed research report are that “there is no systematic evidence that the market per se increased productivity”. (European Health Management association 2000) When the costs for a certain quality of service are the same for private for profit providers and nonprofit it is a loss of resources to privatize. The public providers can – on the other hand - can use all the money earned for providing health services. Equally evident is that profit made by a nonprofit provider will be reinvested while private for profit provider will transfer the profit to external shareholders and leaders.

It must also be recalled that the possibilities to increase income by cheating the system increases with an increase of private for profit providers. Experiences gained internationally as well as in Sweden show that the focus on profit in combination with limited possibilities to check the correctness of bills give incentives for requesting payments for services never carried out as well as for unnecessary services. The costs for controlling profit driven health services are very substantial. This may be one reason why these controls still are quite undeveloped in Sweden. Another reason is probably naivety – believing that the venture capital companies

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

who own all but one of the major private for profit health care companies in Sweden are not using profitable methods to cheat when the risks to be discovered are very small.

Policy options reducing the outflow of public resources to shareholders and leaders of tax financed private for profit providers:

- *Replace the free choice of law with a law securing democratic control of outpatient health services.*
- *Sharpen the financial controls in order to reduce fraud and terminate contract with private for profit providers trying to increase their profit by cheating the system (and thus the tax payers)*

7. Private for profit providers tax evasion reduces public resources.

Almost all private major for profit providers of health services (Health centers and hospitals) are owned by venture capital companies which have tax evasion as a business idea. Instead of paying tax on profit made from tax financed health services in Sweden they use different financial tricks making it possible for them to transfer the profit to different tax havens.

The Swedish tax authority has identified many such cases but have difficulties to force the health care companies to pay back the amount they should have paid in tax on profit made. One reason is the vagueness of the Swedish law as regards the right to use internal loans with a artificially high interest used for deduct the taxable profit made in Sweden. Another reason is the secrecy of all transfers to and accounts in different tax havens. The profit earned can then – without any taxes paid - be kept on secret accounts without any possibility for the Swedish tax authorities to identify the owner.

The losses of public funds due to this and other types of tax evasion is not known but is certainly counted in hundreds of million euro. This loss of tax revenue is a loss of resources which could be used for improving health services. The fact that the profit is made from tax financed health services has caused extra concern and anger in the general debate about the negative effects of promoting private for profit providers of care cheating the tax payers.

The conservative Government are now trying to tighten the laws in order to reduce this type of tax evasion but influential commercial interests have so far be able to stop these efforts by claiming that the laws proposed are not legally correct. A new law will is however likely to be adopted in the near future. The tax revenue then “reclaimed” shall be used for lowering the tax for private companies in general.

Policy options to avoid loss of tax revenue which could be used for improved health services.

- *All county councils could – awaiting a legally binding law against tax evasion - decide that only private for profit providers paying taxes in Sweden in accordance with the guidelines stated by the Swedish tax authority can be considered as providers of tax financed health services.*
- *A law against tax evasion via high interest internal loans and close links with secret fundholders in different tax havens should be adopted without any further delays.. (Sweden is one of the few west European countries not yet having this type of law.)*
- *Reintroduce the law securing that all tax financed hospitals are nonprofit.*

8. Market oriented health care systems tend to reduce choice.

The right to choose between different providers has since long (1995) been stated in the Swedish Health and Medical act. Everyone is free to choose public or private providers of tax financed primary health services in the whole of Sweden. The same freedom exists as regards the choice of hospital for those with a note for admission from a doctor. The county councils are by law forbidden to limit these possibilities to choose. In an

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

international perspective this freedom of choice – which was introduced before the market oriented reforms – is far greater than in many other high income countries.

Increased choice has – in spite of this – been a leading argument for the expansion of private for profit providers. “Improved choice” has in fact become synonymous with “increased privatization.”

In an analysis of the effects of profit driven health sector reforms as related to choice in a Swedish context it should be noted that:

- People continue to go to the nearest provider to their home and in some cases to their workplace. Very few are “shopping around” to find the best provider of these services. The privatization of public health centers and hospitals has thus – for many citizens – not meant an active choice of a new provider. They just continue to go to the same nearest clinic and hospital where they often met the same doctors and nurses as before. In many cases they are not even aware of that “their” provider of care had been privatized. The possibilities to choose are however of critical importance when patients are not satisfied with the services provided.
- In areas receiving additional health centers the new private for profit providers obviously increased the possibilities to choose. These areas typically – as illustrated above (point 1.1 and 1.2) – already had better access to health services than other economically less privileged areas. Thus choice was increased primarily for those already having a choice between many providers.
- Market oriented reforms based on competitive bidding are limiting the choice to those providers who won the contract. Even more important to recall is that both the bidding process and authorization of providers as regulated in the Free choice of care law require a precise general specification of services to be provided. Adapting services to different local conditions and introducing new innovative alternative treatments do not fit in these general specifications. Thus “one size fit all” is to the surprise of many friends of health care markets a typical effect of privatization within a Swedish context.
- Small scale entrepreneurs and private nonprofit providers find it very difficult to survive on the new commercial health care market. This also tend to reduce the multiplicity of services.

Policy options for increasing choice.

- *Replace the Free choice of care law with a law securing democratic control of tax financed out patient services. (see policy option 1.1 above.)*
- *Promote alternative methods for treatment and type of services within the public health care system.*
- *Stimulate the establishment of private nonprofit providers of care which constitute a complement to services provided by public providers.*

9. Profit driven health sector reforms tend to undermine the the democratic possibilities to secure good health for all.

The decisions to promote private for profit providers and develop different types of market oriented health sector reforms have all been taken in accordance to normal democratic rules.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

There is however still good reasons to analyze how these reforms – which have been introduced gradually - are undermining or not in line with good democratic practice.

The following facts and experiences gained should then be considered:

- The great majority of the adult Swedish population favour – according to almost all public opinion polls – public rather than private for profit providers of tax financed health services. The periodic studies carried out by the University in Umeå shows that around 80 percent favour public providers. The politicians promoting private for profit providers are therefore rarely talking in terms of “privatization” and the word “profit” is never mentioned. The key words are instead “choice” “competition” and sometimes “alternative providers”
- The possibilities to vote for a public non market oriented health care system have so far been very limited. The only party with a clear alternative is the “left party” which at present has around 6 percent of the votes.
- The right to decide how many tax financed private for profit providers of primary health services should be established and where they are to be located has been transferred from the county council to the boardrooms of the private providers and venture capital companies. The democratically elected county council can thus neither decide the volume nor location of the primary health services they finance when they are provided by a private for profit health care company.

Policy options for increasing the democratic health policy and planning process

- *Replace the free choice of care law with a law securing democratic control of tax financed outpatient services (see point 1.1 above.)*
- *Present political alternatives to profit driven health care reforms which makes it possible to express a preference for public health care reforms.*

10. The way forward.

In the present debate on profit driven health services there are some suggesting a law against profit in all types of tax financed health services. This is a realistic approach when there are only a few private for profit providers on contracts with a specific time limit. This is the situation in Sweden as regards tax financed hospitals. Thus – as suggested above – there are no major formal problems to secure by law that all tax financed hospitals must be nonprofit (as has been the case for many years in Holland). It is a matter of political will.

It is much more difficult shift from profit to nonprofit providers of tax financed outpatient services given that they today (2012) constitute 40 percent of all primary health services in the country and 60 percent in Stockholm. To reverse this trend is made even more difficult as they have an almost “eternal” right to public funding. This is a clear illustration of the fact that privatization can be an almost irreversible movement. (Dahlgren 1994)

The point of no return is not yet reached in Sweden as the services provided by private for profit providers are still paid by public funds. The right to have an automatic public funding of services provided is then the key question. It is not if private for profit providers should be permitted or not. They have – as any other business - the right to operate on a normal market where they sell their services at a market price to people able and willing to pay.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

What is needed is a gradual long term strategy. There are no quick fixes. This is a long term process. A care according to need must be reclaimed by democratic means and include many different actions and decisions such as those indicated above. The prime objective can then never be to reduce the number of private of profit providers but to secure an efficient use of public funds for promoting better and more equal health care services. Experiences gained clearly show that there are far better possibilities to achieve this in a nonprofit than a profit driven health care system.

-

References.

Andersson, E., et al (2007) Vinstdriven vård - inte rätt lösning (Profit driven care - not the right solution) Dagens Medicin, December 12, 2007.

Burström B. et al (2002) Increasing inequalities in health care utilization across income groups in Sweden during the 1990s? Health Policy No 62.

Burström B. et al (2007) Hälsa och livsvillkor bland socialt utsatta grupper I Stockholms län (Health and living conditions among socially disadvantaged groups in Stockholm County) Report 2007:5 Center for Public Health, Karolinska Institute, Stockholm.

Chen,P. et al (2005) Betydelsen av reseavstånd och socioekonomiska faktorer för besök hos privata specialistläkare i Stockholms läns landsting (Importance of travel distance and socioeconomic factors for visits to private specialist physicians in Stockholm County) Stockholm County Council, Social Medicine Unit.

Dagens Medicin (2012) Nummer 36, September 5 2012.

Dahlgren G.(1994) Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare. (Future health care markets – winners and losers) Natur och Kultur förlag, Stockholm.

Dahlgren G. Neoliberal reforms in Swedish Primary Health care:For whom and for what purpose? International Journal of Health Services Vol.38, Number 4 2008.

De Navas -Walt et al. Income, Poverty; and Health Insurance in the United States. US Government printing office; Washington.

Devreaux PJ, at al (2002) A systematic review and meta- analysis of studies comparing mortality rates of private for profit and private nonprofit hospitals. CMAJ. 2002; 166:1399 - 406.

Devreaux JP, et al.(2004) Payments for care at private for profit and private not for profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2004; 170:1817-24.

van Doorslaer et al. (2004) Income related inequality in the use of medical care in 22 OECD countries, Paris. OECD.

van Doorslaer et al (2006) for the OECD Health equity research group, Inequalities in access to medical care in developed countries CMAJ 174:177-183, 2006.

Eggleston K, et al.(2008) Hospital ownership and quality of care: what explains the different results in literature? Health Econ. 2008;17:1345-62.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

European Health Management Association.(2000) The impact of Market Forces on Health Systems: A review of evidence in 15 European Union member states.

Gustafsson A. (2008) Personal tvingas bort av vårdval (Staff forced away by free choice of care system) Svenska Dagbladet Januari 7 2008.

Gustafsson A.(2008) Vårdreform slår mot mödrar (Health care reform strikes against mothers) Svenska Dagbladet , Januari 18, 2008.

Haglund B (2004) Social differences in utilization of ambulatory care . In Health statistics in the Nordic countries. Copenhagen: NOMESCO.

Keller ,A. (2008) Mer pengar till psykosocial vård (More money to psychosocial care), Dagens Nyheter, January 19,2008.

Konkurrensverket (2012 a) Rapport 2012:1 from Konkurrensverket (The Swedish Competition Authority.) Stockholm.

Konkurrensverket (2012 b) Rapport 2012:12 from Konkurrensverket (The Swedish Competition Authority.) Stockholm.

Mackenbach J. P. (2005) Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by and published under the auspices of the United Kingdom Presidency of the European Union , October 2005.

Myndigheten för vårdanalys (2012) (The National Authority for Health Care Analyses.) Effekter av valfrihet inom hälso-och sjukvård (Effects of choice within the health care system) Rapport 2012:2, Stockholm.

National Health service and service delivery organisation.(2006) Can choice for all benefit health for all. Briefing paper. NHS Research and Development , SDO programme, London 2006.

Olin,E.(2007) Yttrandefriheten I sjukvården är hotad (Freedom of speech in health care is threatened) Läkartidningen 104(44):3256-3260, 2007.

Rehnberg C et al (2009) Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008. (Evaluation of Free choice system in Stockholm 2008,) Karolinska Institutet, Public Health Academy Rapport Nr 2009:6. Stockholm.

SKL (2012) Sveriges kommuner och landsting (The organization for Swedish Communes and County Councils) Förutsättningar för uppföljning (Prerequisites for evaluations), Stockholm.

Stockholm County Council (2002) Revisionsrapport RK 200203 (Auditing office report RK 200303, Stockholms läns landsting , Revisionskontoret, Stockholm.

Socialstyrelsen (2006) National Board of Health and Social Welfare, Lägesrapport för primärvården 2006 (Report on primary care 2006) Stockholm.

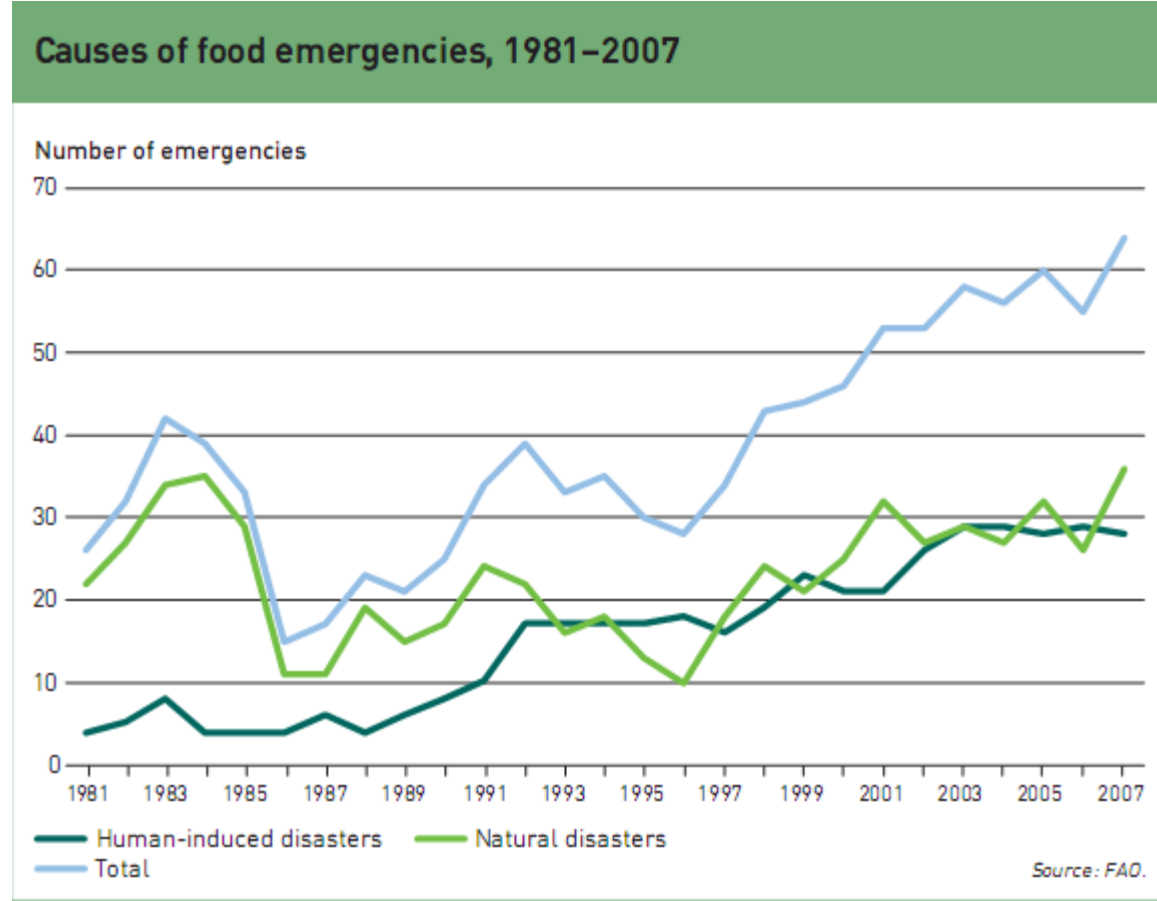
15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gıda Ticareti ve piyasa tüketimi nasıl etkiliyor?

Doç. Dr. Fatma Çelik

D. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

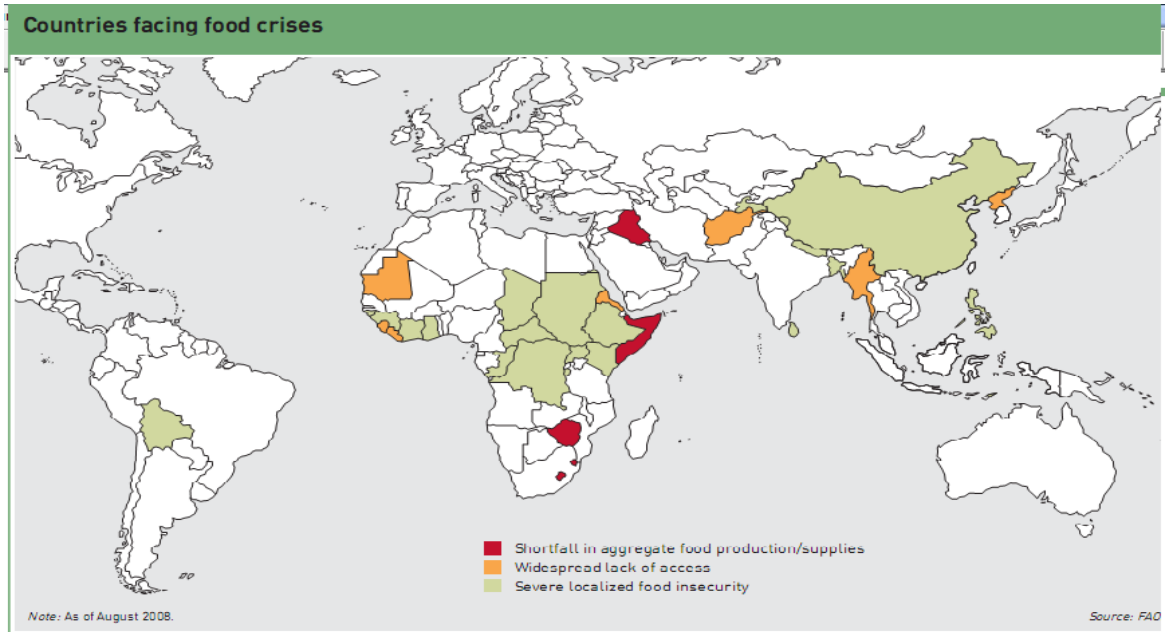
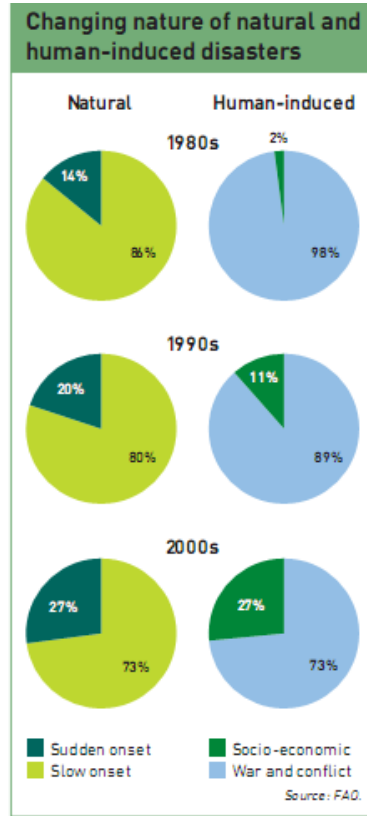
İnsanın ekonomik kalkınma çabaları sürerken, üzerinde yaşadığı Dünya'nın doğa sorunlarıyla da mücadele etmek durumundadır. Artan nüfus, mevcut doğal kaynakların etkin kullanılmaması, değişen yaşam tarzları ve standartları gibi pek çok değişik etken, dünyanın doğal kaynaklar bakımından taşıma kapasitesinin aşılmasına neden olmuştur. Böyle bir ortamda yerküre, artık mevcut insan topluluklarına yetemez hale gelmiş ve neredeyse ikinci bir gezegene ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır.



Tüm bunlar, dünya gıda dengesinde bazı değişimlere yol açmıştır. 2000-2006 yılları arasında dünya tahıllar talebi yaklaşık %8 artmıştır. Aynı dönemde dünya tahıl fiyatları ise % 50 artış göstermiştir. 2000 yılı ile karşılaştırıldığında, fiyatlar 2008 yılının başlarında iki kattan daha fazla artmıştır. Maalesef gıda arzı inelastik bir özelliğe sahiptir. Diğer bir ifade ile dünya piyasaları, fiyat değişikliklerine karşı çabuk yanıt verememektedir. 2007 yılı ve 2008 yılının başlarında, dünya çapında gıda fiyatlarındaki yüksek artışlar bir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

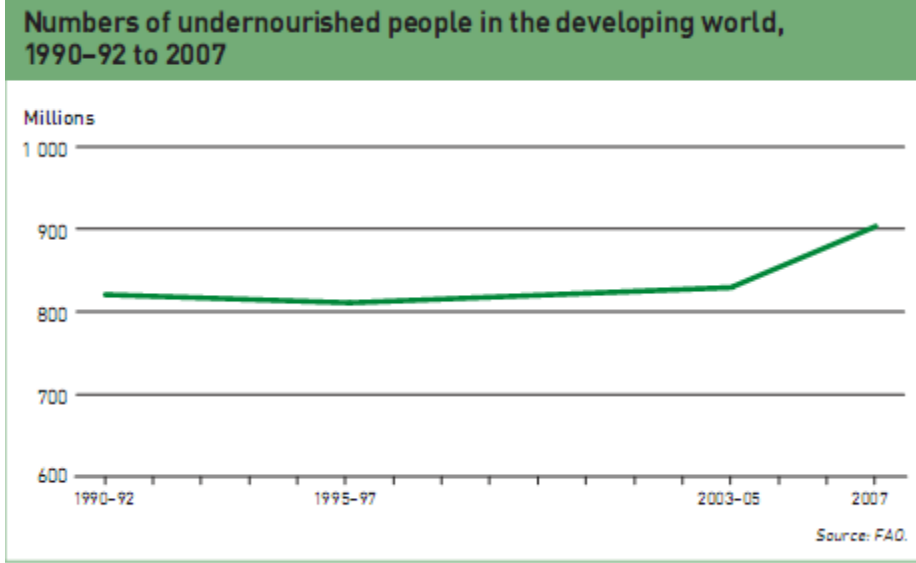
küresel krize dönüşmüş, siyasal ve ekonomik istikrarsızlıklarla tüm ülkelerde sosyal huzursuzluklar da belirmiş ve Dünya Gıda Krizi ortaya çıkmış ve tüm ülkeleri etkisi altına almıştır.



Günümüzün en büyük küresel sorunları arasında yer alan açlık, yoksulluk ve kötü beslenme(malnütrisyon-obezite) farklı boyutlarda olmakla birlikte tüm ülkeleri etkilemektedir. Kimi ülkelerde

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sorun kronik bir hal alarak nüfusun büyük bir bölümünü etkilerken, kimi ülkelerde bölgesel ve/veya dönemsel olarak baş gösterebilmektedir. Sorunun ortaya çıkış sebebi olarak iki farklı görüşün hakim olduğu söylenebilir. Görüşlerden birisi sorunu bir arz sorunu olarak tanımlarken, diğer görüş bir paylaşım sorunu olarak görmektedir. Bunların dışında her iki görüşün geçerli olabileceği de bir ara görüş olarak ortaya konmaktadır. Ancak herkes tarafından üzerinde görüş birliğine varılan konu açlık, yoksulluk ve sağlıksız beslenmenin önemli bir sorun olarak varlığıdır.



Ekonomik büyümenin yanı sıra , iklim değişikliği, yüksek enerji fiyatları, küreselleşme ve hızlı kentleşme de , gıda tüketimi ile üretimi ve piyasalarını etkilemektedir. Dünya gıda piyasalarında özel sektörün varlığının arttırması da bu oluşuma katkıda bulunmaktadır. Gıda arzında yaşanan değişimler, artan gıda fiyatları yeni üretici tüketici ilişkileri gıda güvencesinden yoksun kesimler ve geçimlik işletmeler için oldukça önemli sorunlar yaratmaktadır. Tüm bu sorunları iyi analiz etmek, günümüz trendlerini yorumlamak ve dünyada ortaya çıkan zorlukları kavramak, politik karar vericiler için oldukça önemli konulardır. Zira karar vericiler, bölgesel, ulusal ve uluslararası boyutta artan sorunlarla ilgilenmek durumundadırlar.

Son yıllarda tahıl tüketimi rakamları, üretim rakamlarından sürekli fazla gerçekleşmektedir. Tahıl talebindeki artışın nedenleri sadece gıda amaçlı tüketim için değildir. Hayvan besleme ve biyoenerji üretiminde (etanol) de tahıllar kullanılmaktadır. 2000 yılından günümüze beslenme ve hayvan besleme amaçlı tüketim %4-7 arası artış gösterirken, endüstriyel amaçlı kullanım (etanol) %25'ten daha fazla artış göstermektedir(FAO, 2008). ABD'de 2000-2006 yılları arasında biyoenerji amaçlı mısır kullanımı yaklaşık 2,5 kat artış göstermiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sorunun önemi dolayısıyla 1996 yılında Roma'da 180'den fazla ülkenin katılımıyla Dünya Gıda Zirvesi toplanmış ve 2015 yılına kadar dünyadaki aç insan sayısının yarıya düşürülmesi hedeflenmiştir. Zirveden on yıl sonra yani 2006 yılında ise gelişmekte olan ülkelerde aç insan sayısının yarıya inmek bir yana, arttığı görülmüştür. En son FAO verileri 1990'ların ilk yıllarında hakim olan düşüş eğiliminin 1995-2005 yılları arasında tersine döndüğünü ve dünyadaki aç insan sayısının 848 milyona çıktığını göstermektedir. FAO'nun yayınladığı raporda hedefe ulaşma konusunda gösterilen başarısızlığın nedeninin politik isteksizlik ve yetersiz yatırım olduğu belirtilmektedir.

2007-2008 yıllarında gıda fiyatlarında meydana gelen yüksek oranlı artış çeşitli ülkelerde isyana varan boyutta tepkilere neden olmuştur. Gıda fiyatlarının artışı konusunda tarım ürünleri piyasalarındaki spekülasyon hareketlerinde, Hindistan ve Çin gibi yüksek nüfuslu ülkelerde ortaya çıkan yeni orta sınıfın değişen tüketim alışkanlıkları, enerji amaçlı tarımın beslenmeye yönelik tarım arazileri üzerinde yarattığı baskı ve petrol fiyatlarının artması gibi argümanlar öne çıkarılmaktadır. Tüm bunların dışında dünya yoksullarının dörtte üçünün kırsal alanlarda yaşaması ve kırsalda görülen yoksulluğun genel yoksulluk ortalamasının altında seyrediyor olması kırsal alana yönelik politikaların sorgulanmaya başlamasına neden olmuştur.

Yüksek gıda fiyatları gıda güvenliği üzerinde de büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Bunlar gıdanın tüketilen miktarını ve kalitesini azaltır, çünkü reel gelirleri azaltarak, artan fiyatlar açlık ve kötü beslenmenin yaygınlığı daha da kötüleştirebilir. Yüksek fiyatlarının etkisi, özellikle yoksulların üzerinde daha ağır hissedilir. Anaerkil ve/veya toprak sahibi olmayan hanelerde hane gelirinin %80'e varan oranı gıdaya ayrılmaktadır. Hızlı fiyat artışları sonucu bu hanelerde diyet çeşitlendirme eksikliği, sorunu daha da ağırlaştırmaktadır. Savunmasız olan bu haneler, çoğu yeniden inşa etmek için çok zor olan varlıklarını satarak ve sağlık - eğitim harcamalarını aşağı çekerek zamlara karşı direnmektedir. Bu kısa süreli başa çıkma mekanizmalarının geçim üzerinde uzun vadeli olumsuz, bazen geri dönüşü olmayan etkileri vardır. Yükselen gıda fiyatları, küresel gıda güvenliğine yönelik tehditleri hakkında dünya çapında endişeyi tetiklemiş ve yıllarca düşük seyreden emtia fiyatlarından kaynaklanan haksız rehaveti sarsmıştır.

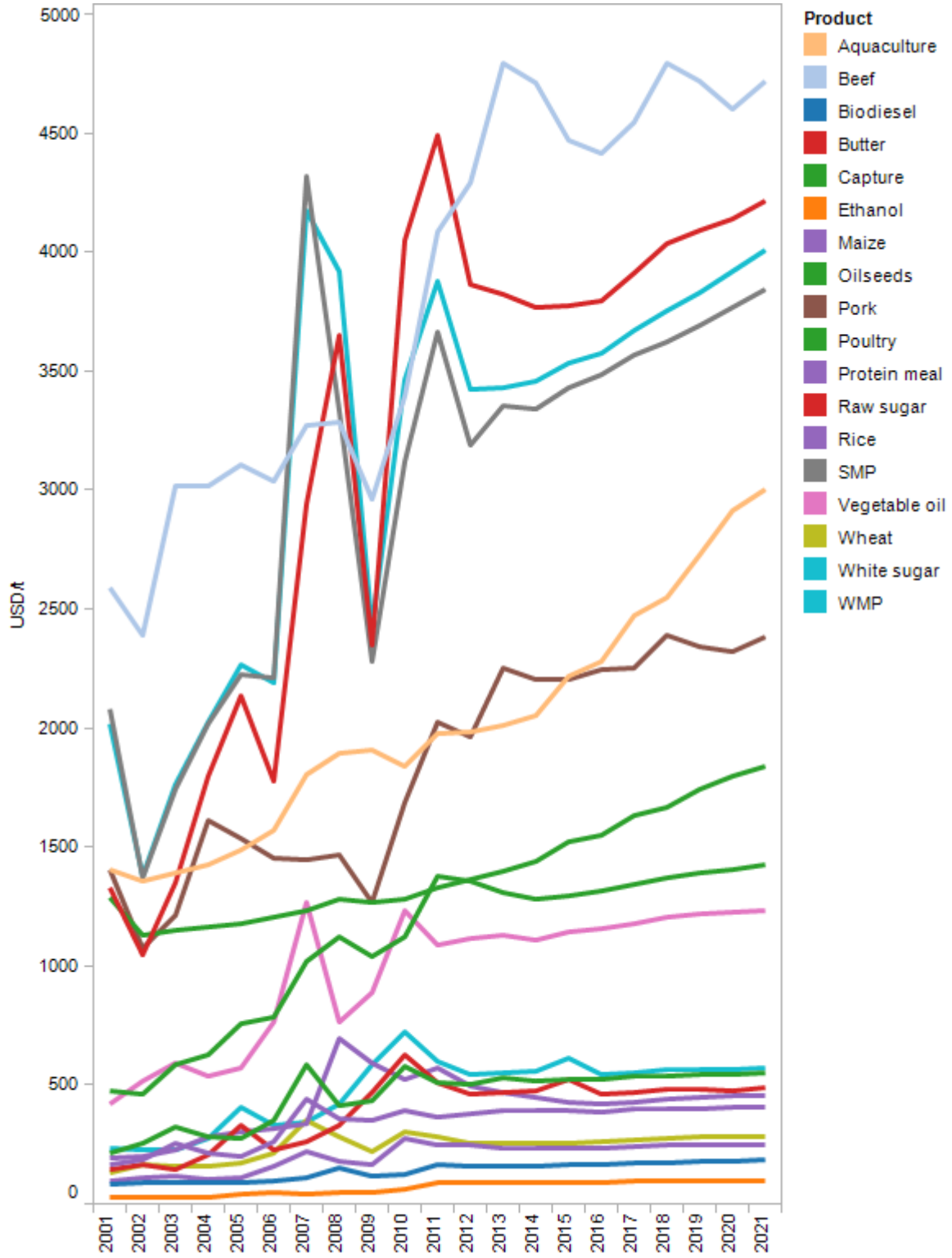
2006 yılına kadar, önceki otuz yılın yarısında küresel gıda sepetinin maliyeti enflasyondan arındırılmıştır veya düşük kalmıştır. Bunun nedeni, gelişmiş ülkeler haricinde, azalan reel fiyatlardan çiftçiler üzerinde ciddi bir yük oluşturan teknolojik gelişmelerin yerleştirilmesini desteklemek için, tarım üreticilerine, ağırlıklı olarak hükümetlerin sübvansiyonu ve fiyat garantisi sağlaması nedeniyle meydana gelmiştir. Başka bir yerde de, kamu ve özel sektör tarımsal üretim ve altyapıya yatırıma sınırlı ihtiyaç göstermiş ya da teşvik almıştır. Pazar ve ilke ayarı değişiklikleri de stok düzeylerini azaltmada etkili olduğu ve gıda güvenliğinin sağlanmasında etkin bir yolu olarak ithalata çok daha fazla bağımlılığa yol açmıştır.

Son dönemde yaşadığımız gıda fiyatlarındaki artışın önemli nedenlerinden biride biyoenerji (biyoyakıt) olarak görülmektedir. Özellikle Dünya'nın mısır ihracatının yarısından çoğunu gerçekleştiren ABD sürekli olarak etanol kullanımı için ayırdığı gıda üretimini artırmaktadır (EPI, 2007). 1997'de Amerika mısır üretiminin %5'ini etanol

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

üretimi için kullanırken bugün bu rakam %25'e yükselmiştir (Harris, 2002). Biyoyakıtlar çevreye olan zararlarının fosil temelli yakıtlardan çok daha az olması nedeniyle tercih edilmekte, ayrıca yeniden üretilebilen ürünlerden yapıldığı için teorik olarak sürdürülebilir kaynaklar olarak görülmektedir. Ancak bu yakıtların kullanımındaki risk, sadece biyoyakıtların üretilmesinde kullanılan tarımsal ürünlerin gıda ürünleri olarak arzının azalması değildir. Aynı zamanda biyoçeşitlilik üzerinde olacak olumsuz etkisi de bu yakıtların üretimi için alternatif teknolojiler bulunması gerekliliğini ortaya koyar. Buna bağlı olarak Sentetik biyoyakıtların orman artıkları, atık kereste ya da saman gibi tarımsal atıklardan elde edilmesi için gerekli teknolojik araştırmalar başlamış durumdadır. Eğer bu çalışmalar başarılı olursa uzun dönemde biyoyakıtlar gıda tüketimi ve fiyatı için önemli bir etken olmaktan çıkabilir (EU, 2008)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi



Tüm bu arz ve talep değişimlerine karşın, fiyat artışlarının nedeni spekülasyon amaçlı taleplerden de etkilenmektedir. Özellikle büyük yatırımcıların mal talepleri, fiyat artışlarını tetiklemektedir. Yatırım amaçlı mal talepleriyle ilgili tarımsal işlem hacminin, dünya gıda ticaretinin %30'u civarında olduğu kabul edilirse, bu parametrenin de arz ve talep üzerinde önemli etkisinin olduğu açıktır. (Gabre ve Madhin 2006).

Gıda fiyatlarındaki artışlara bağlı olarak tüketimdeki değişimler, ülkeden ülkeye ve tüketici gruplarına göre farklılık göstermektedir. Düşük gelirli ülkelerdeki tüketiciler, yüksek gelirli ülkelerdeki tüketicilerle karşılaştırıldıklarında değişen fiyatlara daha fazla tepki göstermektedirler (Tablo 1). Ayrıca düşük gelirli ülkelerde et ve et ürünleri, süt ve süt ürünleri, meyve ve sebze talebi, tahıllar talebiyle karşılaştırıldığında bu ürünlerde fiyat artışlarına karşı tahıllardan daha fazla bir duyarlılık olduğu görülmektedir.

Tablo1: Gelir durumlarına göre ülkelerde, fiyatlardaki %1 değişime karşılık tüketimde meydana gelen % değişim.

<i>Tüketilen gıdalar</i>	<i>Düşük gelirli ülkeler</i>	<i>Yüksek gelirli ülkeler</i>
Genel gıda ürünleri	-0.59	-0.27
Tahıllar	-0.43	-0.14
Et ve et ürünleri	-0.63	-0.29
Süt ve süt ürünleri	-0.70	-0.31
Sebze ve meyveler	-0.51	-0.23

Kaynak: S. Gürlük,, Ö. Turan: Dünya Gıda Krizi: Nedenleri ve Etkileri , Journal of Agricultural Faculty of Uludag University,2008, Cilt 22, Sayı 1, 63-74. – isimli kaynaktan Seale, J. Jr.,A. Regmi, Bernstein, J. 2003. International evidence on food consumption patterns.Technical Bulletin No. TB1904.Washington,D.C.: United States Department of Agriculture Economic Research Service.-den alınmıştır.

Kıymaz ve Şahinöz (8), kendine yeterlilik anlamında Türkiye açısından durumu değerlendirirken, bu geriye gidişte önemli bir sorunun , dünyanın önemli ülkeleri ile kıyaslandığında hayvansal protein arzının yetersizliği ve bitkisel proteinlerin ağırlıklı olarak tüketiliyor olması nedeniyle beslenmede yaşanan dengesizlik olduğunu ifade etmektedirler. Yaptıkları geniş değerlendirme de; TÜİK verilerinden yola çıkarak , Türkiye'de

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sütün protein eşdeğeri olarak arzi dünya ortalamasının üzerinde, ancak, toplam etin protein eşdeğeri olarak arzi dünya ortalamasının altında kaldığını belirtmişlerdir.

Tablo-2: Türkiye’de Bazı Ürünlerde Yeterlilik Oranları (%)

	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09
Buğday	106,5	94,3	96,4	98,4	106,3	120,6	99,8	96,5	94,5
Mısır	73,8	64,9	65,8	66,9	85,8	93,2	86,5	81,4	79,9
Pirinç	41,3	40,6	35,7	69,3	49,0	63,8	71,3	60,5	75,7
Ayçiçeği	70,1	43,2	84,8	52,9	51,6	40,3	56,9	38,3	46,6
Şeker	144,2	115,5	127,7	104,8	108,9	115,4	95,2	97,8	112,8

Kaynak: TÜİK, 2010b.

Bu değerlendirme de ifade edildiği üzere , AB ve ABD ile kıyaslandığında, toplam hayvansal protein arzında çok gerilerde kalındığı anlaşılmaktadır. Kayıt dışı et üretimi gerçeğinden dolayı, ülkemizde durumun görece iyi olabileceği düşünülse de, kayıt dışı üretimin sağlıksız üretimi de beraberinde getirmesi ülkemiz açısından fayda sağlamamaktadır. Hayvansal üretim ve dolayısıyla proteinde arzın talebi karşılayacak ölçüde artırılamaması uzun yıllardır Türkiye’nin önemli bir sorununu oluşturmaktadır. Son dönemde başlayan et ithalatı ile birlikte bu önemli soruna çözüm bulmak elbette mümkün değildir. Türkiye’nin hayvancılık sektörüne ve et üretimine özel önem verilerek yerel kaynakların etkin kullanımı, Doğu Anadolu gibi potansiyel bir bölgenin bu sektörün geliştirilmesine yönlendirilmesi önemli bir çözüm olarak ön görülmektedir.

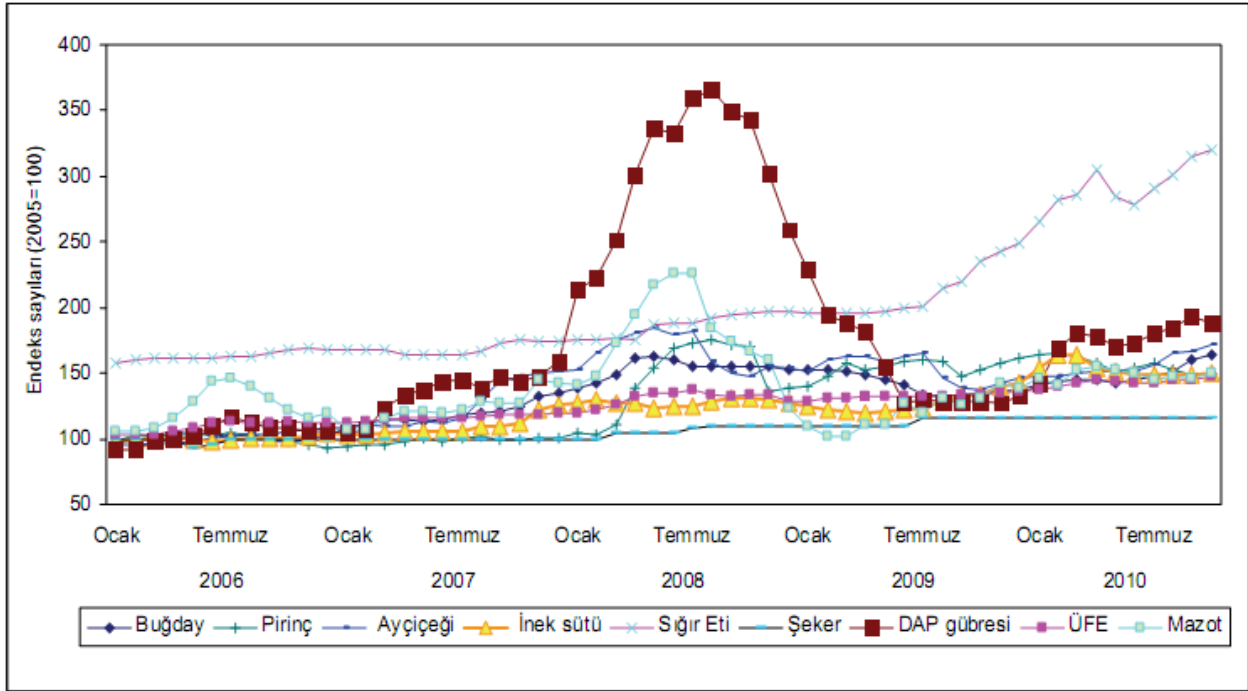
Türkiye’de gıda harcamasının toplam tüketim harcaması içindeki payı (yüzde 20,3) diğer Avrupa ülkelerine kıyasla yüksektir. 2008 yılı verilerine göre (CIAA, 2010:15), AB’de gıda harcamasının toplam harcama içindeki payı ortalama yüzde 13’tür. Türkiye Romanya, Litvanya, Letonya ve Bulgaristan’ın ardından gıda harcamasının toplam harcama içindeki payı en yüksek olan beşinci ülke olup İspanya’ya oldukça yakın bir seviyededir. Bu durum gıda güvencesi açısından

Türkiye’nin özellikle AB üyesi gelişmiş ülkelere kıyasla daha hassas bir durumda

olduğunu göstermektedir.

Ürün ve tarımsal üretim girdilerinin fiyatlarındaki gelişim incelenecek olursa, gıda krizinin yaşandığı dönemde Türkiye’de gıda fiyatlarından ziyade, mazot ve gübre gibi tarımsal girdi fiyatlarının çok hızlı değiştiği gözlenmektedir. Tarımsal ürünlerin çoğunun fiyatında üretici fiyat endeksinin altında artışlar gerçekleşmiştir. Bu durumda “doğrudan gelir desteği”ne dayalı tarımsal desteklerin telafi edici niteliği bulunmamasından dolayı, tarımsal üretim olumsuz etkilenmiş ve tarımsal faaliyetlerin karlılığı ciddi bir şekilde gerilemiştir. Özellikle, 2006 yılı sonrası bu tür

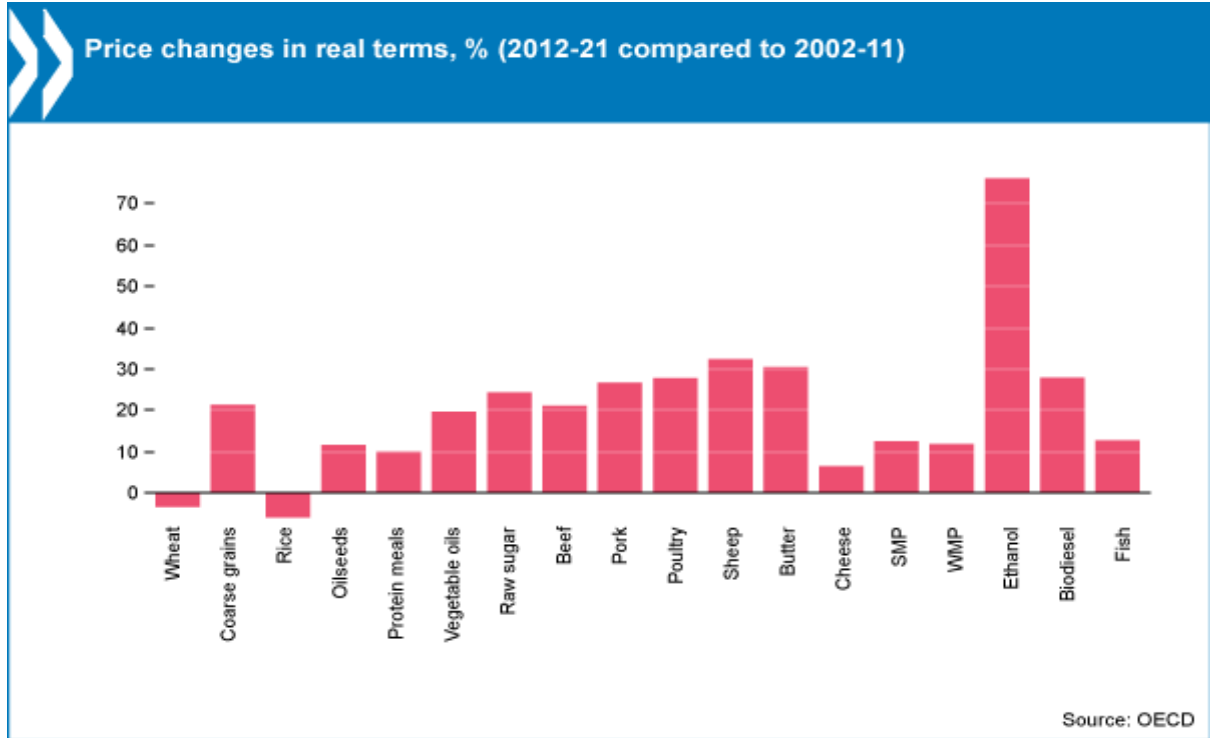
gelişmelere tanık olunmuştur. TÜİK (2010e) verilerine göre, 2007 yılı başından 2009 yılı ortalarına kadar, gübre fiyatları endeks sayıları, 2005 yılı 100 alındığında, 370’e kadar, mazot fiyatları endeksi ise 230’a kadar yükselmiş, buna karşılık hububat fiyatları endeksi aynı dönemde en yüksek 160-180 aralığında kalmıştır. 2009 yılı ortalarından itibaren et fiyatlarında görülen artış dikkat çekici olup son dönemde et konusunda alınan tedbirleri açıklamaktadır(8).



Kaynak: TÜİK, 2010e

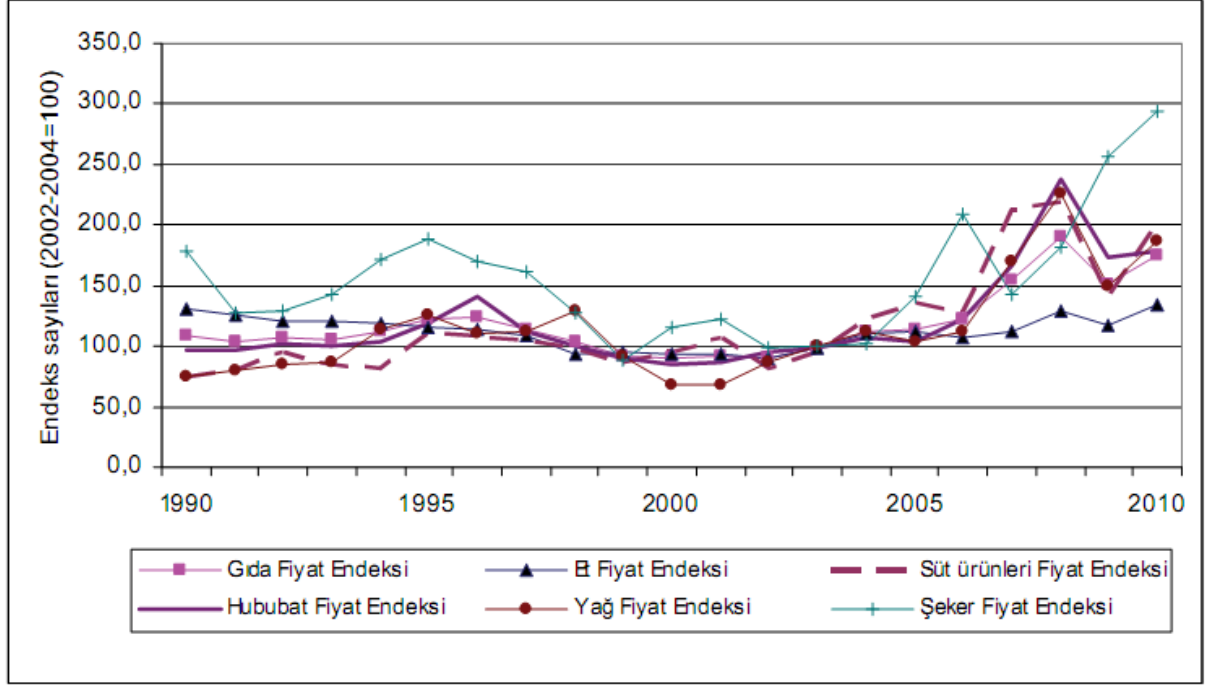
Son OECD-FAO Tarım Görünüm Raporlarında, Dünya tarım ürün fiyatlarının yüksek ve oynak olması üzerinde odaklanarak, piyasaların tepki vermesiyle fiyatların düşeceğini, ancak talebin güçlü olmaya devam etmesi ve bazı girdilerin maliyetlerinin artması sonucunda daha yüksek bir seviyede kalacağını vurgulamıştır. Beklendiği gibi fiyatlar düşmeye başladığı, ancak görece yüksek seviyelerde seyretmeye devam ettiği belirtilmiştir. Gıda fiyatlarındaki enflasyon 2008 yılındaki zirve seviyesinden önemli oranda aşağıya doğru düştüğü ve genel enflasyona katkısının azaldığı belirtilmiştir. Buna rağmen, halen gelişmekte olan birçok ülkede gıda fiyatlarındaki enflasyon yüksek düzeyde seyretmeye devam etmekte olduğu ve incelenen ülkelerin çoğunda hala genel enflasyon oranını geçtiği ifade edilmiştir.

Yine aynı raporda; **Artan talebin karşılanmasında sürdürülebilir verimlilik artışları anahtar rolü oynadığı belirtilmiştir.** Fiyatların oynak olması kaygı verici olmaya devam ederken, stoklar düşük seviyede kaldığı sürece verimin hava koşullarına bağlı olarak değişebilmesinin başlıca riski oluşturduğu düşünülmektedir. Rekoltenin yeniden artması sonucu stoklarda bir parça düzelme olduğu ve 2012 yılında piyasaların daha az çalkantılı olduğu ifade edilmiştir. **Dünya tarımının karşı karşıya bulunduğu başlıca sorun; artan gıda, yem, yakıt ve lif talebini karşılamak için verimliliğin sürdürülebilir bir şekilde nasıl arttırılabileceğidir. Fiyatların bir süre daha yüksek bir seviyede seyretmeye devam edeceği tahmin ediliyor.** Bu görünüm raporunda ele alınan ürünlerin nominal fiyatlarının önümüzdeki on yılda yükseliş eğilimi göstermesi beklendiği de belirtilmiştir. Reel (enflasyona göre ayarlanmış) fiyatların sabit kalacağı ya da mevcut seviyelerden aşağı doğru düşeceği, ancak geçtiğimiz on yıldaki seviyelerin ortalama %10-%30 üzerinde olacağı tahmin ediliyor.



Temel varsayım enerji fiyatlarının artması yönünde olduğu için; Global tarımın, enerji piyasalarına artan oranda bağlı durumda olduğu belirtilmiştir. Makro-ekonomik varsayımlarda yer alan petrol fiyatı tahminleri ortalama olarak geçen yıl kullanılanların yaklaşık 25 USD üzerinde (görünüm raporu dönemi içerisinde varil başına 110 USD ile 140 USD arasında değişiyor). Yüksek petrol fiyatları, tarım ürünleri fiyat tahminlerinin yüksek olmasının ardındaki başlıca etmen olup, bu durum sadece üretimin petrole bağlı maliyetlerini etkilemekle kalmadığı, aynı zamanda biyo-yakıtlara ve bunların üretiminde kullanılan tarımsal hammaddelere talebin artmasına da neden olduğu ifade edilmiştir .

Şekil-1: Dünya Fiyatlarındaki Gelişmeler (2002-2004=100) (FAO)



Kaynak: FAO, 2010

Fiyatlar yükselme eğilimi göstermesine rağmen, kaynakların kısıtlı ve maliyetlerin yüksek olması, üretim artışını sınırlandırıyor. Güçlü fiyatlara rağmen, üretimde ki artışın yavaş seyretmesi bekleniyor. Son birkaç on yılda global tarım üretimindeki artış yılda %2'nin üzerinde olmuştur. Ancak artış hızının önümüzdeki on yılda yavaşlayarak yılda %1.7 olması öngörülmektedir. Yine artan kaynak kısıtlamaları, çevre baskıları ve bazı girdilerin yükselen maliyetlerinin nerdeyse bütün bölgelerde arzın karşılık vermesini engelleyeceği öngörülmektedir. Bu bağlamda görünüm raporu, üretkenlikte sürdürülebilir bir büyümenin artırılmasına daha fazla dikkat gösterilmesini önermektedir.

Gelişmekte olan ülkelerin, piyasalardaki gelişmelere damga vurmaya devam ettiği ve bu ülkelerin, tarıma ayrılmış arazilerin ve üretkenliğin artırılması için daha fazla potansiyele sahip olmaları sayesinde, 2021 yılına kadar global üretimin artmasında ana kaynak olacakları ifade edilmiştir. Gelişmekte olan ülkelere yıllık üretim artışının ortalama yılda %1.9, gelişmiş ülkelere ise %1.2 olması öngörülmüyor.

Gezegemizde yaşayan insan sayısının 2021 yılına kadar 680 milyon artacağı, en hızlı büyüme oranlarının Afrika ve Hindistan'da olacağı tahmin edilmektedir. Muhtemelen artan gelirler ve kentleşme, beslenme rejimlerinde değişikliklere yol açarak, tüketim daha çok işlenmiş gıdalar, yağlar ve hayvansal proteine doğru kayma göstereceği ve bu durum, kaliteli et ve süt ürünlerine talebi arttıracığı gibi, besi hayvanlarına yem için kaba taneliler ve yağlı tohumlara olan dolaylı talebi de arttıracığı öngörülmektedir.

Yükselen ekonomiler, tarım alanında büyüyen dünya ticaretinde artan bir pay sahibi olacaklar ve tarım alanında büyüyen dünya ticaretinde artan bir pay sahibi olacaklardır. Bunların en önde gelenleri, tarımsal üretim kapasitesini arttırmaya yönelik önemli yatırımlar yapmış bulunan Brezilya, Endonezya, Tayland, Rusya ve Ukrayna gibi ülkelerdir. 2021 yılına kadar, pirinç, yağlı tohumlar, bitkisel ve palmiye yağı, protein gıdaları, şeker, dana eti, tavuk eti, balık ve balık ürünleri ihracatının çoğunu geliştirmekte olan ülkeler yapıyor olacak.

Gıda ticaret piyasasında beklenen biyo-yakıt üretim ve ticareti büyüyeceği yönündedir. Global biyo-etanol ve biyo-dizel üretiminin 2021 yılına kadar neredeyse ikiye katlanması ve ağırlıklı olarak Brezilya, ABD ve AB'de yoğunlaşması öngörülmektedir. Biyo-yakıt esas olarak tarımsal hammaddelere dayanmakta olup, 2021 yılına kadar global üretimden bu amaçla tüketilmek üzere alınan payların artarak şeker kamışında %34, bitkisel yağlarda %16 ve kaba tanelilerde %14 olması öngörülmüyor.

Yine bu görünüm raporuna göre , ABD ile Brezilya arasındaki ikili etanol ticareti akışlarının artması bekleniyor. Hükümet direktifleri doğrultusunda ABD ile Brezilya arasında etanol ticaretinin artması beklenmektedir. Görünüm Raporu, gelişmiş biyo-yakıtlarla ilgili direktifin yarattığı yurtiçi talebin karşılanmasını sağlamak için ABD'nin ağırlıklı olarak Brezilya'dan şeker kamışı esaslı etanol ithal edeceğini, buna karşılık Brezilya'nın ise esnek-yakıt kullanan büyük araç filosundan kaynaklanan talebi karşılamak için ağırlıklı olarak ABD'den daha düşük fiyatlı olan mısır esaslı etanol ithal edeceğini tahmin etmektedir. ABD'de düşük karışimli etanol talebinin 2016 yılından itibaren sınırlandırılması bekleniyor.

Karadeniz bölgesi daha büyük rol oynayacak olmasının nedeni olarak tahıl kullanımına ayrılan stok oranlarının , tarihsel ortalamaların altında kalarak gelecekte fiyatların oynak olması riskini yaratması olarak tahmin edilmektedir. Rusya, Ukrayna ve Kazakistan'ın 2021 yılına kadar çok daha önemli buğday ihracat kaynakları haline gelmesi bekleniyor. Ne var ki, bu bölgede üretim değişkenliğinin yüksek olması global ticaret ve dünya fiyatlarının oynak olması bakımından etkiler yaratabilir. Asya'daki En Az Gelişmiş Ülkelerden daha büyük

miktarlarda pirinç ihracatı olması, buna karşılık Afrika'da pirinç ithalatının artması öngörülmüyor.

FAO ve OECD raporlarına göre Çin başlıca yağlı tohum ithalatçısıdır ; Yağlı tohum üretimi ve ihracatına geleneksel oyuncular hakim olmaya devam etmektedir. Ancak Ukrayna ve Paraguay gibi yükselen ihracatçıların global ihracat artışına artan katkılarda bulunmaları da beklenmektedir. Gelecekte başlıca ithalatçı olan Çin'in toplam dünya ithalatındaki payı yarıdan fazla olacağı sanılmaktadır. Brezilya'nın yağlı tohum üretiminde artışın görünüm raporu dönemi içerisinde yavaşlayarak yılda %4.9'dan %2'nin altına inmesi bekleniyor.

Dünya şeker piyasasına ise Brezilya hakimdir; Şeker bitkilerine olan gıda ve etanol kaynaklı talep, orta vadede devam edecek ve şeker fiyatları yüksek seviyelerde kalacağı ve Asya'daki şeker piyasaları üretim dönemleri tarafından belirlenmeye devam ederek, zaman zaman ticarete büyük dalgalanmalara ve fiyatlarda oynaklığa yol açacağı ve Brezilya'nın şeker piyasasına hakim konumu nedeniyle, bu ülkenin şeker kamışı bitkilerinin etanol ve şeker üretimi arasındaki bölüşümü piyasadaki başlıca etken olmaya devam edeceği beklenmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde et tüketimi yaygınlaşmaktadır. Artan et talebi çoğunlukla Asya'daki büyük ekonomiler, ham petrol ihraç eden ülkeler ve Latin Amerika'dan kaynaklanırken, bu ülkelerde önemli ölçülerde gelir artışları olması beklenmektedir. Bu beklenen artışta en ucuz ve en erişilebilir et protein kaynağı olarak, tavuk etleri başı çekecek ve görünüm raporu döneminin sonuna dek en büyük et sektörü olan domuz etini geride bırakacağı belirtilmiştir. Kültür balıkçılığı, balık avcılığını geride bırakacağı tahmin edilmektedir. Balık üretimi son yıllarda , en hızlı büyüyen hayvansal protein kaynaklarından biri konumundadır. Dünyada balıkçılık ve balık çiftliği üretiminin tahmin dönemi içerisinde %15 artması bekleniyor. Ancak, %33 oranında bir büyüme ile balık çiftliği üretimi, 2018 yılına kadar insan tüketimine yönelik temel balık kaynağı olarak balık avcılığını geride bırakacak.

Gelişmekte olan ülkeler en önemli süt üreticileri haline gelecekler, Gelişmiş ülkelerde peynir ve taze süt ürünleri hariç olmak üzere süt ürünleri tüketiminde mütevazı bir artış beklenirken, gelişmekte olan bölgelerde tüm ürünlerin tüketiminin 2021 yılına kadar yaklaşık %30 artması bekleniyor. Gelişmekte olan

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ülkelerin 2013 yılına kadar süt üretiminde gelişmiş ülkeleri geride bırakması, Çin ve Hindistan'da büyük artışlar olması öngörülüyor.

Değişim zamanı - uzun vadeli perspektifler

Hızla nüfusu artan ve gıda tercihleri değişen dünyanın kendini besleyebilmesi için ,toplam üretimin önümüzdeki 40 yıl içerisinde 2050 yılına kadar %60 artması gerektiği düşünülüyor. Bunun anlamı, 2005/2007 seviyelerine kıyasla 2050 yılına kadar yılda ek olarak 1 milyar ton tahıl ve 200 milyon ton et demektir. Biyo-yakıt üretimindeki artış için hammadde temin etmek amacıyla da ek üretim gerekecektir ve üretim artışının üretkenlik artışından kaynaklanması gerekmektedir.Dünyada tarım ürünleri alanını genişletme olanakları sınırlı olduğuna göre 2050 yılına kadar toplam ekilebilir alanların sadece 69 milyon hektar (%5'ten az) artması öngörülüyor. Üretim artışının son 50 yıldır yapılmakta olduğu gibi, üretkenlik artışı yoluyla sağlanması gerekiyor. Üretkenliğin arttırılması, kaynak kısıtlarının arttığı koşullarda gıda fiyatlarının kontrol altına alınmasında merkezi bir öneme sahip olup, global gıda güvenizliğinin azaltılmasında başlıca bir etken olacaktır. Orta vadede üretkenlik artışları ağırlıklı olarak gelişmekte olan ülkelerdeki üretkenlik açığının azaltılması yoluyla sağlanabilir. Ancak stilize edilmiş, yani tarihin süzgecinden geçmiş yerleşik ampirik verilere dayalı bir senaryoya göre, hammadde olarak kullanılan bitki çıktılarındaki artışın önemli bir kısmının biyo-yakıt üretimine gitmesi beklenebilir.

Aynı zamanda, mevcut alanların, suların, deniz ekosistemlerinin, balık stoklarının, ormanların ve biyo-çeşitliliğin sürdürülebilir şekilde kullanımının arttırılmasına olan ihtiyaç artmaktadır. Tüm tarım alanlarının %25 kadarı çok değer kaybetmiştir. Ayrıca tarımda büyük ölçüde su kıtlığı, birçok ülkede yaşanan bir gerçektir. Birçok balık stokları aşırı istismar ediliyor ya da aşırı istismar edilme riski altındadır. İklim değişikliğinin ve hava durumunda aşırı dalgalanmaların artacağı yönünde gitgide görüş birliği oluşuyor. Hükümetlerin olanaklar sunan bir çevre için güvenceler oluşturmaları gerekiyor ve daha iyi tarım uygulamalarının teşvik edilmesi; doğru ticari, teknik ve yasal bir ortam oluşturulması; küçük çiftçilerin özgül ihtiyaçlarına yönelik önlemler dahil, tarımsal yenilikçilik sistemlerinin (ör. araştırma, eğitim, çiftçilerin bilgilendirilmesi, altyapı) güçlendirilmesi, belirlenen önemli politik sorumlulukları oluşturuyor. Gıda kayıplarını ve atıklarını azaltmaya yönelik önlemler de artan talebin karşılanması ve tedarik zincirinde üretkenliğin arttırılmasında önemli bir yere sahiptir. **Sonuç olarak, dünyanın kendi kendine yetebilirliğinin sağlanması- gıda güvenliği , açlık ve kötü beslenmenin etkilerinden koruyabilmemiz için sağlıklı sürdürülebilirliğin arttırılması son derece büyük önem taşımaktadır.**

Kaynaklar:

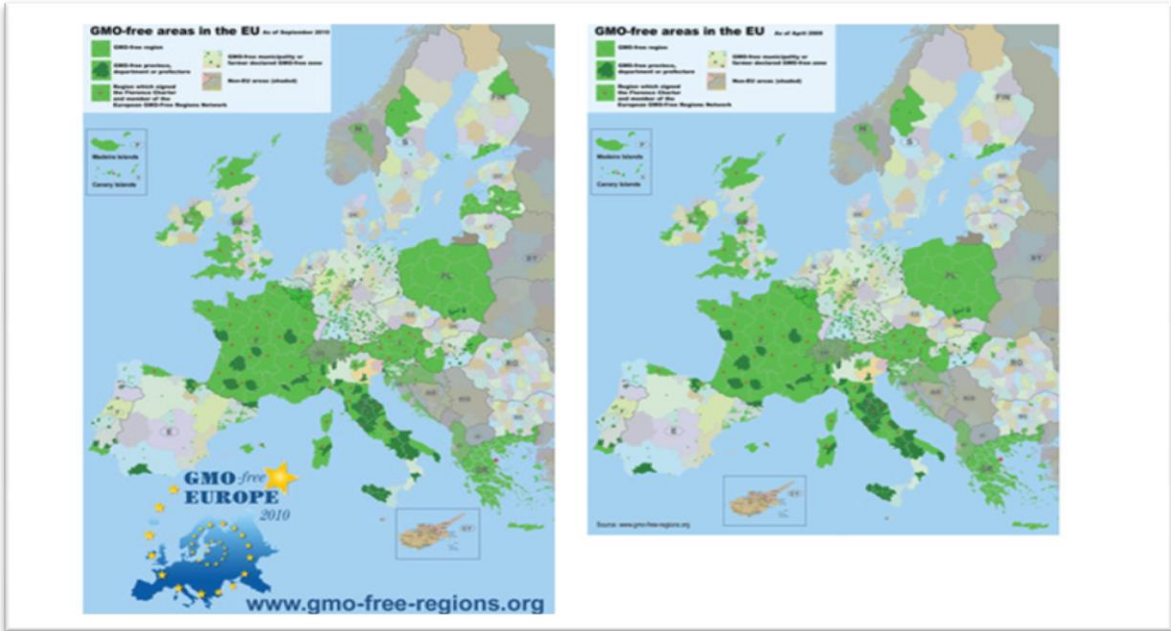
1. FAO statistical yearbook 2012
2. OECD-FAO, Agricultural Outlook - ISBN 978-92-64-173071© OECD/FAO 2012
3. The State of Food Insecurity in the World, How does international price volatility affect domestic economies and food security? Food and agriculture Organization of the United nations, Rome, Viale delle Terme di Caracalla,2011.
4. Özden,F. Gıda Egemenliği Kavramı Çerçevesinde Dünya ve Türkiye Tarımının Genel Olarak Değerlendirilmesi Ege Üniversitesi Ziraat Fakültesi Tarım Ekonomisi Bölümü İzmir, 2009
5. Gürlük, S. , Turan ,Ö. Dünya Gıda Krizi: Nedenleri ve Etkileri ,U. Ü. Ziraat Fakültesi Dergisi, Cilt 22, Sayı 1, 63-74, 2008
6. Başkaya Y. S.,Gürgür T.,Öğünç,F.; İşlenmiş Gıda Fiyatlarını Belirleyen Faktörler, Araştırma ve Para Politikası Genel Müdürlüğü Çalışma Tebliği No:08/09. ürkiye Cumhuriyet Merkez Bankası, 2008.
7. T. C Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı, Türkiye Gıda sektörü Raporu.2010
8. Kıymaz,Y., Saçlı,T. Tarım ve Gıda Ürünleri Fiyatlarında Yaşanan Sorunlar ve Öneriler, Devlet planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Yayını Yayın No:DPT: 2767
9. Kıymaz,T., Şahinöz ,A. Dünya ve Türkiye gıda güvenesi durumu, Ekonomik Yaklaşım, Cilt: 21, Sayı : 76, ss. 1-30

GENETİĞİ DEĞİŞTİRİLMİŞ ORGANİZMALAR VE İNSAN SAĞLIĞI

Işıl Ergin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Öğr. Görevlisi

Genetiği değiştirilmiş organizmalar(GDO); tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tarım ve gıda alanının önemli bir gündemidir. GDO ekiminin tarımsal bir devrim olduğunu ileri sürenler, bu teknolojiye uzak duran ülkelerin büyük bir ticari hata içinde oldukları propagandasını sürdürmektedir. Ülkeleri “treni kaçırmamak” konusunda ısrarla uyararak GDO taraftarlarının görmek istemediği gerçek ise, 1990’lardan beri bu tarımsal uygulamanın dünyanın tüm ekili alanlarında kapladığı payın ancak %3’ü bulabilmiş olmasıdır. İlk GDO’lu tarım ürünü 1994 yılında ABD’de piyasaya sürülen “Flavr savr” domatestir. 1996 yılında 1,7 milyon hektar olan toplam GDO ekili alan, 2011’de ancak 160 milyon hektara ulaşmıştır. Tüm ekili alanlar içindeki bu küçük pay, teknolojiyi üretenler açısından elbette ki hayal kırıklığı yaratacak düzeydedir. Üstelik ekili alanlar açısından artış yerine azalma eğilimine doğru bir gidiş de başlamış durumdadır. 2005’te Avrupa’da GDO’lu mısır üreten ülkelerin ekim alanlarının toplamı 165 bin hektar iken, bu alan 2010’da 82 bin hektara gerilemiş durumdadır. 2012 itibarıyla; İsviçre ve İtalya’da GDO ekimi yasaklanmış, İsviçre’de GDO’lu ürün ithalatı da yasaklanmış durumdadır (**GMO-free zones in Europe ,2012; Atalık A, 2012**).



Şekil 1: Avrupa Birliği’nde GDO ekimi yapılmayan alanlar, 2009, 2010

Bir teknolojik yenilik, aslında temel olarak bir “yarar” sağlamak zorundadır. Yarar; daha düşük maliyet, daha işlevsel olma veya artmış kalite olabilir. Tarımsal biyoteknoloji ürünleri de, en azından onları geliştirenlerin kafasında, böylesi bir teknolojik yaratıcılık ürünüdür. Yüksek verimlilik, düşük pestisit ihtiyacı, daha az çevresel kirlilik ve açlığın yeni türlerle giderilmesi gibi yararlı bahsedilmektedir. Bazı ülkeler tarafından ekonomik bir fırsat ve 21. Yüzyılın stratejik bir teknoloji olarak lanse edilmektedir. Endüstri; yararları konusunda sanki herkes hemfikir gibi, riskleri tartışmayı, riskin algılanmasındaki kusurları irdelemeyi yeğlemektedir. Oysa yararlar konusu da oldukça tartışmalı bir alandır. Dahası, araştırmalar, toplumların kaygılarının kökeninin bir risk-yarar analizinden ibaret olmadığını göstermektedir. Eurobarometer araştırması, toplumların bu teknolojiye ilişkin olarak sadece tehlikeleri değil, konunun ahlaki veya demokratik zararlarını da irdelediğini göstermektedir. Ya da bireylerin yaşamda kendilerini konuşturdukları gruplar veya kültürel değerler doğrultusunda, bazı tehlikeleri göze alıp bazılarını görmezden geldikleri saptanmaktadır. GDO için risk algısı , “yarar” algısının büyük ölçüde güdümündedir. Kişiler GDO ile ilgili fayda görmeleri durumunda, risk algısı onların tutumunda daha etkili bir değişkene dönüşmektedir. Fayda görmemeleri durumunda ise oldukça etkisizleşmektedir. GDO taraftarları için risk tartışması, daha çok bireyleri ikna sürecinin bir parçası gibi görülmekte ve tüketici tutumunu iyileştirmenin bir aracı olarak ele alınmaktadır. Karşıt görüştekiler için ise olayı sadece biyolojik bir “risk” boyutunda tartışmak, GDOların sosyal, ekonomik ve etik etkilerini de içeren bütünlüklü bir tartışmadan uzaklaştırma olasılığı taşımaktadır. Oysa toplumların GDO’ları reddi ile ilgili unsurlar “biyolojik bir risk algısından” ibaret olmayıp, bilimi, doğaya zararı, etik kabul edilebilirliği, kazaları, yol açabileceği sosyal zararları

kapsayan geniş bir zemindir. Toplumların politik ve demokratik alt yapıları, onlara gelebilecek zararlara karşı durmak konusundaki hassasiyetlerinde ve zarardan kaçınma davranışında etkin olmaktadır (Gaskell, 2004; Savadori 2004; Funicane 2005; Sjöberg 2004; Slovic P, 1987).

GDO tartışmasının sadece sağlık riskleri bağlamında tartışılması bu nedenle önemli bir eksiklik barındırmaktadır. Bu gıdaların tarımsal veya sosyal getirileri ve yararlarının gerçekten olup olmadığının ve bundan da öte kimler için bu yararın söz konusu olduğunun tartışılması büyük önem taşımaktadır. GDO konusu sosyal, etik, politik, ekonomik ve hukuki boyutları ile bir bütündür. Gen kaçağı, ilaca dirençli otların ortaya çıkışı, biyoçeşitlilik sorunu, bilinmeyen uzun erimli etkiler, etik sorunlar, etiketleme problemleri ve sağlık etkileri sıklıkla sorgulanan risk unsurlarıdır.

Sağlık Riskleri

Dünya Sağlık Örgütü 2005'teki raporunda GDO lar için;

- İnsan sağlığı ve gelişimi için potansiyel risk olasılığı taşımaktadır
- Tarımsal GDO'larda kullanılan pek çok gen yenidir ve güvenli besin olarak tüketimlerine dair bir geçmişleri yoktur
- Genetiği değişecek organizma genomuna yeni gen yerleştirilmesi istenmeyen gelişimsel ya da fizyolojik etkilere neden olabilir

diye belirtmektedir. 2003'te Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), gıdalara gen transferi konusunun "tamamen **kontrollü** bir süreç" **olmadığını** bildirmekte, hem **piyasaya sunulmadan önce hem de ürün piyasaya sürüldükten sonra** Risk Değerlendirmesi ve Güvenlik değerlendirmesi önermektedir. Dünyanın en prestijli beslenme dergilerinden olan Nutrition Reviews'da 2009'da "GDOların risk değerlendirme süreçlerinin sistematik olmadığı, GD gıdaların tüketiminin herhangi bir sağlık problemi yaratmayacağına emin olmak için daha fazla bilimsel çabaya ve araştırmaya ihtiyaç olduğu" bildirilmektedir (WHO, 2005;FAO, 2003; Magaña-Gómez 2009).

Allerjik etkiler

GDO'ların sağlık etkileri içinde en öne çıkanıdır. 1996'larda Brezilya fındığından, albumin geni transfer edilen soyanın yarattığı alerjik reaksiyonlar en bilinen örneklerdendir. Gen transferi soyayı metioninden zengin hale getirirken, fındığa alerjisi olanlar için riskli bir gıdaya dönüştürmüştür. Genlerin üreteceği yeni proteinlerin de insanın o güne kadar bilmediği, yemediği, bağışıklık sisteminin tanımadığı proteinler olması da bağışıklık sistemi açısından endişeleri arttırmaktadır. GDO ile beslenen farelerin barsaklarındaki bağışık yanıt hücrelerindeki artış, önemli bir uyarı olarak değerlendirilmektedir. MON 810 mısır ile 30-90 gün beslenen farelerin barsaklarında bağışık yanıt hücrelerinde değişiklikler ve kan düzeylerinde artış saptanmıştır. (Nordlee 1996; CAC, 2003; FAO 2001; Fereira 1996; Finamore 2008) MON 810, 8 Avrupa ülkesinde ekimi yasaklanmış GDOLar arasındadır (GMO-free zones in Europe, 2012). Ne yazık ki, MON 810 mısır ülkemizde, Biyogüvenlik Kurulu'nun hazırladığı Bilimsel Risk Değerlendirme Raporlarına göre (9 Şubat 2012), risk taşımadığı belirtilen ve ithal izni verilen GDOLar arasında yer almaktadır (Biyogüvenlik Kurulu, 2011)

Antibiyotik Direnci tehdidi nedir?

İşaretleyici genler, genetik olarak değiştirilmiş hücrelerin değiştirilememiş olanlardan ayırt edilmesi için kullanılmaktadır. İşaretleyici gen olarak antibiyotik direnç genleri kullanılmaktadır (Şekil 2). Ancak bu genleri içeren GDO'ların, antibiyotiklere karşı direnç oluşmasına neden olabileceği endişesi bulunmaktadır. Üstelik direnç riski altındaki bu antibiyotiklerin insan ve hayvan sağlığı açısından ciddi klinik önemi vardır. Kanamisin ve neomisin böylesi antibiyotiklerdir. Özellikle kanamisin dirençli tüberküloz vakalarında önemli bir silahtır. Son olarak EFSA (Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi) uygulanacak genleri üç gruba ayırmıştır: 1) Kanamisin ve neomisin direnci ile ilişkili genin kullanımını yasaklanmazken, 2) ikinci gruptaki kloramfenikol, ampisilin, streptomisin ve spektinomisin genlerinin alan deneylerine izin verilmiş ama pazara sunumu yasaklanmıştır. 3) Amikasin ve tetrasikline direnç oluşturan genleri içeren GDO'ların saha deneyleri ise yasaklanmıştır.

Tarımda genetik değişiklik nasıl yapılıyor?

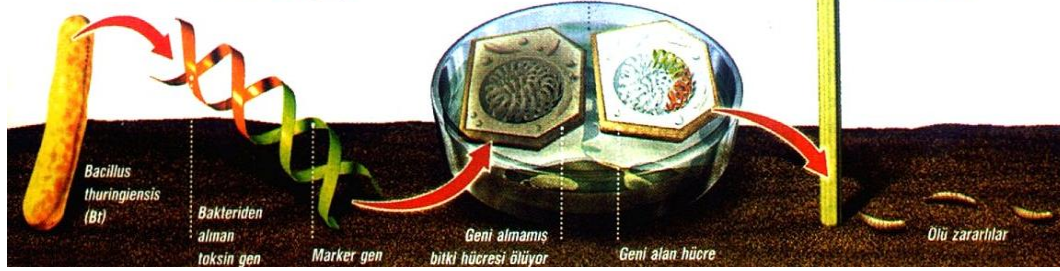
Genetik tarım çok farklı yollarla gerçekleştirilebilir. Aşağıdaki diyagram, zararlı böceklere dayanıklı mısır bitkisinin nasıl üretildiğini en basit şekilde gösteriyor. Zararlara karşı korumalı genetik bitkiler, genel olarak *Bacillus thuringiensis* (Bt) bakterisinden alınan gen yardımıyla üretiliyor. Bu gen, bitki hücrelerinin, tırtıl gibi bazı böcekler için toksik etkiye sahip proteini üretmesini sağlıyor. Diğer canlılara ise zarar vermiyor.

1- *Bacillus thuringiensis* bakterisinden, hücrelerin toksik proteini üretimini sağlayacak gen alınıyor.

2- Bitki hücrelerinin içine Bt geni ve marker (işaretleyici) gen naklediliyor. Genel markerler, hücrelerin antibiyotik ya da tarım ilaçları tarafından öldürülmesini engelliyor.

3- Antibiyotik uygulamasıyla, genleri alan hücreler ayrıştırılıyor. Çünkü, bu uygulamadan sadece genleri alan hücreler kurtuluyor.

4- Genetik olarak değiştirilen hücrelerin bitkide büyümesi sağlanıyor. Bu bitkiler de hücrelerinde Bt toksinini üretiyor. Böylece bitkiyle beslenmek isteyen zararlılar ölüyor.



Şekil 2: Genetik değişiklik sırasında antibiyotik direncine giden süreç

2004'te DSÖ'nün kararı da hücreye işaretleyici genler katan bu yöntemlerin bırakılması yönündedir. Ama bu uyarının dikkate alınmadığı ve biyoteknoloji endüstrisinin kullanışlı bulduğu bu yöntemden vazgeçmediği ve alternatif işaretleyici gen arayışlarına da girmedikleri görülmektedir. (EFSA 2004a; EFSA 2004b; EFSA 2009).

Güncel tartışma: Antibiyotik direnç genleri-Yasal durum

GD gıdalar, pek çok gıda maddesinde (bisküvi, kraker, çikolata, kaplamalı çerezler, pudingler, bitkisel yağlar, şekerlemeler, hazır çorbalar, meyve suları vb.) girdi olarak kullanılabilen, yemler aracılığı ile de beslenme zincirimizin önemli bir halkasına dönüşebilmektedir. Bu sürecin, tüketicinin seçme hakkı ile şekillenemeyeceği ortadadır. Bu konudaki yasal düzenlemeler büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde yasal süreçte "Antibiyotik direnci içeren GDO ların ithalatına ilişkin düzenlemeler" önemli bir tartışma alanını oluşturmuştur. Ağustos 2010 itibarıyla Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı Yönetmeliği gereğince, antibiyotiklere karşı direnç genleri içeren GDO ve ürünlerinin ithalatına ve piyasaya sunulmasına izin verilmiştir. Ancak Türk Tabipleri Birliği, bu düzenlemenin önceki yasal düzenlemelerle uyum içinde olmadığı ve antibiyotik direnci açısından tehdit oluşturduğu gerekçesi ile dava açmıştır. Danıştay Ekim 2011'de söz konusu hükme ilişkin yürütmeyi durdurma kararı vermiştir. Kararın gerekçesinde; bilimsel çalışmalarda, antibiyotik direnç genleri içeren GDO ve ürünlerinin kullanılmasının **orta ve uzun vadede insan ve hayvan tedavisinde kullanılan antibiyotiklere karşı direnç geliştirebileceğinin tespit edildiği**, konu ile ilgili çalışmaların **halen sürdüğü** bildirilmektedir. GDO Yönetmeliğinin **eski** şeklinde, antibiyotik direnç genleri içeren GDO ve ürünlerinin ithalatına ve piyasaya sunulmasının **yasaklanmış olduğu** ve Biyogüvenlik Kanunu tasarısının da bu yönde bir **yasak içerdiği** belirtilmektedir. **Biyolojik Çeşitlilik Sözleşmesinde** ve esas alınan **Biyogüvenlik Cartagena Protokolünde** taraf devletlerin konuya 'ihtiyatlılık ilkesi' çerçevesinde yaklaşımları gerektiğine vurgu yapılır. Antibiyotik direnç genleri içeren GDO ve ürünlerinin **orta ve uzun vadedeki zararlı etkilerine işaret eden bilimsel çalışmalar mevcutken**, bu tür ürünlerin ülkemize girişine izin veren bir düzenlemenin **hukuka uygunluk taşımadığı** kararda ifade edilir. Ancak, Bakanlık Şubat 2012'de yönetmelikte değişiklik yapar. "GDO ve ürünlerinin, insan ve hayvanların tedavisinde kullanılan antibiyotiklere direnç genleri içermesi halinde, bu ürünlerdeki direnç genlerine yönelik bilimsel araştırma sonuçlarının insan, hayvan ve bitki sağlığı ile çevre ve biyolojik çeşitliliğe zararlı olmadığı Risk Değerlendirme Komitesi raporu ve Kurul Kararı ile tespit edilmedikçe bu ürünlerin ithal edilmesi ve piyasaya sürülmesi" hükmünü ekler. Böylelikle yargı; antibiyotik direnç genleri içeren GDO ve ürünlerini yasaklarken, Bakanlık bu yasağı "Risk Değerlendirme Komitesi ve Biyogüvenlik Kurulu Kararına" bırakmıştır (TTB, 2012; Resmi Gazete, 2012).

Toksik etkiler

GDO lar ve toksinler konusu ele alındığında ilk akla gelen *Bacillus Thuringiensis* (Bt) toksinidir. Bu canlı; toprakta yaşayan gram(+) bir bakteridir ve Cry toksinini üretir. Toksin; böcekleri öldürmekte ve 1920'lerden beri tarım ilacı olarak kullanılmaktadır. Biyoteknoloji ise bu zehri kodlayan geni bakteriden alarak bitkiye transfer etmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

GDO mısır veya patates, onu yiyen böcekleri öldürecek zehri bünyesinde içerir hale gelmiştir. Ancak çalışmalar göstermektedir ki, bakterinin ürettiği toksin ile genetik transfer sonrası bitkinin ürettiği toksin arasında farklar vardır. Bitkisel toksin ısıya ve sindirime daha dirençli olup daha “toksik”tir ve barsak bakterilerine geçişi de mümkündür (**Romeis 2004**).

Toksik etkiler açısından en fazla incelenen alanlar: 1-Sindirim sistemi, 2-Karaciğer, pankreas, böbrek, 3-İmmun sistem olmuştur.

Sindirim sistemi: Toksinlerle ilk ve en geniş yüzeyli karşılaşma noktası olması nedeni ile risk değerlendirmelerinin en can alıcı bölgesidir. Yapılan çalışmalarda; GDO ile beslenen farelerin midelerinde küçük hemoraji alanları (**FDA, 1993**), fare midesinde, ileumunda proliferasyon (**Fares, 1998**) saptanmıştır.

Karaciğer, pankreas, böbrek: KC’de atrofi (**Putzsai 2002**), toksisite bulguları (**Tudisco, 2006**), karaciğer enzimlerinde değişiklikler, metabolik aktivitede artış (**John 2002**), strüktürel değişiklikler (**Ermakova, 2007**), KC ve böbrekte belirgin olumsuz etkilenim (**Key 2008**), pankreas hücrelerinde enzim içeren paketçiklerin sayı ve boyutlarında artış , hücre içindeki trafiğin hızlanması (**Malatesta, 2003**), pankreasın sindirici enzimlerinde azalma, pankreasta büyüme (**Malatesta, 2003, Tudisco, 2006**) ve böbrekte hasarlanma (**Vecchio, 2004, Malatesta, 2003, John 2002**) saptanan çalışmalar vardır.

İmmun sistem: Genlerin üreteceği yeni proteinlerin immün sistem üzerindeki olası toksik etkileri üzerinde durulmaktadır. (**Verma 2011**)

İnsanda yapılan iki inceleme ise 2012 yılına damgasını vurmuştur. Aris’in araştırmasında GDO’lu gıdalarla beslenen annelerde ve fetuslarında bitkilere aktarılmış olan bakterinin zehri (CryAb1 toksini) serumda saptanmıştır (**Aris 2011**). Mesnage ise; Cyr1Ab ve Cry1Ac toksinlerinin insan böbrek hücreleri üzerinde etkisinin olduğunu ve pestisid kalıntıları ile kombine etkilerinin de ortaya çıktığını göstermiştir (**Mesnage 2012**).

Dokulara DNA geçişi

GDO’lu gıdalarla alınan DNA parçacıklarının tamamının sindirilmediği, barsağın çeşitli bölümlerinde bu parçacıklara rastlandığı, bu genlerin memeli hücrelerine veya barsak bakterilerine YATAY GEÇİŞ olasılığı taşıdığı DSÖ tarafından 2005’te bildirilmiştir. Araştırmalar bu genlerin barsak bakterilerine geçmeleri durumunda da barsak mukozasının onları yeni bir saldırı olarak algılayıp immün yanıt vermelerinin söz konusu olabileceğini ayrıca antibiyotik direnci konusunda da önemli bir tehdit oluşturduğunu bildirmektedir. (**WHO, 2005**)

Peki canlılar arası böylesi yatay geçiş örnekleri var mıdır? İlk çalışma 1987’de bakteriden bakteriye gen kaçışını göstermiştir. Tür bariyerlerinin aşılabildiği durumlar olduğu, doğal ortamlarında pekçok kez örneklenmiştir (**Kelly, 2009**):

- Bakteriden bakteriye -Trieu-Cuot ve ark, 1987, Courvalin, 1994, Mathur and Singh, 2005.
- Bakteriden bitkiye-Broothaerts ve ark, 2005.
- Bitkiden Bakteriye -Kay ve ark, 2002, Eede ve ark, 2004- geçişler gösterilmiştir.

GDO lu gıdalarda benzer geçişlerin örnekleri keçilerde, balıklarda, domuzlarda gösterilmiştir. Bu gen kaçışlarının hedef organizmadaki sonuçları ise araştırılması gereken alanlar olarak gizemini korumaktadır.

Eşdeğerleriyle gerçekten aynı mı?

GD soya’da izoflavonların (antikanserojen) %12-14 azaldığı -*Lappe, 1999*, GD kanola’da (A vitamini artırılmış) E vitamini içeriğinin azaldığı, yağ kompozisyonunun değiştiği -*Shewmaker,1999*, GD pirinçte besin değerinde değişiklikler olduğu -*Jiao, 2010*, GD pirinçte sukroz, mannitol, ve glutamik asit içeriğinde artış -*Zhou, 2009*-olduğu saptanmıştır (**Antoniou, 2012**)

Nesiller arası değişiklikler

Hacettepe Üniversitesinden Kılıç ve arkadaşları GDO ile beslenen 3 nesil farede yaptıkları araştırmada, 3. nesilde böbrek ve karaciğerde patolojik değişiklikler saptamıştır. Viyana Üniversitesi’nin 2008’de yayınlanan araştırması 4 nesil boyunca inceledikleri farelerin 3. nesilden itibaren doğurganlık örüntülerinde bozulma olduğunu ve yeni nesil farelerde vücut boyutlarında değişiklikler oluştuğunu göstermiştir (**Kılıç, 2008**).

Uzun erimli etkilerine dair hala çok az şey bilinmektedir. Gıda güvenliği testlerinin geliştirilmesine, hayvan deneylerinin artması ve sürelerinin uzatılmasına, insana olan etkilerinin sürekli izlenmesine ihtiyaç mutlak.

GDO’ların sağlık risklerini tanımlamanın önündeki engeller

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Beslenmenin sağlık üzerindeki etkisini doğru olarak ölçmek o kadar zordur ki olası ilişki çoğu zaman gizli kalabilmektedir. GDO'ların sağlığa zararlı olup olmadığına dair saptamaları yapmak ise beslenme epidemiyolojisi alanının zorlukları yanı sıra risk değerlendirme sürecindeki sorunlar, hayvan deneylerindeki sınırlılıklarla daha da zorlaşmaktadır (Ergin,2011).

Piyasaya sunulmadan önceki değerlendirmeler 28-90 günlük fare deneylerini kapsamaktadır. Oysa bu süreç sadece akut etkilenimlerin ortaya çıkması için yeterli olan süredir. Farelerin vücudundaki uzun erimli etkileri görebilmek için 6 aydan 2 yıla kadar uzaması gereken incelemelere ihtiyaç vardır. Kronik etkiler incelenebilir; metabolik, sinir sistemi, immün sistem, hormonal veya kanser yapıcı etkilerini anlayabilmek mümkün olacaktır. Ayrıca 3-4 nesili inceleyen araştırmalar da büyük önem taşımaktadır. Oysa doğurganlığa, gelişime ve nesiller arası geçişe dair etkiler piyasaya sunulan GDO'ların risk değerlendirmelerinde zorunlu olan testler değildir. Bu incelemelerin de yasal risk değerlendirme süreçlerine eklenmesi şiddetle önerilmektedir. (Vendômois, 2010)

GDO'lara ilişkin riski aramak kimin sorumluluğudur? Taraflar bu konuda ne düşünmektedir?

"Monsanto GDO'lu gıdanın gıda güvenliğini sağlamak zorunda değildir. Bizim ilgi alanımız mümkün olduğu kadar bu gıdalardan satmaktır. GDO'lu gıdaların güvenli olduğunu garanti etmek FDA'nın işidir. Philip Angell Monsanto, 1998" diyerek endüstri, sorumluluğu kamusal denetlemeye devretmektedir. FDA ise *"Esas olarak, gıda güvenliğini sağlamaktan sorumlu olanlar gıda üreticilerinin kendileridir. FDA,1992."* diye belirtmektedir. Avrupa açısından ise EFSA *"Bu tür gıda güvenliği çalışmalarını yapmanın EFSA'nın görevi olduğu düşünülmemelidir, GDO'lu gıdaların güvenli olduğunu göstermek başvuranın kendisinin (GDO'yu üreten şirketin) görevidir EFSA, Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi, 2006."* diye belirtmektedir (Antoniou, 2012; Atalık 2012).

FDA ve EFSA, önlerine gelen risk değerlendirmelerine göre karar veren kuruluşlar durumdadır. Bu konum ülkemizdeki Biyogüvenlik Kurulu için de geçerlidir. Bu kuruluşlar sanıldığı gibi aksine, kendileri risk değerlendirmesi veya araştırma yapmamaktadır. Üstelik bu kuruluşların önüne gelen belgeler açısından bakıldığında, hiçbir GDO'lu ürün bugüne kadar 90 günden daha uzun tetkik edilmemiştir. Oysa kronik erimli etkileri incelemek açısından bu süre son derece yetersizdir.

Riski aramanın veya bulduğunu açıklamanın önündeki bir diğer engel de şirketlerin tohumlar üzerinde sahip oldukları "kullanıcı hakları"dır. Araştırmacılar şirketin izni olmaksızın GDO tohumları başka tohumlarla karşılaştırmaz veya istenmeyen çevresel ve sağlık etkileri açısından araştırmaz. Amerikan medyası bu iznin serbestleşmesi için EPA(ABD Çevre Koruma Ajansı)nın şirketlere baskı yapması gerektiğini bildirmektedir (Scientific American, 2009). Ne yazık ki Amerikan hükümetinin bu konuda tarafsız bir otorite olduğu söylenemez. GDoların kabulünü hızlandırmak için Fransız, İspanyol, Afrika büyükelçiliklerinde yürüttüğü çalışmalar bu konudaki tarafsızlığına örnek gösterilmektedir (Antoniou, 2012). Ülkemizde de 2005 yılında Amerikan büyükelçisinin bizzat kendisinin veya görevlendirdiği bilim adamlarının GDO ların kabulünü artırmak amacı ile yürüttüğü çalışmalar bulunmaktadır. Kamuoyunun fikrini değiştirme çabaları 2005'te Bilim Teknik Dergisinde GDoları olumlayan bir yazının yayınlanmasına kadar varır. Yazıda GDOLara ilişkin yürütülen bu mücadele için *"Bilgi çağına birinci dünya savaşı" tanımı getirilir (Bilim Teknik Dergisi, 2005).*

Türkiye'deki yasal düzenlemeler, verilen izinler, şirketlerden geri adımlar

Yasal düzenlemelerin temelini oluşturan 1 Kanun ve 3 Yönetmelik bulunmaktadır (TBBDM, 2012a):

- Biyogüvenlik Kanunu (26 Mart 2010) ,
- Genetik Yapısı Değiştirilmiş Organizmalar Ve Ürünlerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik,
- Biyogüvenlik Kurulu ve Komitelerin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik,
- Genetik Yapısı Değiştirilmiş Organizmalar ve Ürünlerine Dair Yönetmelik (13 Ağustos 2010)

Biyogüvenlik Kanunu; biyogüvenlik sisteminin kurulması ve uygulanması, bu faaliyetlerin denetlenmesi, düzenlenmesi ve izlenmesi ile ilgili usul ve esasları belirlemeyi amaçlar. Her bir başvuru için bilimsel esaslara göre risk değerlendirmesi ve sosyo-ekonomik değerlendirme yapılmasını öngörür. Risk değerlendirmesinde laboratuvar, sera ve tarla testlerini içeren alan denemeleri ile gıda analizleri, toksisite ve alerji testleri yanında gerekli görülen diğer testlerin sonuçlarının başvuru sahibi tarafından verilmesini zorunlu kılar. Kanunun getirdiği önemli bir yapı Biyogüvenlik Kurulu'dur. Kurul'da Tarım ve Köyşleri Bakanlığından 4, Çevre ve Orman Bakanlığından 2, Sağlık Bakanlığından 1, Sanayi ve Ticaret Bakanlığından 1, Dış Ticaret Müsteşarlığından 1 üye yer alır. Kurul tarafından değerlendirilen başvurular doğrultusunda Uzmanlar listesi seçilir. Bu listeden Bilimsel komiteler (11 er kişi) oluşturulur ve başvurular ilgili komitelerce değerlendirilir. Komitelere Türkiye Biyogüvenlik

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bilgi Değişim Mekanizması (<http://www.tbbdm.gov.tr>) aracılığı ile de görüş bildirilir. Belirlenen süre sonunda gelen görüşler derlenerek Bilimsel Komitelere sunulur. Komiteler 15 gün içinde Biyogüvenlik Kurulu'na rapor sunar. Bilimsel Komite raporlarının Türkiye Biyogüvenlik Bilgi Değişim Mekanizması tarafından kamuoyuna sunulma süresi 21gündür. (TBBDM, 2010) Ülkemizde Biyogüvenlik Kurulu ilk toplantısını 27.09.2010'da yapar ve sonraki 13 toplantıda kurula yapılan başvuruları ve hazırlanan raporları değerlendirir.

İzin verilenler: (TBBDM, 2012b)

- Ülkemizde Yem Sanayicileri Birliği'nin (YEMBİR) başvuruları sonucunda A2704-12, MON 89788 ve MON40-3-2 genlerini içeren **3 soya fasulyesi ve soya küspesi** karma yemde kullanılmak üzere
- YEMBİR ve Beyaz Et Sanayicileri ve Damızlıkçılar Birliği'nin(BESD-BİR) yemlerde kullanım amacıyla **13 mısır çeşidinin** (Bt11, DAS1507, DAS59122, DAS1507xNK603, NK603, NK603xMON810, GA21, MON89034, MON89034xNK603,Bt11xGA21,59122x1507xNK603,1507x59122 ve MON88017xMON810) ithalatına Biyogüvenlik Kurulunca onay verilmiştir.
- YEMBİR ve BESD-BİR' in başvuruları doğrultusunda **3 mısır çeşidi** ve ürünlerinin (MON88017, MON810, 59122xNK603) hayvan yemlerinde kullanılmasına izin verilir.

Geri adımlar

- Tüm Gıda Dış Ticaret Derneği(TGDF), 3 soya çeşidinin (MON 40-3-2,A2704-12 ve MON89788) gıda amaçlı kullanımına izin verilmesi yönündeki başvurusunu 14.03.2012 tarihinde geri çeker.
- 15 Ağustos 2012'de TGDF 29 adet gıda amaçlı GDO için ithalat başvurusunu geri çektiğini duyurur.
- Ardından Ünak Gıda ve Kimyevi Mad. San.Tic.Ltd.Şti de gıda amaçlı 3 adet soya başvurusunu geri çektiğini duyurur.(Greenpeace, 2012)

SONUÇ

Elbette kamuoyunun endüstri üzerinde yarattığı baskı şu an itibarıyla gıda amaçlı GDO ların soframıza gelmesi önünde güçlü bir engel oluşturarak, GDoların olası sağlık etkilerinden toplumu korumaktadır. Ancak yem amaçlı kullanımın serbest bırakılması, MON810 gibi pek çok ülkede yasak bir GDO nun yemlerimizde kullanılıyor olması hala önemli sorunlardır. Üstelik Türkiye gibi önemli bir pazarı kaybetmek istemeyenler, mücadelelerine devam etmektedir. **"Türkiye'deki Biyogüvenlik Kanunu ve uygulama yönetmeliklerinin ülkedeki ithalatçı ve kullanıcı sektörler üzerindeki ekonomik etkileri "** başlıklı Mayıs 2012 tarihli raporda Türkiye'de yasanın uygulanış biçiminin pazara zarar verdiği ve ekonomik kayıplara neden olduğu belirtilmekte, "bu ticaret sapması, ABD, Kanada, Arjantin ve Brezilya gibi önde gelen GDO üreticisi ülkeler tarafından Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) nezdinde Türkiye aleyhinde şikayet/dava yoluna gidilmesi ihtimalini ortaya çıkarmaktadır. Türkiye'nin böylesi bir davada ödemesi gereken tazminatın 1.1 milyar doları bulabileceği" tehdidi ile taraftar toplanmaya çalışılmaktadır (Graham, 2012). Artık yarar-zarara dair değerlendirmeler sağlık, doğa, çevre boyutundan, ekonomik zorlamalara doğru kulvar değiştirecek gibi görünmektedir. Bilimin görevi; ekonomik tarafların etkisinden uzak ama toprağı, böceğı, bitkisi, insanı ile bir bütün olan ekolojik dengenin korunmasına taraf olan bir biçimde, bu evrensel biyolojik deneyin etkilerini yılmadan aramaktır. Bilim insanların üzerine düşen; risk ve ihtiyat arasında seçim yapmak ve ihtiyat lehinde karar vermektir.

Kaynaklar

Antoniou M, Robinson C, Fagan J.(2012) Gmo Myths And Truths: An evidence-based examination of the claims made for the safety and efficacy of genetically modified crops . Earth Open Source http://earthopensource.org/files/pdfs/GMO_Myths_and_Truths/GMO_Myths_and_Truths_1.3a.pdf

Aris A, Leblanc S. (2011) Maternal and fetal exposure to pesticides associated to genetically modified foods in Eastern Townships of Quebec, Canada. *Reprod Toxicol.* 2011 May;31(4):528-33

Atalık A. (2012) "Osmanlı'dan günümüze Türkiye Tarım Tarihi" kitabı içinde "Genetiğı değiştirilmiş organizmalar" bölümü. Epos yayınları.

Bilim Teknik Dergisi (2005) "Bruce Chassy ile söyleşi: Gen Aktarımlı ürünlerin dünü bugünü" Kasım Sayısı S:14-16

Biyogüvenlik Kurulu (2011)Yem amaçlı kullanılmak istenen genetiğı değiştirilmiş Mon810 mısır çeşidi ve ürünleri için bilimsel risk değerlendirme Raporu <http://www.tbbdm.gov.tr/Files/rapor/risk/MON810.pdf>

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Brookes G (2012) Türkiye'deki Biyogüvenlik Kanunu ve uygulama yönetmeliklerinin ülkedeki ithalatçı ve kullanıcı sektörler üzerindeki ekonomik etkileri. PG Economics Ltd, Birleşik Krallık
<http://www.pgeconomics.co.uk/pdf/Turkish%20Version.pdf>

Codex Alimentarius Commission (CAC) (2003). Principles for the risk analysis of foods derived from modern biotechnology. CAC/gl44-2003 http://www.codexalimentarius.net/download/standards/.../CXG_044e.pdf

Ergin I, Karababa AO (2011) Genetiği değiştirilmiş organizmalar: Sağlığa zararlarını kanıtlamak neden zor? Sorunlar ve riskin ipuçları. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 9(2):113-122

European Food Safety Authority (EFSA) (2004a). EFSA provides scientific advice on the use of antibiotic resistance marker genes in genetically modified plants 19 April 2004
<http://www.efsa.europa.eu/en/news/news/gmo040419a.htm>

European Food Safety Authority (EFSA) (2004b). EFSA GMO Panel reconfirms that the use of the nptII gene as a selectable marker in GM plants does not pose a risk to human or animal health or the environment 13 April 2004 <http://www.efsa.europa.eu/en/news/news/gmo070413.htm>

European Food Safety Authority (EFSA) (2009). EFSA evaluates antibiotic resistance marker genes in GM plants 11 July 2009 <http://www.efsa.europa.eu/en/press/news/gmo090611.htm>

FAO (2003) Safety assessment of foods derived from genetically modified animals, including fish, a joint FAO/WHO expert consultation on food derived from biotechnology, Rome, Italy, 17–21 November 2003. FAO/WHO, Rome. http://www.who.int/foodsafety/biotech/meetings/ec_nov2003/en/.

FAO(2001) Evaluation of allergenicity of genetically modified foods. Report of a joint FAO/WHO expert consultation on foods derived from biotechnology, 22–25 January 2001. FAO, Rome.

http://www.who.int/entity/foodsafety/publications/biotech/en/ec_jan2001.pdf

Fares NH, El-Sayed AK (1998) Fine structural changes in the ileum of mice fed on endotoxin treated potatoes and transgenic potatoes. Nat Toxins 6: 219-33.

FDA, Department of Veterinary Medicine(1993) "Flavr Savr Tomato Pathology Branch's Evaluation of Rats with Stomach Lesions From Threer Four - Week Oral (Gavage) Toxicity Studies and an Expert panel's Report," Alliance for Bio- Integrity (June 16, 1993) [http://www.Biointegrity.org/FDA does/17/view1.html](http://www.Biointegrity.org/FDA%20does/17/view1.html)

Ferreira F, Hirtenlehner K, Jilek A, Godnik-Cvar J, Breiteneder H, Grimm R (1996) Dissection of immunoglobulin E and T lymphocyte reactivity of isoforms of the major birch pollen allergen Bet v1: Potential use of hypoallergenic isoforms for immunotherapy. Journal of Experimental Medicine.183: 599–609.

Finamore A, Roselli M, Britti S, Monastra G, Ambra R, Turrini A (2008) Intestinal and peripheral immune response to MON810 maize ingestion in weaning and old mice. J Agric Food Chem. 56(23):11533-9.

Finucane ML, Holup JL.(2005) Psychosocial and cultural factors affecting the perceived risk of genetically modified food: an overview of the literature. Soc Sci Med. 2005 Apr;60(7):1603-12.

Gaskell G, Allum N, Wagner W, Kronberger N, Torgersen H, Hampel J, Bardes J.(2004) GM foods and the misperception of risk perception. Risk Anal. 2004 Feb;24(1):185-94.

GMO-free zones in Europe (2012) Maps of GMO-free zones in Europe

<http://www.gmo-free-regions.org/gmo-free-regions/maps.html>

Greenpeace (2012) %100 GDO'suz Türkiye <http://www.greenpeace.org/turkey/tr/news/yuzde-yuz-gdosuz-turkiye-170812/>

Ermakova I (2007) Experimental Evidence of GMO hazards. Presentation at Scientists for a GM Free Europe, EU Parliament, Brussels, June 12, 2007.

John MB.(2002) 13-week Dietary Subchronic Comparison study with Mon 863 Corn in rats Preceded by a 1-week Baseline Food Consumption Determination with PMI Certified Rodent Diet#5002, December 17, 2002.

Key S, Ma JK, Drake PM. (2008) Genetically modified plants and human health. J R Soc Med; 101(6): 290-8.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Kelly BG, Vespermann A, Bolton DJ. (2009)** Gene transfer events and their occurrence in selected environments. *Food Chem Toxicol.* May;47(5):978-83.
- Kiliç A, Akay MT. (2008)** A three generation study with genetically modified Bt corn in rats: Biochemical and histopathological investigation. *Food Chem Toxicol.* 2008 Mar;46(3):1164-70.
- Malatesta M, Biggiogera M, Manuali E (2003).** Fine structural analyses of pancreatic acinar cells nuclei from mice fed on GM soybean. *Eur J Histochem* 2003; 47: 385-88.
- Magaña-Gómez JA, de la Barca AM (2009).** "Risk assessment of genetically modified crops for nutrition and health". *Nutr. Rev.* 67 (1): 1–16
- Mesnager R, Clair E, Gress S, Then C, Székács A, Séralini GE.(2012)** Cytotoxicity on human cells of Cry1Ab and Cry1Ac Bt insecticidal toxins alone or with a glyphosate-based herbicide. *J Appl Toxicol.* 2012 Feb 15. doi: 10.1002/jat.2712.
- Nordlee JA, Taylor SL, Townsend JA, Thomas LA, Bush RK (1996).** Identification of a Brazil-Nut Allergen in Transgenic Soybeans. *The England New Journal of Medicine.* 1996; 334(11): 688-692.
- Pusztai A. (2002)**Can science give us the tools for recognizing possible health risk of GM? *Nutr Health* 16: 73-84.
- Resmi Gazete (2012)** Genetik Yapısı Değiştirilmiş Organizmalar ve Ürünlerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 22 Şubat 2012.
<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/02/20120223.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/02/20120223.htm>
- Savadori L, Savio S, Nicotra E, Rumiati R, Finucane M, Slovic P (2004).** Expert and public perception of risk from biotechnology. *Risk Anal.* Oct;24(5):1289-99.
- Sjöberg L. (2004)** Principles of risk perception applied to gene technology *Science & society EMBO reports* Vol 5; Special Issue
- Scientific American (2009)** Do seed companies control GM crop research? 13 August 2009
<http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=do-seed-companies-control-gm-crop-research>
- Slovic P. (1987)** Perception of Risk. *Science.*236; 4799. P280-285
- TBBDM (2010)** Biyogüvenlik Kanunu. 26 Mart 2010.
<http://www.tbbdm.gov.tr/Libraries/Regulations/BiyogüvenlikKanunu.sflb.ashx>
- TBBDM (2012a)** Mevzuat.
<http://www.tbbdm.gov.tr/Home/RegulationsHome/NationalRegulationsDetails.aspx?CntCatID=Yonetmelik>
- TBBDM (2012b)** Biyogüvenlik Kurulu Toplantı Kararları (1. Toplantı-13. Toplantı)
<http://www.tbbdm.gov.tr/Home/BioSafetyCouncilHome/CouncilDecisions.aspx>
- TTB (2012).** Danıştay Antibiyotiğe Dirençli Gen İçeren GDO İthalatının Yürütmesini Durdurdu. 26 Ocak 2012
<http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/haber-3031.html>
- Tudisco R, Lombardi P, Bovera F (2006)** Genetically Modified Soya Bean in Rabbit Feeding: Detection of DNA fragments and evaluation of metabolic effects by enzymatic analysis. *J Anim Sci* 82: 193-99.
- Verma C, Nanda , RK Singh, Singh RB, S Mishra S. (2011)** A Review on Impacts of Genetically Modified Food on Human Health. *The Open Nutraceuticals Journal,* 4, 3-11
- Vecchio L, Cisterna B, Malatesta M, Martin TE, Biggiogera M (2004).** Ultrastructural analysis of tests from mice fed on genetically modified soybean. *Eur J Histochem* 48: 449-54.
- Vendômois JS, Cellier D, Vélot C, Clair E, Mesnager R, Séralini GE (2010)** Debate on GMOs Health Risks after Statistical Findings in Regulatory Tests. *Int. J. Biol. Sci.;* 6(6):590-598.
- WHO (2005)** Food Safety Department, WHO. Modern food biotechnology, human health and development: an evidence-based study. http://www.who.int/foodsafety/publications/biotech/biotech_en.pdf

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Politikalarında Dönüşüm

Gazanfer Aksakoğlu

Yapılanma

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) üç temel organdan oluşur:

Genel Kurul: Şu anda 194 üye ülkeden oluşmaktadır. Her yıl bunların ikişer üyesiyle toplanır, Birleşmiş Milletler'in(BM) diğer tüm bağlı birimlerinden farklı olarak seçimlerini **eşit oy** ile yapar.

Yürütme Kurulu: Genel Kurul'ca seçilen 34 ülkeden birer üye ile oluşturulur, üç yıl süreyle görev yapar.

Genel Direktör: Genel Kurul'ca beş yıllığına seçilir.

Finansı her ülke nüfusuna göre sağlar. Toplam 8,000 dolayında eleman görevlidir. Bunların yaklaşık üçte biri merkez Cenevre'de, üçte biri yedi bölge merkezinde, üçte biri üye ülkelerin başkentlerinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı ve "ceketlerinin düğmelerini ilikleyerek" çalışır. Kurulda temel işlev bulaşıcı hastalıkla teknik olarak savaşım amaçlı kurulmuştur. Tabu olan tek konu -ABD baskısıyla- Aile Planlaması'dır, bu konuda burs verilmesi yazılı olmayan bir yasaktır. 1960 ve 70'lerde yapılanma toplumcu nitelikte oluşmuş, toplumsal amaçlarda birleşmiştir. Bileşim çok sayıda genç ve ilerici insanlardan oluşmuştur. Özgürlüklerini yeni elde eden yeni ülkelerin etkisi öncüdür. Yaklaşım "sağlıksızlığın nedeni sosyo-ekonomik mi?" yönündedir. Temel işlev sağlıkta siyasal öncülük yapmaktır.

Değişim

1978'de Alma Ata'da nedense(!) UNICEF'le düzenlenen toplantıda da temel ilkeler "aktif, etkin, örgütlü, toplum tabanında yaygın, nüfusa dayalı, herkesi kapsayan, eşitlikçi, ücretsiz, uygun teknolojiye dayalı, sevk sistemli, tümelci, toplum denetimli,.. 'Birincil Sağlık Hizmeti'" olarak kayda geçirilmiştir. Ancak beklenmedik bazı farklılaşmalar açıkça görülme de kendini sezdirmektedir. Kurulda düşsel de olsa "bedensel, ussal ve toplumsal açıdan tam iyilik durumu" olan sağlık tanımı bu kez "..kendilerine **sosyal ve ekonomik olarak üretken** bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık" olarak belirlenmiştir. Eklenti gibi iğreti duran son bölümde "toplum hizmetlerini finanse etmede toplum katılımı gerekli", "bireylerin ödemeleriyle", "tarım ağırlıklı toplumlarda maliyeti vergilendirmeye karşılık olası değil" söylemleri çok dikkat çekicidir.

ABD ile sürtüşme

ABD ile ilk sürtüşmeler 1970'lerde başlamıştır. ABD "Anne sütü yerine süttozu" dikte ettirmeye çalışmıştır. O dönemde pazar 10 milyar dolar, Nestle(ABD) için 3.3 milyar dolar kadardır. DSÖ ve UNICEF 1981'de uluslararası kota kararı çıkarır, karar ABD'nin 1 oyuna karşı 181 oyla alınır. ABD "DSÖ uluslararası ticareti baltalıyor" duyurusu yapar. İkinci sürtüşme 1977'de DSÖ "Temel ilaç listesi" adıyla jenerik ilaç (akılcı ilaç) kullanımını yaygınlaştırmayı ve ulusal ilaç üretimini desteklemeyi hedeflediğinde ortaya çıkar. ABD dünyadaki 18 ilaç devinin 11'ine sahiptir. Bu da geri çevrilir. ABD o yıllar 250 milyon dolar olan yıllık DSÖ ödentisini sonsuza dek keser.

Uluslararası sermaye güdümü

Artık sırada ABD hükümeti vardır: “ABD diğer ülkelerin sağlık ve sosyal hizmetlerini de kapsayan çok geniş bir yelpazede piyasa payı kaparak ticari olanaklar yaratmak ve bu alanlarda ticaret yaparak büyük paralar kazanmayı öngörmektedir”. Özel sektör de geri kalmaz: “Sağlık kamunun sorumluluğunda. ABD sağlık tüccarlarının yabancı piyasaya girişi güç. Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) bunu aralıyor” (Barshefsky, ABD özel ticaret temsilcisi). “Sağlık havayolu ulaşımı ya da hasta yatağı üretiminden farklı değildir” (HCA/Columbia). Sırada baş patron DTÖ’nün uşağı Dünya Bankası (DB) vardır: “Kamu hizmeti dayanışma kökenli. Kaldırılmalı, rekabet olmalı”. “Sağlık özel bir sorundur ve sağlık hizmeti özel bir metadır”. DB içinden Richard Feachem sözde halk sağlığıçılardandır, “insana yatırım ve ‘insan sermaye’ oluşturma ekonomik büyüme ve toplumsal gelişim için birer önkoşul” der. “Globalisation is good for your health, mostly” adlı yazısını BMJ’in 1 September 2001 sayısında yayımlar, Birleşik Krallık’ta hekimler ayağa kalkar. DB sürdürür: “Bankanın asıl gücü siyasete dayalı borç verme-yani kaba kuvvettir”. “Ülkeler sırtlarını gerçekten duvara dayanmış duyumsarsa, normal koşullarda yapamayacakları reformlara zorlanabilirler. Sağlık sektörü bu sıkıntıda ele geçirilebilir”. “DSÖ çağın gerisinde kalmıştır. Örgütün bazı birimleri 1940’lardaki kamucu anlayışa geri dönmüş durumda. ..devleti iyi, kazancı şeytan, entellektüel mülkiyeti hırsızlık olarak görüyorlar... özel sektörle, özellikle ilaç firmalarıyla ilişkileri ürkütücü kılıyor. Tıbbın yalın bir kamu sektörü olma devri geçmiştir”. Eski Norveç başbakanı Brundtland ABD tarafından DSÖ’nün başına geçirilmeye hazırlanmaktadır. “DB gibi büyük ortakları devinime geçirmeliyiz.. ilişkinin artacağını düşünüyorum.. DSÖ profesyonel sağlık desteği sağlayarak etkin katkıda bulunabilir”. “Ortaklarımıza ve sponsorlarımıza açık olmalıyız” der. Seçildikten sonra DB “DSÖ ile ortaklık sürmeli. DSÖ seçebileceği en iyi önderi yeni seçti” diyecektir.

Siyasal baskılara karşın DSÖ’nün çekirdeğini oluşturan bürokrat ve teknik kadro suskun kalmamaktadır: “Sağlık hizmeti alanların ücret ödemesi yanlıştır”. “Anne ölümlerinin ve difteri, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkların artışı DB politikalarına bağlıdır”. UNICEF’ten bile karşı görüşler gelir: “1980’lerde Afrika ve L. Amerika’da gelirlerde %10-25 düşüş, sağlık harcamalarında %25 ve eğitim harcamalarında %50 azalma, yapısal borçlanma politikaları sonucu. Bir yılda yarım milyon çocuğun ölümü bu yüzden”.

1996’da DSÖ yeni bir oyalama taktiği bulur: “Herkesin sağlık / Hedef21”. Özelliği toplumdan değil, sermayeden yana değildir. Sağlığa hak değil, üretim artışı olarak bakar: AIDS ya da Sıtma’dan ölecek olanlar önemli değildir, ama “AIDS, ulusal geliri %1 azaltacak, Sıtma 30 yılda Afrika’da üretimde 100 milyar dolar azalmaya yol açacak” görüşündedir.

Brundtland hem de Davos’ta, 2001’de “Patent haklarını korumalıyız. Düşük fiyatlı ilaçların varsıl ekonomilere dönmesini engelleyecek önlemlere gereksinme var” demek gereğini duyar. Yine bir sözde halk sağlığıçı David Nabarro “Kesinlikle özel finansmana gereksinme duyuyoruz. Temel parasal kaynak, özel sektör ve finans piyasaları. Amerika ekonomisi dünyanın en varsılı olduğuna göre, DSÖ’yü ABD ve finans pazarları için çekici kılmalıyız” kanısındadır. Jean-Loup Motchane “Who’s responsible?” yazısını yazar: “Artık kimsenin DSÖ’nün varlık nedenini bilmediği ortada. Ama sayısı giderek artan gözlemciler küresel sağlık sistemindeki özelleştirme eğiliminin yalnızca var olan eşitsizlikleri daha da kötüleştireceğine inanıyor. Brundtland “uluslararası ahlaka gönderme yaparak 40 ilaç firmasının diğer az gelişmiş ülkelere ilaç satın almakla suçladığı Güney Afrika hükümetine beş hafta önce yasal yaptırım uygulamasını destekledi” der. İlerleyen yıllarda Brundtland da Feachem da Nabarro da önce ödülleri alacak, sonra buruşuk mendil gibi kenara atılacaklardır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

DB yağlı kemiği önceden görmüş, plan ve uygulamalarını ona yönelik yürütmüştür. Bundan sonra sağlıkta hizmet değil, kar geçerlidir. Fırsatı kaçırmaz, sağlığa yatırıma başlar. DSÖ ve UNICEF'ten yüzlerce, binlerce kat fazla.

“Kamu-Özel Ortaklığı” kavramı bu dönemde, “küreselleşmeyle pazara çıkan yeni teknoloji ürünlerinden zavallı yoksul ülkelerin yoksun kalmasını önlemek” savıyla ortaya çıkar. Önerilen çözüm kamu ile özel sektörün işbirliğini sağlamak, üçüncü dünyayı düzenlemektir. Oluşumu için üç koşul gereklidir:

- İşbirliğinde kar amacı az olan bir özel kuruluş, bir de kar amaçlı olmayan kamu kuruluşu bulunmalı,
- Ortaklar daha çok yoksul toplumlara yönelik toplumsal değerler yaratma amacı gütmeli,
- Ana ortaklar tüm çaba ve çıkarları paylaşmalı.

Asıl amaç ise kamu yatırımlarını özel sektöre kar aktaran kuruluşlara devretmektir.

UNICEF 1974'te Genişletilmiş Bağışıklama Programı (EPI) başlatır, 1980'lerde bunu GOBI-FFF'e dönüştürür: Büyümenin izlenmesi, oral rehidratasyon, emzirme, bağışıklama. Asıl amaç Alma-Ata'da vurgulanan Birincil Sağlık Hizmeti (BSH)'nin durdurulması, yerine dikey örgütlenmeye dayalı, tek amaçlı küçük sağlık etkinliklerinin geçirilmesidir. Birkaç yıl içinde DSÖ HBV ve Hib'i temel aşilar olarak ilan eder. Suçiçeği, Hib, Hepatit A ve B, HPV gibi varlığı tartışmalı aşilar için medyadan “gereksinme” duyuruları yapılır. “Aşı mı, ilaç mı?” sorusunun yanıtı “pahalı olan”dır. Gazetelerde, süpermarketlerde plastik torbalarda aşiların reklamı yapılmaya başlanır. “Üç al iki öde” kampanyaları başlatılır.

DSÖ 31 Ocak 2000'de Davos'da Dünya Ekonomik Forumu'nda “Aşilar ve Bağışıklama için Küresel Birlik”(GAVI)'in kurulmasını kabul eder. Temel kurucular DSÖ, UNICEF, DB, Rockefeller ve Gates Vakıfları ve ilaç sanayicileridir. 1. Amaç en yoksul ülkelere en yeni aşiların, öncelikle HBV ve Hib pazarlanması, 2. Amaç yerel bağışıklama altyapısı; soğuk zincir, tek kullanımlık şırıngalar, vb. oturtulması, 3. Amaç yeni aşı teknolojileri, yani burun mukozasından aşılama, nükleik asit aşiları, bakteri ve virusları vektör olarak kullanma, yenebilen aşilar, doku kültürü aşiları.. üretilmesi olarak sunulur. Açıklanan temel amaç çok farklıdır: “Kamu sektörünün yüzyıllardır kullandığı eskimiş teknolojinin yerini pahalı, yaratıcı ve kar getirici buluşlar almalı”. Oysa gerçek ölüm nedenleri toplumsal koşullar, beslenme bozukluğu, pnömoni, diyare,.. gibi nedenlerdir. Gates Vakfı 750 milyon dolarla ortak olmuştur, diğer temel ortaklar Norveç, Birleşik Krallık, ABD, Hollanda, Danimarka, İsveç ve büyük ilaç firmalarıdır. GAVI kaynaklarının %90'ı başta HBV olmak üzere yeni aşı geliştirilmesine, %10'u bağışıklama altyapısı güçlendirilmesine harcanır.

Bağışıklamanın üç temel ilkesi vardır:

- Ulaşılabilen en fazla sayıda kişiyi bağışıklamak,
- Aşı ve serumları yerel olanaklarla üretmek,
- En çok gereksinme duyulan sağlık sorunlarında bağışıklama sağlamak.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

GAVI'ye göre üç temel ilke farklıdır:

- Yakalanabilenlere, daha fazla dozda ve yeni aşı,
- Yerel aşı üretimini durdurma,
- En çok kar getiren aşuları uygulama.

GAVI'ye göre yapılan uygulamalar sonucunda,

- Sağlık yönetimi DSÖ'den yatırımcılara geçer,
- Fonların yönlendirilmesi BM'den özel sektöre devredilir,
- BM ve DSÖ'nün bulaşıcı hastalıklara öncelik kavramı kalkar,
- Birincil sağlık hizmeti yerine dikey örgütlenmeye dönülür,
- BM ve DSÖ kuruluş amaçları ve sağlığın geliştirilmesi hedefleri geriye götürülür.

Temel çelişkiler oluşur. Milyarlarca çocuk Kızamık, DBT, oral Polio ve BCG aşısız kalır. Şimdi 5 yaş altı ölümlerin %40'ı diyare ve üst solunum yolu enfeksiyonlarından; tüm bebek ve çocuk ölümlerinin %18'i Kızamık, Boğmaca ve Tetanoz'dan olmaktadır. Güneydoğu Asya'da insanların beşte biri sağlıklı içme suyuna sahip değildir; HBV uygulanmasına harcanan para ise 1.5 milyar dolardır. Rifampicin'in ucuzlamasıyla bir Tüberküloz hastasının sağaltım maliyeti 20 dolara iner, firma daha çok kar hedefiyle yeni aşı araştırmalarına yönelir.

Yalan yayınlar başlatılır. DB bağlantılı "Miller MA, Kane M, 2000"; "Miller A, McCann L, 2000" yazılarında "Hindistan'ın yılda 500 milyon doz Hib aşısı gereksinmesi var" yazar, oysa ilgili yerel enstitü "3,441 menenjit, pnömoni ve sepsis olgusundan 58'inde Hib üretilebildi" demiştir; "Hindistan'da yılda Hepatit B'ye bağlı 200,000 ölüm var" yazar, aynı enstitü "bir yılda 4,935 kişi Hepatit B'ye bağlı Hepatoselüler Karsinoma'dan öldü" der.

Hizmet Ticareti

Hizmet Ticareti kavramı ilk kez 1986-93 Uruguay Toplantıları sonunda oluşur. Ayakkabı üretilmekte, alıcıya ve istem-sunum koşullarına göre fiyat ve kar oluşmaktadır. Sağlık da üretildiğine göre, aynı piyasa koşullarında satılmalıdır. 1995'de DTÖ bunu "patent yasası" diye bilinen "Hizmet Ticareti Genel Anlaşması" (GATS) olarak yasallaştırır. Artık sağlık hizmeti satılacak, ilaç ilk üreticisinden başkasınca ve jenerik olarak satılamayacaktır.

Aynı yıllarda (İstanbul, 1998) uluslararası sermaye sözcüsü, Daimler Benz yönetim kurulu üyesi Kurt Lauk şu konuşmayı yapar:

"Sosyal devlet ve sosyal bütünleşme ilkeleri ekonomik büyümenin karşısındaki engeller. Anti-demokratik, totaliter yönetimlerde sosyal devlet yapısının olmaması dolayısıyla, ticaret yapanlar daha şanslı. Çok daha hızlı küreselleşebildik, fakat iki önemli engelle karşılaştık: Demokrasi ve trilyonlarca dolar değerindeki emeklilik fonlarının kamu, yani ulus devletlerin kontrolünde olması. ..ciddi bir direnç ile karşılaştık: Demokratik Devlet yapıları. Asya sermayesi çocuk işçi, kadın emeği, sendika, insan hakları gibi sorunlarla uğraşmıyor ve kar marjları son derece yüksek. Çünkü bu bölgede ve Güney Amerika'da dikta yönetimler iş başında. Biz Avrupa'da ne

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yapıyoruz? Yok işçi hakları, yok sendikal haklar, yok insan hakları, yok sosyal güvenlik katkı payları; sonuçta da karlarımız kuşa dönüyor. **Demokrasiden vazgeçmek zorundayız**".

Reform

DSÖ'nün "reform" ya da "transition" adını verdiği "dönüşüm" üç temel kavramı değiştirir: Sağlık kavramı (tanımı)nı, sağlık ölçütünü, sağlık finansını.

Sağlık tanımı 1946'da yazılan "bedensel, ussal ve toplumsal açıdan tam iyilik durumu"ndan 1981'de zaten "kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık"a dönüştürülmüştür. Böylece "üretebilene sağlık hizmeti" ortaya çıkmıştır. Sağlık Ölçütü "DALY"(İşlev Yitimine Uyarlanmış Yaşam Yılı)ye, yani SB'nin yakıştırdığı biçimle "hastalık yükü"ne dönüştürülür. Finans vergi ile değil, Genel Sağlık Sigortası "prim"i ile sağlanacaktır.

Sonuçlar

İlk sonuçlar siyasal olarak da dönüştürülen sosyalist ülkelerde görülür. Aşı satın alamayan toplumda her 100 çocuktan 15'i Difteri olur. Doğuşta beklenen yaşam süresi 5 yıl düşer. Sıfıra düşen Sifilis hızı binde 2'ye tırmanır. Irak ve Afganistan'daki işgal ve kıyım gözü yuman DSÖ'nün de duyarsızlığıyla salt Irak'ta bebe ve çocuk ölümleri üç kata yakın artar.

Avrupa'da eşitsizlikler inanılmaz boyutlara ulaşır. Polonya-Karadağ çizgisinin doğusundaki bölgede sağlık göstergeleri genelde 5-10, bazı göstergelerde 150-200 kat kötüleşir.

Bulaşıcı hastalıklar korkunç boyutlardadır. Dünya'da yılda Tüberküloz'dan 2-2.5 milyon, AIDS'den 2 milyondan fazla, Sıtma'dan 1-2 milyon kişi ölmektedir. Kırk yıl öncesinde neredeyse yok edilmiş olan Dengue şimdi çok daha yaygın ve tehlikelidir. Bulaşıcı hastalık ölümlerinin yüzde 90'ı yazgısına terk edilmiş Afrika'da görülür. Uluslararası sermaye göz diktiği Afrika'nın ölümünü sabırlı bir çakal gibi izlemekte, tetikçisi DSÖ de bunu görmezden gelmektedir.

Genelde,

- Sağlık politikaları toplumdaki koparılar, sermayeden yana oluşur,
- Sağlık hizmeti pazar ekonomisi içinde ticarete dönüşür,
- DSÖ dönüşerek öncülükten geri düşer,
- DTÖ ve DB sağlık politikalarında merkez karar alıcı olur.

Ne yapmalı?

Durumdan geri dönülebilir. Bunun için,

- Sağlık hizmeti toplumun gereksinmelerine yönelik planlanmalı,
- Hizmet nüfus tabanlı ve tümelci yaklaşımla yürütülmeli,
- Türkiye özelinde Sosyalleştirme tüm ilkeleriyle uygulanmalı,
- Sağlık çalışanları toplumu, hizmeti ve çalışanları korumak amacıyla örgütlenmelidir.

ÇALIŞMA YAŞAMI VE KADIN SAĞLIĞI: SİGORTALI/SİGORTASIZ ÇALIŞAN KADIN,

ÜCRETSİZ AİLE İŞÇİSİ OLARAK ÇALIŞAN KADIN, ÇALIŞAN YAŞLI KADIN

Doç.Dr.M.Nihal ESİN

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

GİRİŞ

İnsanlık tarihi boyunca kadın; bedensel, ruhsal, sosyal ve duygusal yeteneklerini kullanarak çalışma yaşamı içinde yer almıştır. Ortak yaşamın sürdürüldüğü ve sorumlulukların paylaşıldığı ilk çağlarda kadın, hem yiyecek sağlama hem de topluluktaki bireylerin bakımı ile ilgili işlerde yer almıştır. Zaman içerisinde avcı toplumlardan, çiftçilik ve yerleşik yaşam tarzına geçilmiş ve erkek egemen yaşam biçiminde kadın daha çok ev işleri ve aile işçisi olarak çalışmıştır. Kadınların gerçek anlamda işgücü piyasası ile tanışması ekonomik ya da işgücü piyasasındaki gelişmelerden değil büyük savaşlar nedeniyle olmuştur. Savaşlarda erkek nüfusun ölüm nedeniyle azalması sonucu, kadınlar erkeklerin yaptığı birçok işi, maden ocaklarında çalışma çiftçilik vb yapmaya başlamışlardır. Endüstri devrimi ile işgücü piyasası tamamen farklı bir aşamaya geçmiş, bilimsel, teknolojik ve politik gelişme ve değişimler çalışma yaşamını da etkilemiştir. Günümüzde aktif kadın nüfusunun büyük çoğunluğu; farklı işkollarında, farklı statülerde çalışmaktadırlar (1, 2, 3).

Kadınlar çalışma yaşamında; biyolojik, sosyal ve ekonomik etkiler nedeniyle, fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık sorunları ile erkeklere oranla daha fazla karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle çalışan kadınların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için yapılan politik, yasal, sosyal ve bilimsel çalışmalar önemini korumaktadır. Bu derleme; çalışma yaşamı ve kadın sağlığını farklı açılardan değerlendirmek ve çalışan kadınların sağlığını geliştirmeye yönelik sunulacak hemşirelik hizmetlerini tartışmak amacıyla planlanmıştır

DÜNYA'DA ÇALIŞMA YAŞAMI VE KADIN SAĞLIĞI

Günümüzde dünya nüfusu yaklaşık 7 milyar civarındadır. Bu nüfusun yaklaşık %48'ini kadınlar oluşturmaktadır. Tüm dünyadaki 15-64 yaş arası kadınların %49'u çalışmaktadır. Endüstrileşmiş ülkelerde kadınların yarısından fazlası işgücüne katılırken, az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde bu oranın %25' ler altına düştüğü belirtilmektedir. Çalışma, kadına ve ailesine ekonomik ve sosyal açıdan pek çok avantaj sağlamaktadır. Ayrıca çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre daha sağlıklı olduğu ve uzun yaşadığı da belirtilmektedir (6, 8).

Ancak, tüm dünyada çalışan kadınlar arasında; sağlık ve sosyal açıdan sigortalı olarak çalışan kadın sayısının oldukça az olduğu ve kadın çalışanların çoğunluğunu sigortasız olarak kendi hesabına çalışan ve ücretsiz aile işçisi olarak çalışan kadınların oluşturduğu belirtilmektedir (1, 2). Birleşmiş Milletler insani kalkınma raporuna göre, Avrupa Birliği Ülkeleri (AB), Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Avustralya gibi ülkelerde kadın istihdamının ve ilgili yasal hakların gelişmiş olduğu belirtilmiştir. Buna karşın Niger, Etopya, Hindistan, Pakistan gibi ülkelerde kadın istihdamı ve çalışma koşullarının son derece yetersiz olduğu belirtilmiştir. Tüm dünyada ülkeler arasında büyük farklılıklar olduğu da ifade edilmiştir (3, 8, 9).

Kadınların en fazla çalıştığı işkolları olarak; tekstil, sağlık, ilaç ve ofis işleri belirtilmektedir. Ancak ev işlerinde, tarım sektöründe ve denetimi yapılamayan küçük işyerlerinde çalışan kadın sayısının oldukça fazla olduğu belirtilmektedir (1, 2, 3).

Ekonomik amaçlı kurulan AB, özellikle çalışan kadınlarla ilgili düzenlemelere önem vermektedir (1, 2). Avrupa Birliği sosyal politikasının temel amaçlarından biri "Kadın ve erkeklere eşit davranılmasını" gerekli kılmaktadır. Bu düzenlemeler, 1957 yılında imzalanan Roma Antlaşması'nın 119.maddesinde aynı işte çalışan kadın ve erkek işçilere eşit ücret ödenmesi prensibinin yer alması ile başlamıştır. 1970'li yıllardan itibaren, "İşe alınma, mesleki eğitim, terfi ve çalışma şartlarında kadın ve erkeklere eşit davranılması", "Tarım da dahil olmak üzere bağımsız çalışan kadınlara ve erkeklere eşit davranılması", "Hamilelik ve analık dönemlerinde kadının korunması ve hamile, yeni doğum yapmış ve emziren kadınların iş sağlığı ile ilgili düzenlemeleri" ile ilgili direktifler çalışan kadını koruyan diğer önemli direktifler uygulamaya konulmuştur (1, 2, 5).

TÜRKİYE'DE KADIN İNSAN GÜCÜ

Türkiye'de çalışma yaşamında kadının yer alması 1950'li yıllardan sonra hızla artmıştır. Bu artışın en önemli nedeni olarak kırdan kente olan göçün beraberinde getirdiğı kentleşme ve işgücü piyasasında kadının yer almaya başlaması olarak gösterilmektedir (1, 2,3).

Türkiye'nin nüfusu yaklaşık olarak 72 milyondur. Bunun 36 milyonu kadın nüfusu oluşturmaktadır. Toplam nüfusun 24 milyonu çalışan nüfustur. Türkiye'de çalışanların %48,1'i hizmet sektöründe ,%26,5'i sanayide ve %25,5'i tarım sektöründe çalışmaktadır Çalışan nüfusun 17 milyonunu erkek çalışanlar oluştururken, sadece 7 milyonunu kadın çalışanlar oluşturmaktadır. Bu nüfusun sadece 3 milyonu "ücretli" olarak çalışmaktadır. Diğerleri ise kendi hesabına ve ücretsiz aile işçisi olarak çalışan kadınlardan oluşmaktadır. Tarım sektöründe yaklaşık olarak 6 milyon kişi çalışmaktadır. Bunların 3 milyonu ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır ve bu nüfusun %79'unu kadınlar oluşturmaktadır. Kadınlar arasında işsizlik oranı %14,3 dür. Genç kadınlar arasında ise bu oranın %25 gibi yüksek bir oran olduğu görülmektedir. Türkiye'de aktif kadın nüfusunun ancak %26'sı işgücüne katılmaktadır. Çalışan kadın statüsünde sayılmayan 15 yaş üstü 12,2 milyon kadın "Ev kadını" olarak tanımlanmaktadır. Bir ev kadını ortalama 5 kişinin bakımından sorumludur (5, 11).

Türkiye'de kadın ve erkekler için eşit fırsatlar oluşturma süreci, 1923 yılında Türkiye Cumhuriyetinin kurulması ile başlamıştır. Ülkemizde kadın ve erkekler arasında eşit fırsatlar yaratma konusunda özel bir yasa olmamasına karşın başta Anayasa ve 4857 sayılı iş kanunu olmak üzere kadınların korunmasını sağlayan yasal düzenlemeler vardır. Avrupa Birliği uyum sürecinde AB Müktesebatına Uyum Ulusal Programı dahilinde yapılan değişikliklerle çalışma mevzuatımız yukarıda sözü edilen AB direktifleri ile uyumlu hale getirilmiştir (1,2).

Türkiye'de 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel sağlık Sigortası Kanunu" ile sosyal güvenlik sisteminde değişiklik yapılmış ve SSK,Bağ-Kur ve Emekli sandığı Kurumları tek çatı altında toplanmıştır.Hizmet akdi ile çalışanlar ve kendi nam ve hesabı için çalışanlarda bu kanun kapsamına alınmıştır.Ayrıca 2926 sayılı "Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu" ile tarım iş kolunda çalışanlar da koruma altına alınmıştır (2).

ÇALIŞMANIN KADIN SAğLIğI ÜZERİNE ETKİLERİ

1. Ruhsal Sorunlar

Nedenleri

Rol çeşitliliği: Çalışma hayatında aynı rol ve sorumluluklara sahip kadın ve erkekler, ev yaşamı ile ilgili sorumluluklarda farklı rollere sahiptirler. Kadınların ev yaşamında; ev işleri, alışveriş,çocukların bakımı,yaşlıların bakımı vb. işlerle ilgili çok ağır rol ve sorumlulukları vardır. On çalışan kadının 6'sının çocuklarının 6 yaş ve altında olduğu belirlenmiştir (5, 6, 7). Kadınlar günlük çalışma saatleri dışında ücretsiz ev işçisi olarak çalışmaktadırlar. Bunun sonucunda uykusuzluk ve kronik yorgunluk en sık rastlanan sorunlardır. Bu sorunlar iş yaşamını da olumsuz etkileyerek stres, iş veriminde düşme ve iş kazalarına neden olabilmektedir. Vardiyalı çalışmak zorunda olan kadınlarda bu sağlık sorunlarının daha etkili olduğu belirtilmektedir (3, 6, 7).

Kadınların çalıştığı işlerin yapısı (part-time (yarı zamanlı),geçici,ev içi,evde üretim vb.): Son yıllarda yarı zamanlı işler; çocuğu veya bakmakla yükümlü olduğu yakınları olanlar,eğitimi devam edenler ve emekli kadınlar tarafından tercih edilmektedir. Ancak bu tür işlerde çalışmanın; düşük ücret, yıl sonu tatili, sağlık güvencesinin ve yan ödemelerin olmayışı gibi olumsuz yönleri vardır (3, 6, 7).

Geçici işlerde çalışanlar, sürekli olarak aynı işte çalışmama ve farklı işlerde çalışma nedeniyle stres altında kalma riski ile karşı karşıyadırlar. Ayrıca işini kaybetmemek için fazla mesai yapma, fazla çalışma, yetersiz sosyal olanaklar gibi koşullarla çalışabilmektedirler.

Ev işlerinde çalışan kadınlar; kimyasalların yan etkileri ve kazalar ile karşılaşabilmektedirler (3, 6, 7).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sözel/davranışsal taciz: Çalışma ortamında kadınların maruz kaldığı taciz olayları, aile içi taciz olaylarına göre daha yüksek orandadır.Kadınlara yapılan tüm taciz olaylarının %46'sı işyerinde meydana gelmektedir.Erkeklerin ağırlıkta çalıştığı ağır sanayi iş kollarında kadınlara yapılan tacizler işyeri tacizlerinin %24'ünü oluşturmaktadır. Fiziksel, davranışsal tacizin sonucu, fiziksel yaralanmalar, ruhsal travmalar ve ölüm görülebilmektedir (3, 6, 7).

Ayrımcılık: Çalışan kadınlar iş ortamında erkeklerle aynı işi yapsalar bile, düşük ücret, terfi alamama,kişisel gelişim için yeterli olanaklardan yararlanmama,erkek çalışanlar tarafından dışlanma, hamilelik,adet,loğusalık dönemlerinde izin alamama ve iş ile ilgili uygun düzenlemelerin yapılmaması gibi ayrımcılıklarla karşı karşıya kalmaktadırlar (3, 6, 7).

2. Ergonomik Tehlikeler

Tekrarlayan ve fiziksel güç gerektiren işler ve bu işlerin yapılması sürecinde kullanılan araç gereçlerin kullanılması kas iskelet sistemi ile ilgili sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Özellikle ofis işlerinde, sağlık sektöründe ve tekstil iş kolunda çalışan kadınlarda bel,sırt,omuz ağrıları sıklıkla görülmektedir. Tendonit,carpal tunnel sendromu,diks hernisi gibi hastalıklar oluşabilmektedir. Öztürk ve Esin tarafından dikiş makinesinde çalışan kadınlarda KİS ile ilgili semptom görülme sıklığı %65 bulunmuştur (7). Gözen ve Esin tarafından yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde yapılan diğer bir çalışmada ise KİS semptomu görülme sıklığı %95,9 olarak bulunmuştur (9).

3. Kişisel Koruyucu Donanımlar İle İlgili Sorunlar

Kişisel koruyucu donanımların çoğunluğu kadınların fiziksel ölçülerine uygun üretilmediği için, kullanımı sırasında zorluklar yaşanmakta ya da kullanılmamaktadır. Bu nedenle işyeri tehlikelerine maruz kalma riski artmaktadır (6).

4. Üreme Sağlığı İle İlgili Sorunlar

İşyeri ortam faktörlerinden kimyasal maddelerin üreme sağlığı üzerinde olumsuz etkileri sonucu, kadın çalışanlar arasında düşük, erken doğum, konjenital anomaliler, sterilite vb hastalıklar görülmektedir. Kimyasal maddeler, ısı,radyoaktif maddeler,kemoterapik ajanlar,dezenfektanlar,gürültü vb. işyeri tehlikeleri özellikle gebelik,loğusalık,emzirme döneminde olan kadınları olumsuz etkilemektedir (6, 8, 10).

5. Yaşlılık

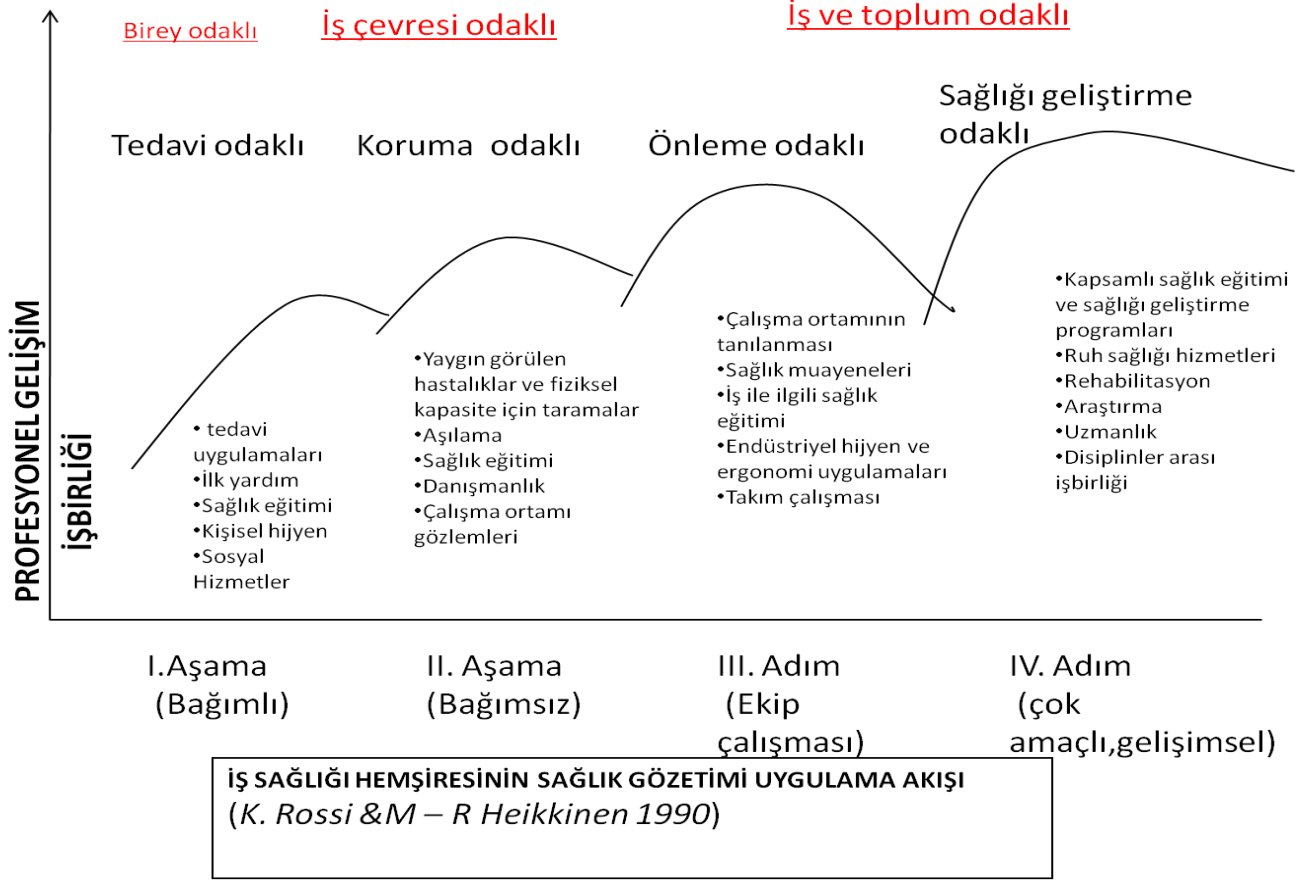
Çalışma hayatında yaşlılık açısından yaş sınırı konusunda kesin bir tanımlama olmamasına rağmen, genellikle 55 ve üzeri yaş grubunda çalışanlar yaşlı çalışan olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde; görme, işitme, hareket ve mental fonksiyonlarda azalma, kalp-dolaşım sistemi hastalıkları, diyabet vb. hastalıklarda artış görülmektedir (6, 8).

KADIN ÇALIŞANLAR VE İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMALARI

Kadın çalışanlar sadece işyeri sağlık birimi olan işyerlerinde değil, işyeri sağlık birimi olmayan küçük işyerlerinde, ev ortamında,tarla ve bahçe gibi alanlarda çalışabilmektedirler. Bu nedenle geniş açıdan ele alındığında çalışan kadına sunulacak hemşirelik hizmetleri halk sağlığı hemşireliği uygulamaları arasında yer almaktadır. Halk sağlığı hemşireliğinin önemli bir çalışma alanı olan iş sağlığı hemşireliği, tüm çalışanların sağlığını koruma ve geliştirme üzerine odaklanan ve iş sağlığı biliminin temel ilkelerini benimseyen bir bilim dalıdır. Ev ortamında çalışan kadına yönelik hizmetler halk sağlığı hemşireleri tarafından sunulabilir. İş sağlığı hemşirelerinden danışmanlık alınabilir. Bunun dışındaki alanlarda çalışan kadınlara sunulacak hemşirelik hizmetleri iş sağlığı hemşireleri tarafından sunulmalıdır. Bu bağlamda Türkiye'de yapılandırılmaya çalışılan "Temel iş sağlığı hizmetleri" modelinin uygulamaya konması iş sağlığı hemşirelerinin çalışan kadınlara ulaşmasını sağlayabilecektir (4,7,8,9).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İş sağlığı hemşirelerinin uygulama temel ilkeleri (şekil-1), Avrupa Bölgesi İş Sağlığı Hemşireliği Federasyonu (Federation of Occupational Health Nurses within the European Union/ FOHNEU) tarafından geliştirilmiştir (4).



Şekil 1. İş sağlığı hemşireliği temel uygulama süreci

Kaynak: <http://www.fohneu.org>

Çalışan kadınların sağlığını koruma ve geliştirme amacıyla sunulacak iş sağlığı hemşireliği hizmetleri aşağıda belirtildiği gibi gruplanabilir (4, 7, 8, 9).

1. KORUMA ODAKLI UYGULAMALAR

- Kadının sosyal statüsünün geliştirilmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik düzenlemelerin Uygulamaya konması ve denetlenmesinin izlenmesi, kadınların sosyal ve çalışma hakları konusunda eğitilmesi
- Çalışma ortamı tehlike ve risklerinin ve bireysel sağlık risklerinin belirlenmesi
- Yaşa ve bireye özel aşılarda yapılması
- Yapılan iş, tehlikeleri, koruma yolları ile ilgili eğitimlerin yapılması
- İşe giriş ve periyodik muayenelerin yapılması
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmaya yönelik olarak işyeri sağlığı geliştirme programlarının planlanması

- Bireye özel danışmanlık

2. ERKEN TANIYA YÖNELİK UYGULAMALAR

- Olası meslek hastalıkları açısından erken tanı taramalarını yapılması
- İşe bağlı olmayan genel sağlık sorunlarının erken tanısına (meme/serviks/kolon kanseri,Kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları,diyabet vb.) yönelik tarama programlarının planlanması
- İlk yardım ve hastalıklarda bakım
- Hastalık ve tedavi danışmanlığı
- İzlem
- Vaka yönetimi

3. REHABİLİTATİF UYGULAMALAR

- İşe uyum ve değerlendirme
- izlem
- Vaka yönetimi
- Sağlık eğitimi danışmanlık

Sonuç olarak; Çalışma yaşamı içinde aktif rol alan kadının iş koşulları, sosyal yaşam, sağlık ile ilgili birçok sorunları vardır. Türkiye’de yasal düzenlemeler açısından olumlu düzenlemeler yapılmış olmasına karşın uygulamada sorunlar devam etmektedir. Çalışan kadının bulunduğu her ortama iş sağlığı hizmetleri götürülmeli ve kadınların bu hizmetlerden yararlanması sağlanmalıdır. İş sağlığı hizmeti sunan ekip içerisinde yer alan iş sağlığı hemşireleri tüm çalışanlara iş sağlığı hizmeti sunmada etkin rol oynayabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Berber,M.,Eser,B.Y. (2008) Türkiye’de kadın istihdamı: ülke ve bölge düzeyinde sektörel analiz,Endüstri ilişkileri ve insan kaynakları dergisi,10:2.
2. Bolcan,A.E. (2010) Avrupa Birliği Direktifleri Işığında Türk Çalışma Mevzuatında Kadın,Çalışma ve Toplum Dergisi,1:1,253,274.
3. Esin, M.N., Öztürk, N.(2005). Çalışma Yaşamı ve Kadın Sağlığı, *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ağustos-Eylül, 38-42.
4. Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (FOHNEU) (2012) Core curriculum. <http://www.fohneu.org>, Erişim tarihi: 29.08.2012
5. International Labor Organization Statistics (ILO) (2012). www.ilo.org.../wemploymentstatistics Erişim tarihi: 01.08.2012
6. Levy,B.S.,Wegman,M.D.(2000). Occupational Health: Recognizing and preventing Work-related Disease and Injury.Fourth Edition,Lippincott Williams&Wilkins,Philadelphia,USA.
7. Öztürk, N., Esin, M.N.(2011). Investigation of Musculoskeletal Symptoms and Ergonomic Risk Factors among Female Sewing Machine Operators in Turkey, International journal of industrial ergonomics, 41, 585-591.
8. Rogers, B., 2003. Occupational Health Nursing: Concepts and Practice. Saunders Company, 2nd ed. USA

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

9. Sezgin, D. (2012). Yoğun Bakımda alışan Hemşirelerin Kas İskelet Sistemi ile İlgili Sağlık Sorunları ve İlişkili Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
10. şimşek, Z.(2011). Mevsimlik Tarım İşçilerinin ve Ailelerinin İhtiyaçlarının belirlenmesi Araştırması Raporu . Harran Üniversitesi ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu,Nisan,şanlıurfa.
Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) (2012). www.tuik.gov.tr/altKategori.do.us_d_11 Erişim tarihi: 11.08.2012.
11. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) (2012). www.tuik.gov.tr/altKategori.do.us_d_11 Erişim tarihi: 11.08.2012.

OBEZİTE VE KRONİK HASTALIKLARDA RİSK GRUBU KADINLAR

Prof.Dr. Nursen NAHCİVAN,

İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Giriş

Kronik hastalıklar ve obezite tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artan küresel halk sağlığı sorunlarından. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre diyabet, kalp hastalığı, kronik solunum yolu hastalıkları, inme ve kanser vb. gibi kronik hastalıklar dünyada tüm ölümlerin % 60'ından sorumludur. Ülkemizde yaklaşık 22 milyon erişkinin bir veya birden fazla kronik hastalıkla yaşadığı ve 2002 yılındaki ölümlerin % 79'unun kronik hastalıklara bağlı olduğu belirtilmektedir. Kronik hastalıklar için önemli bir risk faktörü olarak tanımlanan obezite eşlik eden hastalıklardan bağımsız olarak mortaliteyi artıran nedenlerin başında gelmektedir. Dünyada 1.4 milyarın üzerinde insan aşırı kiloludur ve obezite yaklaşık 300 milyonu kadın olmak üzere 500 milyondan fazla insanı etkilemektedir. Obezite ve aşırı kilo dünyada ölüme yol açan riskler arasında beşinci sıradadır. En az 2.8 milyon yetişkin her yıl obezite ya da aşırı kilonun yol açtığı sebeplerden dolayı ölmektedir. Obezite hastalık yükü açısından diyabetin % 44'ü, iskemik kalp hastalığının % 23'ü ve çeşitli kanserlerin % 7-41'inden sorumludur (Akalin 2012, SB 2010, Tam ve Çakır 2012, WHO 2012).

Türkiye Obezite ve Şişmanlık ile Mücadele Kontrol Programı 2010-2014 raporunda ülkemizde yetişkinlerde obezite prevalansının 20 yaşından 45 yaşına kadar doğrusal olarak arttığı, 45-65 yaş arasında plato çizdiği ve 65 yaşından itibaren ileri yaş gruplarında belirgin olarak azaldığı belirtilmektedir. Türkiye Obezite Araştırma Derneği tarafından 2000-2005 yıllarında yapılan ve 6 ili kapsayan geniş çaplı araştırmada, 20 yaş üstü bireylerin % 29.5'inin obez olduğu, obezitenin erkeklere (%21.8) göre kadınlarda (% 36.9) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. DSÖ verilerine göre kronik hastalık görülme ve ölüm oranları yönünden kadın ve erkeklerde benzerlik olmakla birlikte, obezite prevalansı kadınlarda giderek artmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre de obezite kadın nüfusta giderek artmaktadır. Ülkemizdeki son 10 yıldaki artış oranı % 5.1'dir (Bağrıaçık 2009, SB 2010, WHO 2012).

Obezite özellikle kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, uyku apnesi, kanser, osteoartrit, safra kesesi hastalıkları ve çeşitli sağlık problemleri için majör risk faktörüdür (Dennis 2007, SB 2010). Genel nüfus içinde kadınlarda obezite ve fazla kilolu olmanın giderek artması kadın sağlığı için önemli bir tehdittir ve halk sağlığı çalışanları için mücadele edilmesi gereken önemli bir konudur. Sağlık bakım profesyonellerinin obezitenin sağlık sonuçlarını anlamaları ve obeziteyi önleyen stratejileri uygulamaları, obezite ve kronik hastalıkların azaltılmasında oldukça önemlidir. Bu sunumda kronik hastalık için bir risk faktörü olan obezitenin kadın sağlığına olan etkilerini ortaya koymak ve obezitenin önlenmesinde halk sağlığı hemşirelerinin uygulayabileceği stratejileri tartışmak amaçlanmıştır.

Obezite Değerlendirmesi ve Risk Faktörleri

Obezite vücutta anormal ya da aşırı ölçüde yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Obezite değerlendirilmesinde ise yaygın olarak Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılır. BKİ bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesi ile elde edilen bir değerdir. DSÖ tarafından BKİ'ne göre yapılan

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sınıflamaya göre BKİ ≥ 30 ve üstü olanlar farklı derecelerde olmak üzere obez olarak değerlendirilirler. BKİ vücutta aşırı yağ miktarını göstermekle birlikte fazla yağın dağılımı hakkında bilgi vermez. Son yıllarda vücuttaki toplam yağ miktarından çok yağın vücutta bulunduğu bölge ve dağılımının önemli olduğu ve bu durumun hastalıklar ve ölümlerle ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle bel-kalça oranı vücuttaki aşırı yağın dağılımını sınırlı da olsa anlamak için kullanılabilen basit bir değerlendirme yöntemidir. DSÖ'ne göre bel-kalça oranı kadınlarda 0.85'den erkeklerde 1'den fazla olması obezite olarak kabul edilmektedir. Tek başına bel çevresi ölçümünün erkeklerde 94 cm, kadınlarda 80 cm ve üzerinde olması hastalık riskinin artmasına neden olmaktadır. Yetişkinlerde bel çevresi ölçümüne göre hastalık oluşumunda yüksek risk sınırı erkeklerde 102 cm ve kadınlarda 88 cm ve üzeridir ((Tam ve Çakır 2012, SB 2010,WHO 2012).

Obezitenin oluşmasında en önemli nedenler olarak *aşırı ve yanlış beslenme* ile *fiziksel aktivite yetersizliği* belirtilmekle birlikte, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, sosyo-kültürel ve psikolojik etmenler, hormonal, genetik ve metabolik etmenler, sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama, sigara-alkol kullanımı, kullanılan bazı ilaçlar, doğum sayısı ve doğumlar arası süre vb. obezitenin oluşmasında etkisi olduğu düşünülen diğer nedenlerdir. Ayrıca yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şeklinin ve çocukluk döneminde kazanılan beslenme alışkanlıklarının obezitenin gelişmesindeki etkisi göz ardı edilmemelidir. Yapılan çalışmalarda obezite görülme sıklığının anne sütü ile beslenen çocuklarda daha düşük olduğu, anne sütü verme süresinin, tamamlayıcı besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanlarının obezite oluşumunu etkilediği bildirilmektedir. Kadınlarda obezite artışına neden olan etkenler ise "gebelikte alınması gerekenden fazla kilo alınması, oral kontraseptif kullanımı, östrojen etkisi, sosyal yaşamdaki kısıtlılıklar ve sınırlı fiziksel aktivite düzeyi" vb. sayılmaktadır (Tam ve Çakır 2012, Ryan 2007, SB 2010).

Kadın Sağlığında Obezite ve Kronik Hastalıklar

Obezite kadın yaşamının her evresinde sağlığını olumsuz olarak etkiler. Obezite genç kadınları psikososyal yönden etkilerken yaşla birlikte üreme sağlığını ve kronik hastalıkların gelişimini etkiler. Üreme sağlığına yönelik en önemli etkiler arasında *siklüs bozuklukları*, *infertilite*, *infertilite tedavisi süreçlerinde başarısızlık* ve *polikistik over sendromu* riskinin artması gelir. Obezite gebeliğin erken dönemlerinde ultrason incelemelerinde güçlük yaratabilir ve düşük gibi tıbbi komplikasyonlara yol açabilir. Yanı sıra gebelik dönemindeki obez kadınlarda *yüksek kan basıncı* ve *preeklampsisi*, *gestasyonel diyabet*, *tromboembolik hastalık*, *fetal distres*, *sezeryan doğum*, *ölü doğum*, *doğum sonu enfeksiyon* ve *kanama*, *konjenital anomali* vb. görülme riski fazladır (Ryan 2007, Kulie ve ark.2011).

Kadınlarda yaş arttıkça obezite ile ilişkili kronik hastalık riski de artar. Obezitenin *diyabet* ve *koroner kalp hastalığı* için önemli bir risk faktörü olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Araştırma kanıtları, riskin artan yağ oranı ile birlikte insülin direncinin artmasından kaynaklandığını, BKİ arttıkça diyabet görülme riskinin arttığını, cinsiyet yönünden kadınlarda daha fazla olduğunu ve diyabet riskinin obezite derecesi ve süresi ile arttığını göstermektedir. Framingham çalışması kapsamında izlenen kohortlarda açlık kan örnekleri incelenmiş ve BKİ ile kardiyovasküler hastalık belirleyicileri (fibrinojen, faktör VII, plazminojen inhibitör faktör) arasında doğrusal ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada obez kişilerde ven trombozu riski de yüksek bulunmuştur (Kulie ve ark. 2011, Nejat ve ark. 2010).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Fazla kilolu ya da obez olma bazı *kanser* tipleri için riski artırmaktadır. Bu kanserler her iki cinsiyeti (kolon, safra kesesi ve böbrek) etkileyebildiği gibi kadına özel kanserleri (endometrial ve meme) de kapsar. Obezitenin meme ve jinekolojik kanserlerin gelişiminde bir risk faktörü olduğu ve yüksek BKİ'nin hayatta kalmaya olumsuz etkisi olduğuna ilişkin çeşitli kanıtlar ileri sürülmektedir. Kanser tanısı konmuş obez kadınların hayatta kalma şansının daha geç tarama yaptırma, eşlik eden başka hastalıklar ya da kanser tedavisine kötü yanıt nedeniyle azaldığı ileri sürülür. Ayrıca obez kadınlarda cerrahi ve radyoterapi komplikasyonlarının daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Dennis 2007, Ryan 2007).

Prmenopozal ve postmenopozal kadınlarda obezite ile endometrium kanseri arasında ilişki(%40) olduğu, uterus kanserinden ölümlerin BKİ ile arttığı ileri sürülmektedir. Bir meta analiz çalışmasında BKİ'deki 5 birimlik artış endometrial kanser geliştirme riskini %59 oranında artırdığı bulunmuştur. Hollanda'dan bir çalışmada BKİ 30 ve üstünde olan kadınların BKİ 20-22.9 olan kadınlarla karşılaştırıldığında endometrial kanser geliştirme riskinin 4.5 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Normal ağırlıkta olanlarla karşılaştırıldığında BKİ 40 üstünde olan kadınlarda endometrial kanserden ölüm riski 6.25 dir. Over kanseri ve obezite bağlantısını gösteren veriler ise karışıktır (Nejat ve ark. 2010).

Çeşitli çalışmalarda obez kadınların yetersiz erken tanı ve tarama davranışları nedeniyle *servikal kanserden* ölüm oranlarında ve hastalık insidansında artış olduğu belirtilmektedir. Araştırma kanıtları post menopozal dönemdeki kadınlarda obezite ile *meme kanseri* ilişkisini gösterirken. BKİ'nin pre ve post menopozal kadınlarda meme kanseri insidansına etkileri değişmektedir Kadınlarda kilo vermenin kanser riskine etkisini inceleyen çalışmalar ise farklı sonuçlar göstermektedir (Dennis 2007, Nejat ve ark. 2010).

Safra taşları nedeniyle oluşan *safra kesesi hastalıkları* obez hastalarda daha sıklıkta görülen diğer bir ikincil hastalık nedenidir. BKİ artışıyla safra taşları arasında doğrusal ilişki olduğunu ve BKİ 24'den az olanlarla karşılaştırıldığında BKİ 45'den fazla olan kadınlarda safra kesesi hastalıklarının 7 kat daha fazla arttığını gösteren kanıtlar vardır (Nejat ve ark. 2010).

Kas-iskelet sistemindeki ağrı kadınlarda obezitenin yol açtığı sonuçlardan bir diğeridir. Kadınlarda diz osteoartriti ve bel ağrısı gelişiminde kas iskelet sistemine olası mekanik baskıların etkisi olduğu ileri sürülmektedir. Çalışmalar diz eklemine artrit tanısı konan kadınların bu tanıyı almayan kadınlardan daha yüksek oranda (%24) BKİ değerlerine sahip olduklarını göstermektedir. BKİ'deki her 2 birimlik artış diz osteoartriti riskini %36 artırmaktadır (Dennis 2007, Nejat ve ark. 2010).

Kadınlarda yaşlanma ile birlikte obezite *bilişsel ve psikososyal* fonksiyonları olumsuz etkilemektedir. Özellikle 69-78 yaş arası kadınlarda metabolik sendrom ve Alzheimer hastalığı riski arasında kuvvetli ilişki olduğu gösterilmiştir. Psikososyal etkiler olarak en fazla depresyon ile obezite ilişkisi incelenmiştir. Kadınlarda obezite ile depresyon arasındaki ilişki tartışmalı olmakla birlikte sosyal etiketlenmenin kadında benlik saygısının düşmesine ve dolayısı ile depresyon oluşumunda etkisi olduğu belirtilmektedir. Ayrıca kilolu olmanın kabul gördüğü toplumlarda daha az psikolojik etkinin gözlemlendiği ileri sürülmektedir. Başka bir teoriye göre obezite stresli bir durum değildir, fakat sürekli diyetle uyma ya da formda kalma baskısı kadında depresyona yol açabilmektedir (Nejat ve ark. 2010, Ryan 2007).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Kadın Sağlığında Obezitenin Önlenmesi /Kontrolünde

Halk Sağlığı Hemşireliği Stratejileri

Günümüzde “diyet, egzersiz, davranış değişikliği, ilaç ve cerrahi tedavi” yöntemleri ile obezitenin tedavisi ve yönetimi mümkün olmakla birlikte, günümüzde bireyin yaşam kalitesine, hastalık yüküne ve sağlık harcamalarına olumsuz etkileri nedeniyle obeziteden korunma ve önleme daha fazla önem kazanmaktadır. Ülkemizde obezite ile mücadele 2006 yılında ulusal sağlık politikası kapsamında ele alınmış ve bu doğrultuda politikalar/ ulusal eylem planları oluşturulmuştur (SB 2010). Obezite kontrolü ve mücadelesindeki stratejiler temelinde “toplumun sağlıklı besinlere ulaşabilirliğini ve sağlıklı besin seçimini sağlamaya, anne sütü ile beslemeyi desteklemeye, toplumda fiziksel aktiviteyi geliştirme ve desteklemeye” odaklıdır (Khan ve ark.2009).

Sağlık profesyonelleri için obeziteyi önleme ve yönetme karmaşık konulardır. Buradaki karmaşa ve güçlük, obezitenin oluşumunda pek çok faktörün etkili olmasından kaynaklanmaktadır. Farklı toplum gruplarıyla çalışan halk sağlığı hemşirelerinin özellikle kadın sağlığı yönünden obezite kontrolü ve önlemine yönelik stratejileri aşağıda iki başlıkta sunulmuştur:

1.Farkındalık geliştirme stratejileri: İki yönlüdür. Öncelikle halk sağlığı hemşireleri obeziteye yol açan etmenlerin özellikle cinsiyete özel farklılıkların farkında olmalıdırlar. Bu farkındalık obeziteyi önleyen girişimleri şekillendirmede kolaylaştırıcı olacaktır. Araştırmalar kadınların beslenme, sağlıklı diyetler uygulama ve kilo kontrolü konusunda daha ilgili olduklarını; yiyecek alışverişi ve hazırlığında daha fazla sorumluluk aldıklarını; daha küçük porsiyon yeme eğiliminde ve kilo alma konusunda daha endişeli, istemeden aldıkları fazla kalorileri harcamalarının fiziksel aktivite sınırlılıkları nedeniyle daha zor olduğunu; ailedeki bakım verme sorumluluklarının fazlalığı, güvenli fiziksel aktivite alanlarının yetersizliği ve toplumda kabul görmede yaşanan sorunlardan dolayı daha az fiziksel aktivite yaptıklarını göstermektedir (Gray ve ark. 2006, Kumanyika ve ark.2008,NICE 2006).

Halk sağlığı hemşireliğinin farklı uygulama alanlarındaki kadınların obezite nedenleri ve sağlığa etkileri konusunda farkındalıkları geliştirilmelidir. Bu konuda yapılabilecek en uygun girişimler birey ve toplum düzeyinde *obezite tanılması ve tarama programları ile sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlıktır*. Sağlık birimlerinden hizmet almaya gelen kadınların yanı sıra özellikle alışveriş merkezleri, semt pazarları, halk eğitim merkezleri, dini ve sosyal toplantılar gibi kadın gruplarına ulaşımın kolay olduğu yerlerde sağlık eğitimi programları ve sağlık fuarları düzenlenebilir. Böylelikle kilo almanın daha fazla görüldüğü 18-40'lı yaşlardaki kadınlara basit ve pratik değerlendirme yöntemleri öğretilerek kilo kontrolünde daha aktif olmaları sağlanabilir. Bireysel risklerin yanı sıra toplumda obezitenin önlenmesinde rolü olan kurum ve kuruluşların (belediyeler, kara yolları, okul ve işyerleri vb) sağlıklı besin sağlama, gıda denetimleri, yeterli ve güvenli fiziksel aktivite alanları oluşturma ve sürdürme vb. gibi konulardaki sorumlulukları hakkında da farkındalık eğitimleri yapılmalıdır.

2.Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirme stratejileri: Bu alanda en belirgin iki konu *sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırma ve kilo yönetimidir*. Her şeyden önce insanların yaşam biçimlerini değiştirip değiştirmeme ya da önerilenleri kabul edip etmeme konusunda özgür oldukları kabul edilmelidir. Bireylerin yaşamlarında değişiklik yapma konusunda hazır oluştukları değerlendirilmelidir. Bireylerin gereksinimleri, tercihleri, çevre koşulları göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşam biçimi değişiminde etkisi olan engeller (yiyecekleri satın alma, pişirme, diyet ve egzersizin sağlığa etkileri konusunda bilgi eksikliği; sağlıklı besinlere ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

egzersiz fırsatlarına ulaşılabilirlik ve maliyet; aktivite alanlarında güvenlik sorunları, kişisel tatlar, aile ve toplumdaki görüşler, düşük benlik düzeyi ve yetersiz giriş genlik vb) belirlenmelidir (NICE 2006).

Halk sağlığı hemşireleri kadınlarda sağlıklı beslenme ve kilo yönetiminde (sağlıklı kiloyu sürdürme ve kilo vermeyi kapsayan) davranış değişikliği yaratmak için iyi iletişim temelinde, bireyin gereksinimlerine yönelmiş kanıt temelli bilgiyi kullanmalıdırlar. Fazla kilonun yol açabileceği sağlık risklerini bireylerle açık olarak konuşmak koruyucu bakımın en önemli parçasıdır. Ancak sadece hastalara kilo verme tavsiyesinde bulunmak tek başına yeterli değildir. Bazı açıklamalar yapmadan kilo verme ve yönetimi ile ilgili tavsiyeler hastalarda hayal kırıklığı ve kilo vermede güçlük yaşatabilir. Davranış değişimi konusunda çalışan hemşirelerin gerekli ve uygun eğitimi almış olmaları gerekir. Obeziteye özelleşmiş eğitilmiş hemşireler olmakla birlikte halk sağlığı hemşirelerinin sağlıklı beslenme ve kilo kontrolünü sağlayacak şekilde temel düzeyde bilgi ve beceriye sahip olması önemlidir. Bireye özel beslenme danışmanlığı gerektiğinde diyetisyene sevk yapılmalıdır. Ciddi obezite gelişmiş hastalarda ilaç tedavisi verilmişse ilaçların etki ve yan etkileri vb. hakkında bilgi sunulmalıdır (Stramiello 2009).

Sonuç olarak fazla kilo ve obezite kadınlarda giderek artan önemli bir sağlık riskidir. Halk sağlığı hemşireleri kadınlarda obezite risk etkenleri konusunda ve cinsiyet farklılıklarının farkında olarak obezitenin önlenmesi ve kontrolüne yönelik uygulayacağı stratejiler ile bireylerde fazla kilonun yol açtığı birçok olumsuz durumların oluşmasını engelleyebilirler.

KAYNAKLAR

Akalın,H.E. (2012).Dünyanın En Önemli Sağlık Sorunu:Kronik Hastalıklar. Sağlık Politikaları Üzerine. <http://www.saglikpolitikolari.org/index.php/konular/92-kronik-hastaliklar/85-dunyanin-en-onemli-saglik-sorunu-kronik-hastaliklar>

Bağrıaçık,N. (2009). Obesity profile in Turkey. Türkiye Obezite Araştırma Derneği, <http://www.obezitearastirma.org/Calismalarimiz.aspx?MenuID=2&ID=66>

Dennis,K.E. (2007). Postmenopausal women and the health consequences of obesity. *JOGNN*, 36:511-519.

Gray,A.D., Power,M.L., Zinberg,S.(2006). Assessment and management of obesity. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 61(11):742-748.

Khan,L.K., Sobush,K.,Keener,D.,Goodman,K.,Lowry,A.,Kakietek,J.,Zaro,S. (2009). Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States. *CDC Recommendations and Reports*, 58(RR07); 1-26. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5807a1.htm>

Kulie,T., Slattengren,A., Redmer,J., Counts,H., Eglash,A., Schrage,S.. (2011). Obesity and women's health: An evidence-based review. *J Am Board Fam Med*, 24 (1):75– 85.

Kumanyika, S.K., Obarzanek, E., Stettler, N., Bell, R., Field,A.E., Fortmann, S.P., Franklin, B.A., Gillman, M.W., Lewis,,C.E., Poston,W.C., Stevens, J., Yuling Hong, Y. (2008). Population-based prevention of obesity: The need for comprehensive promotion of healthful eating,physical activity, and energy balance. *Circulation*.118:428-464. <http://circ.ahajournals.org/> by guest on August 23, 2012 .

Nejat,E.J, Polotsky,A.J., Pal,L. (2010). Predictors of chronic disease at midlife an beyond-the health risks of obesity. *Maturitas*, 65: 106-111.

NICE Clinical Guidelines (2006). Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. *No. 43*, Centre for Public Health Excellence at NICE (UK);

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

National Collaborating Centre for Primary Care (UK).

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0041751/pdf/TOC.pdf>

Public Health Agency of Canada (2011). Obesity in Canada: A Joint Report From the Republic Health Agency Of Canada and The Canadian Institute For Health Information. <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-eng.pdf>

Ryan,D. (2007). Obesity in women: a life cycle of medical risk. *International Journal of Obesity*, 31: 3-7.

Sağlık Bakanlığı (2010). Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele Ve Kontrol Programı (2010-2014). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, SB Yayın No: 773.

Satman, İ., TURDEP Çalışma Grubu (2010). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II):n Sonuçlar. www.turkendocrin.org/files/fileD_156.pdf

Stramiello,G.M. (2009).Weight management strategies for women. *AWHONN*, <http://nwh.awhonn.org>, DOI: 10.1111/j.1751-486X.2009.01459.x

Tam, A.A., Çakır,B. (2012). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 12(1):37-41.

World Health Organization (2012). Obesity and Overweight Fact Sheet No:311, Geneva, WHO. May 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html#>

TÜRKİYE'DE SAğLIK REFORMLARININ TARİHSEL GELİŞİMİ

Ferruh N Ayoğlu

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Eşeyli Üremenin Temel Dinamikleri, Kapitalist Üretim İlişkileri ve Sağlık Reformlarının Ortaya Çıkışı

Eşeyli üremenin görece istisnai örnekleri bir yana bırakılırsa, yeni bir yaşamın ortaya çıkabilmesi için iki eşey hücrenin bir araya gelmesi, birleşmesi gerekiyor. Sermaye birikimi ve artı-değer üretimi de tarihsel sürecin kendi evrim öyküsünün özel bir diliminde bir araya geldiler. Ancak, bir araya gelen iki eşey hücrenin başlayacak yaşam öyküsünün devamı için en azından iki ana öğeye daha gereksinim var. Bunlardan birisi, “yeni”nin yaşamını sürdürdürebileceği uygun çevresel koşullar. Söz konusu uygun koşulları sağlayan özel mülkiyet hakkı oldu. Gerekliliklerden ikincisi, yeniye yaşama bağlayacak, yenidoğanın yakalama-emme refleksi gibi, temel güdülerdi. Bu bağlamda da, “karın maksimizasyonu” ve “sınırsız büyüme” isteği üstlendi rolü. Ancak, kapitalist üretim ilişkileri adını alan ve her sistem gibi bir yandan toplumsal gereksinimleri karşılamaya çalışarak meşruiyetini sağlarken, diğer yandan da kendi sürekliliğini sağlayacak toplumsal üst yapıları oluşturan bu yeni formun bir sorunu vardı. Doğumsal bir anomali gibi, yakasını bırakmayan, tedavisi henüz bulunamamış bir sorun; ekonomik kriz dönemleri. Bu anlamda, yeni, doğduğu andan itibaren gelişim dönemiyle uyumlu motor ve mental gelişmeleri yaşarken, bir yandan da sürekli yoksunluğa giriyor, sermayenin bitmek bilmeyen büyüme ve karını maksimize etme isteği sistemin belirli aralıklarla ekonomik durgunluk/gerileme dönemleri yaşamasına yol açıyor. Doğal olarak, her sistem gibi, kapitalist üretim ilişkileri de her ekonomik depresyon dalgasında kendisini geleceğe taşıyacak, sürekliliğini sağlayacak “yenilenmeyi”, “dönüşümü” gerçekleştirmek zorunda. Bu noktadaki temel adım ise toplumsal ilişkileri ve toplumsal yapılanmayı şekillendiren temel güce, “öz”e, üretim ilişkilerine müdahale etmek.

Neo-liberal ekonomi politikaları da yine böyle bir kriz döneminde ortaya çıktı. “Liberal” politikalar ile güzel ve tatlı günlerini yaşarken krize giren, krizi atlama için bir yandan Taylorist modelin sancılarında kurtulmak, diğer yandan sosyalist cazibenin tehlikeli sularından korunmak için Fordist üretim ilişkilerini oluşturup “sosyal devlet”i kurgulayan kapitalist üretim ilişkileri 1970’lerde “Petrol Krizi” olarak anılan yeni bir küresel kriz ile karşılaştı. Çözüm, güzel, mutlu, liberal günlerin yeniden kurgulanmasıydı; neo/yeni-liberal ekonomi politikaları. Temeldeki karın maksimizasyonu ve sınırsız büyüme güdülerinin etkisiyle yaşama ait her öğeyi metalaştırmak isteyen sermaye, söz konusu “yeni” politikalar ile üç temel öneri geliştirdi: 1) Fordist üretim ilişkilerinin “esnek üretim ve endüstriyel demokrasi” adı verilen yeni bir kurguya dönüştürülmesi, 2) sermayenin sahip olduğu pazarların genişletilmesi ve 3) sermayenin yatırım yaparak karlılığını arttıracak yeni pazarlar açılması.

Doğaldır ki, bu “öneriler bütünü” sosyal devletin de tasfiyesini gerektiriyordu. “Küreselleşme” vitrin adıyla pazarlanacak olan “yeni dünya düzeni” bu üç temel uygulama üzerinde kurgulanacaktı. Sağlık reformları da böyle bir dönemde, sosyal devletin sağlık hizmetlerini kamusal bir sorumluluk ile üstlendiği bir dönemde, tam da sermaye kendisine yeni üretim alanları ararken gündeme geldi; enerji ve silahtan sonra üçüncü büyük “sektör” olduğu vurgulanan sağlık hizmetleri üretimi, diğer adıyla sağlık sektörü ya da sağlık hizmetleri pazarı yeniden “düzenlenmeli” ve serbest piyasa koşullarına açılmalıydı. Bu amaçla da neo-liberal ekonomi politikalarının temel önermelerine sağlık kalınarak sağlık reformları hazırlandı ve topluma sunuldu. Sosyal devlet ile anılan bir önceki dönem, sağlık ve eğitim gibi alanları kamusal bir sorumluluk olarak tanımlayıp/tanıtip, bu alanları kapitalist üretim ilişkilerinin metalaştırma sürecinden bir parça da olsa uzak/korunaklı tutuyordu. Bu anlamda bakıldığında, neo-liberal ekonomi politikalarının sağlık alanındaki temel hedefi “metalaştırma” olarak şekilleniyor.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Şunu rahatlıkla söyleyebiliriz ki, bugün dünya genelinde yaygın bir biçimde uygulandığını gördüğümüz sağlık reformları merkez kapitalist ülkeler ve uluslararası sermaye grupları tarafından üretilmiş, planlanmış ve özenle pazarlanmıştır. Özellikle Dünya Bankası tarafından hazırlanan “sektör analizi” raporları bu anlamda ayrıcalıklı rol oynamıştır. Hazırlanan raporlar toplantılarda tanıtılmış ve anlatılmış, politikacılar ve akademisyenlerin de dahil olduğu çok sayıda kişi tarafından benimsenmiş, gerekliliğine inanılmış, ya da borç sarmalı içerisinde kredi arayan ülkelere Dünya Bankası gibi uluslararası sermaye örgütlerince “şiddetle önerilmiş”tir.

Sağlık reformlarını ortaya çıkartan temel dinamiği anımsayıp, reformların Türkiye özelindeki gelişim sürecini irdelemeden önce bir konuya daha değinmek gerekiyor; sağlık reformlarının ülkeler özelindeki gelişim süreci farklılıklar gösterebilirse de temelde yer alan kurgusu hemen hemen hiç değışmeksizin aynıdır; geçmişte “kamusal” sorumlulukla organize edilen sağlık hizmetleri üretimi pazarının özel sektörün girişı ve serbest piyasa koşulları için hazırlanması, kamu kurum ve kuruluşlarında “işletme kültürü ve davranışı”nın oluşturulması, kamuya ait kuruluşların/işletmelerin özelleştirilmesi, sözleşmeli istihdamın yaygınlaştırılması, performans dayalı ücretlendirme gibi. Şimdi, sağlık reformlarının ortaya çıkışına ve temel uygulamalarına yönelik bu kısa anımsama sonrasında sürecin ülkemiz özelindeki gelişimine geçmek olası.

Sağlık Reformlarının Motor ve Mental Gelişimi: Türkiye Örneği Üzerinden Bir İnceleme

Bu noktada, henüz Türkiye özelinde yaşananlara değinmeye başlamadan önce, oldukça önemli bir olguya değinmek gerekiyor. Küresel sağlık reformlarının Türkiye’deki yansımaları/uygulamaları, birbirini izleyen ardışık uygulamalardan oluşan belirli bir dizgesellik içinde gerçekleşmemiştir. Karmaşanın ardında belirgin bir bütünlük olmakla birlikte, büyük resmi oluşturacak parçalar birbirinden bağımsız, kopuk uygulamalarmış algısı yaratacak biçimde “dağınık” olarak ortaya çıkmıştır. Hatta kimi zaman, aynı kapsamdaki uygulamalarda bile kopukluk yaşanmıştır. Şüphesiz ki, bu gidişatta rol oynayan iç ve dış dinamikler vardır; iç politikada öncelik kazanan sorunlar, koalisyon hükümeti dönemleri, 12 Eylül sonrasında yeniden toparlanan kitle örgütlerinin muhalefetleri bu anlamda sayılabilir. Sağlık reformlarının motor ve mental gelişiminin özellikle Sağlık Dönüşüm Programı ile birlikte, aslında yeniden, yoğun biçimde gündeme taşınması da söz konusu engellerin AKP’nin tek parti hükümeti ile aşılmasına, bu dönemde politika belirleyicilerin kararlılıkla süreci devam ettirmesine ve sonuna yaklaşılana mental gelişimin yerine daha somut izlenebilen, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devri, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ile Sosyal Güvenlik Kurumu’nun yapılandırılması, aile hekimliği uygulaması, performans dayalı ücretlendirme, kamu hastaneleri birliği uygulaması ya da Sağlık bakanlığı’nın yeniden yapılanması gibi motor gelişme aşamalarının hayata geçirilerek ağırlık kazanmasına bağlıdır.

Özel sağlık sektörünün 1981 yılında devletin teşvik edeceği alanlar arasında tanımlanması, 1983 yılında yürürlüğe giren ve 209 Sayılı Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurumları ve Esenlendirme Tesislerinde Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunu değıştiren 2907 Sayılı Kanun, Sağlık Grup Başkanlıklarının yönetim alanının ilçe sınırları ile örtüşürülmesi, değışik tarihlerde yeniden ve yeniden düzenlenen zorunlu hizmet uygulamaları, güdük kaldığı için pek değinilmeyen ancak kamu kuruluşlarında verilen hizmetleri fiyatlandırmayı, kamusal sağlık kuruluşlarına tüzel kişilik kazandırmayı, kamu kurumlarında çalışan hekimlerin mesai dışında kurumlarında özel hizmet verebilmesini hedefleyen 1987 tarihli 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, kamu kurumlarında döner sermayeden istihdamı sağlayan 1989 tarihli 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, 1990 tarihli Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması ve 1. Sağlık Projesi İkraz Anlaşması, 1992’de hazırlanan 3836 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Karşılanması Hakkında Kanun, 1994 tarihli 2. Sağlık Projesi İkraz Anlaşması, 5 Nisan 1994 kararları, 1999’un “15 günde 15 proje” sloganıyla tanıtılan ve belleklere Kemal Derviş Yasaları olarak yerleşen düzenlemeler ve IMF ile imzalanan stand-by anlaşması, 3359 Sayılı Yasa ile Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastanelerinin işletmeleştirilmesi, 2001’de 4618 sayılı yasa ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında döner sermaye uygulamasına başlanması, 2002 tarihli Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Özel Sağlık Hizmetleri Verilmesine Dair Yönerge, 2003 tarihinde açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2004’de Sağlık Bakanlığı ile Dünya Bankası arasında imzalanan Sağlıkta Dönüşüm

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Projesi ve Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 2005 yılında Sağlık Bakanlığı ve UNDP arasında Sağlık Bakanlığına teknik yardım ve operasyonel destek sağlamak amacıyla imzalanan ikraz anlaşması, 2005 yılında SSK hastanelerini Sağlık Bakanlığı'na devreden 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, 2006 tarihli 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 2007'de Dünya Bankası'ndan Piyasa Ortamının Geliştirilmesi programı kapsamında alınan kredi, 2009 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu ile Dünya Bankası arasında imzalanan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi, 2011 tarihli Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Şüphesiz ki eksikleri var listenin, uzatmak olası. Sözünü ettiğimiz kopukluk algısına yol açan, zaman zaman ilintisiz gibi görünebilen tüm bu uygulamalar, büyük resmi oluşturan küçük parçalar olarak aslında gerçek bir bütünlük içinde ve bağlantılı. Bu karmaşanın özel bir nedeni var mı, bu dizayn da "Türkiye Modeli" mi, bilinmiyor; uygulayıcıların bunu belirten bir açıklaması yok. Ancak, görünen bir şey var ki, bu karmaşa, uygulayıcıların işine yarayan bir etkiye de yol açıyor; izleyiciler, hızla birbiri ardına gelen ya da uzun aralıklarla birbirini tamamlayan parçalara bakarken büyük resmi, başka bir ifadeyle ana hedefi görmeyi ve tartışmayı kaçırabiliyor. Sözünü ettiğimiz karmaşa nedeniyle, çalışmanın bundan sonraki bölümünde ele alınacak uygulamalar tarihsel bir sıralamadan çok uygulama alanları üzerinden inceleniyor. Dikkat edildiğinde, hemen hemen tüm uygulamalar önce mental olarak gelişiyor, uygulayıcılar ve toplum hazırlanıyor, gerekli düzenlemeler/ayarlamalar yapılıyor, ardından yasal düzenlemeler ve uygulamalarla motor gelişimini tamamlıyor.

Bir şeyi daha baştan söylemek gerekiyor ki, sağlık reformlarının, küreselleşmenin nimetlerinin her yöntemle özellikle de literatüre yeni yeni kazandırılan "sosyal pazarlama" ile tanıtıldığı ve sevdirdiği dönemle örtüşen, mental gelişiminin ana amacı, son noktada varılmak istenen sağlık hizmetleri üretimi piyasasının serbest piyasa koşullarına açılması öncesinde piyasaya girecek sermaye grupları için uygun koşulların/güvencelerin oluşturulması ve geçişin sorunsuzca yaşanması.

Sağlık reformları, yukarıda da değindiğimiz gibi, özellikle uluslararası sermaye örgütleri ve merkez kapitalist ülkeler tarafından neo-liberal ekonomi politikalarının ışığında üretilmiş ve sağlık hizmetleri sunumunda var olan sorunların çözümü için, deyim yerindeyse bir "reçete" olarak sunulmuştur. Reçetenin sunumu tedaviye hazır kimi ülkelerde uyum içinde karşılanmış, bazı dirençli olgularda ise "yapısal uyum" ya da "istikrar" tedavilerinin, halkın sağlığını tehdit edebilecek durumlarda tedavinin yasal olarak zorunlu olması gibi, "zorunlu" bir alt bileşeni olarak reçetenin acı kısmı halinde gerçekleşmiştir.

Sağlık reformlarının motor gelişimi yasal düzenlemeler ve bu düzenlemeler ile ilintili uygulamalar üzerinden şekillenmekle birlikte görece daha açık/izlenebilir bir süreçtir. Asıl karmaşık olansa mental gelişme kısmıdır; hem uygulayıcıların, hem de uygulanacak olan toplumun mental gelişimi, neredeyse bir sarmal gibi birlikte gelişmektedir. Şöyle ki, önerilen bir tedavinin başarısı tanının tedavi içeriğinin doğruluğuna bağlı olduğu kadar, hastanın tedaviye göstereceği uyumla da yakından ilintilidir; sağlık çalışanlarının iyi bildiği gibi, tedavinin nasıl olacağını ve hastanın nelere dikkat etmesi gerektiğini anlatmak tıp pratiğinin önemli ve özellikli işlerinden biridir. Hatta kimi zaman, hastanın tedaviye uyup uymadığının, tüberkülozun doğrudan gözetimli tedavisinde olduğu gibi, izlenmesi de gerekebilir; Dünya Bankası ya da IMF gibi kuruluşların temsilcilerinin paketler halinde organize edilmiş yardımların sürekliliği için zaman zaman yaptığı inceleme gezileri/raporlamaları gibi.

Türkiye'de sağlık reformlarının motor ve mental gelişimini inceleme çabasında mutlaka bir başlangıç noktası aramak gerekiyorsa, en uygun başlangıç, Türkiye'nin neo-liberal ekonomi politikalarını benimsediğini ve oluşturulmakta olan Yeni Dünya Düzeni'ne eklemlenmek istediğini ifade eden 24 Ocak Kararları olarak alınabilir. Bundan sonrasını hükümetler, iktidar partileri, kalkınma planları ya da yasal düzenlemeler zinciri gibi çok sayıda değişken üzerinden gruplamak/dönemlemek olası ve bu anlamda yapılmış ve sürecin iç dinamiklerini aydınlatan değerli çalışmalar da bulunuyor. 24 Ocak Kararlarıyla başlatabileceğimiz günümüze ulaşan süreç aslında tam bir "bütünlük" içinde; başka bir ifade ile, sağlık hizmetleri sunumunda sıkça önerilen ve savunulan "entegre" yaklaşıma benziyor. Hükümetler ve iktidar partileri, iç ve dış dinamiklerle zaman zaman kendilerine önerilen ilacın dozunda azaltma ya da arttırma yapmakla birlikte tedaviyi "kesintisiz" biçimde sürdürüyor. İktidar dışı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

gruplar tarafından sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlara yönelik farklı tedavi protokolleri önerilmekle, bazen de tartişılmakla ya da tartişılıyor gibi yapılmakla birlikte Yeni Dünya Düzeni literatürü ve Dünya Bankası tedavi protokolüne yönelik inanç kararlılıkla sürdürülüyor. Sürece bakıldığında 80’li ve 90’lı yıllar mental, 2000’li yıllar motor gelişmenin ağırlıklı olduğu dönemler olarak dikkat çekiyor. Ancak, her dönem diğerinden izleri de içeriyor; önce mental, ardından motor hazırlığın bir “iç” tutarlılığı var ve entegre yaklaşım ile de oldukça uyumlu.

Değindiğimiz gibi, 80’li ve 90’lı yılların ana uygulamaları daha çok uygulayıcıların ve toplumun sağlık reformlarına mental uyumunun sağlanmasıya yönelik. Bu mental gelişme, motor gelişmenin gerçekleşmesi için de gerekli. Ancak, daha başlangıçta bir sorunun, olası bir tehlikenin de önlenmesi gerekiyor. Daha önce değindiğimiz gibi, neo-liberal ekonomi politikalarının “başarılı” bir biçimde uygulanması kamu yönetiminde reform yapılmasını, aslında kendisi de kapitalist bir toplumsal yapılanma modeli olan sosyal devletin “başarılı” bir biçimde tasfiyesini gerektiriyor. Bu noktada 12 Eylül askeri darbesi devreye giriyor ve emekten yana politikaların ve sosyal devletin görece emek lehine uygulamalarının savunucusu konumundaki demokratik kitle örgütlerinin tasfiyesini sağlıyor, böylece sosyal devletçi hatta sosyalist yaklaşımların toplumla teması engelleniyor; tedavi protokolü bir tür “birincil koruma” uygulaması ile desteklenmiş oluyor. Süreç, adı sosyal devletçiye çıkmış 1961 Anayasası’nın değiştirilmesi ile sürdürülürken, birincil korumaya rağmen hastalananların tedavisine de Sovyetler Birliğinin dağılması, duvarın yıkılması gibi yeni gelişmeler yetişiyor. Bu arada, birincil korumaya rağmen, hastalık tablosu daha önceden başlamış olgular da var; bunlar için de “ikincil koruma”nın devreye sokulması gerekiyor. Kapitalizm dışı seçenekleri ya da Sovyetler Birliği ile yıkılanın sosyalizm değil revizyonizm olduğunu dile getirenler gibi bu tür olgular önemli bir sorun yaratmıyor. Giderek “araştırma konusu” olmaktan çıkıp “olgu sunumu” özelliği kazanan bu “ender” ve “ilginç” olgular toplumun gözünde tarih öncesi “dinazorlar” gibi görülmeye başlanıyor; ideolojik yaklaşımların “eskimişliğine” inanan ve Yeni Dünya Düzeninin nimetlerine sarılan yeni kuşaklar için saygıyla ve sevgiyle saklanan anılara dönüşüyorlar. Dönemin Brezilya dizilerinin, Amerikan filmlerinin ve Televole kültürünün sürece etkileri ise sosyal bilimcilerin değerli araştırmalarını gerektiriyor.

“Genel” anlamda bunlar yaşanırken sağlığa “özel” gelişmeler de sürüyor. Yeniden değinelim; sosyal devletin kamusal sorumluluk ile sunduğu sağlık hizmetlerinin serbest piyasa koşullarına açılabilmesi sermayenin, özellikle de uluslararası sermayenin “ivedi” isteklerinden birisi olmasına karşın, süreç toplumun “konuya özel” hazırlanarak reformları kabul edecek, hatta “isteyecek” bir algıya kavuşturulmasını gerektiriyordu. İşte bu dönemde, desteklenmeyen, sorunlarının çözümü için ciddi çabalar harcanmayan kamusal sağlık hizmetleri toplumun gözünde sorunlarla dolu, çözümsüz, eskimiş, köhneleşmiş, çağın gerisinde kalmış, dolayısıyla da “yenilenmesi gereken” hizmetler halini aldı. Uzayıp giden hastane kuyrukları, eskimeye başlayan fiziksel mekanlar, teknolojik imkanlarla desteklenmeyen ve giderek yineleme reçetelerinin veya zorunlu sevklerin yazıldığı birer üniteye dönüşerek “devalue” olan Sağlık Ocakları, her derde deva olarak sunulan yataklı tedavi hizmetleri, “pompalanan” uzmanlaşma bu dönemin bildik fotoğrafına katılırken, aynı dönemde, özel teşviklerle yüreklendirilen özel sektörün sunduğu sağlık hizmetlerinin albenisi de bu algıyı güçlendirdi. Değişik modellemelerin akademisyenlerin desteği ile değerlendirilebileceği, geçmişte başarılı uygulamalara öncülük etmiş üniversitelerin araştırma bölgeleri de yine bu kapsamda önce işlevsiz hale getirildi, ardından yok edildi. Diğer yandan, hizmet kalitesini arttıracak ana olgunun devletin “sorumlu kararlılığı” değil serbest piyasanın yaratacağı “rekabet ortamı” olduğu, “parasızsa niteliksizdir” düşüncesi de ana yemek öncesinin soğuk mezeleri gibi topluma sunuldu. 12 Eylül sonrasının depolitize ortamında ideolojinin zehrinden kurtarılan toplumsal sınıflar, özellikle Sovyetler Birliği’nin dağılmasıyla da birlikte tek kutuplu Yeni Dünya Düzenini “kaçınılmaz bir gereklilik” olarak algıladı. Bu algı, bugün de önemli oranda kendisini hissettiriyor; mevcut hükümetin sağlık politikalarının değişik nedenlerle kendisine oy kazandırdığından söz ediliyor. Ancak, öte yandan, sağlık emekçileri arasında giderek belirginleşen büyük resme, sağlık reformlarına, yönelik genişleyen tepkiselliğin önümüzdeki süreçte kamuoyunda da oluşacağı söyleniyor.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Varılmak istenen son noktada, sağlık sektörünün ana aktörü olması hedeflenen özel sektörün gelişmesi de reformların önemli bir gerekliliği. Bu anlamda, giderek artan, hatta sık sık “kontROLSÜZ”lüğünden söz edilen kamusal sağlık harcamaları sermayenin iştahını kabartırken, sermaye gruplarının serbest piyasaya geçiş öncesinde özel teşviklerle desteklenmesine girildi ve yaklaşım bir “kamu politikası” olarak planlamalarda da yerini aldı. Bugün, özel sektörün, her alanda olduğu gibi, sağlık alanında da teşviki “sıradan” bir olgu. Özel sektöre ait sağlık kuruluşları kamusal sağlık güvencesine sahip kişilere hizmet sunabiliyor, bu hizmetin karşılığında devletin kasasından da parasını alabiliyor. Başka bir ifade ile özel sektör kamusal kaynaklardan beslenebiliyor. Hatta bu yetmediği gibi, hizmet sunduğu kişilerden “fark/katkı payı” da alıyor. Alınan fark/katkı payı, hizmeti sunan kuruluşun niteliğine göre değişebiliyor. Daha çok fark almak isteyenlerin, küreselleşmenin ve serbest piyasa mekanizmasındaki rekabeti algılayıp gerekenleri yapması gerekiyor. Bunun başka bir faydası daha var; gelecekte tümüyle serbest piyasa koşullarına terk edilecek ortamda hayatta kalabilmek için hazırlık/antrenman yapmış oluyorlar. Zaman zaman hükümetlerin özel kuruluşlara yönelik düzenlemeler yaptığı, özel sektörün de buna kızdığı gözleniyor. Ancak bu sorun değil. Düzenlemeler daha önce değindiğimiz piyasanın hazırlanması çalışmalarında küçük sermayenin büyük sermayeye devrini hızlandırıyor.

Sağlık reformlarının motor ve mental gelişimi içinde ele alınması gereken bir diğer konu da, kamu kurumları için hedeflenen son nokta olan “özelleştirme” öncesinde, bu kurumların “özel sektör mentalitesi”ne kavuşturulmasıydı; tabii sadece kamu kurumlarını yönetenlerin ya da burada çalışanların değil, bu kurumlardan hizmet alanların da bu düşünce biçimine sahip olması gerekiyordu. Verimlilik, maliyet hesaplaması, vb. “karlılık” amaçlı kavramlar bu noktada gündeme taşındı, günlük hayatın parçalarına dönüştürüldü. Kamu kurumlarının yöneticileri rekabet ortamında ayakta kalmak için yapılan stratejik planlarla, üstün yanların ya da dezavantajlı unsurların tespiti, iç ve dış tehditler gibi kavramlarla bu yolda tanıştı. Kamu tarafından sunulan “eski”, üstelik “hantal” hizmetlerin özel sektörün hızı, olanakları ve kalitesi ile baş edemediği, verimsiz, karsız, hatta zararına sunulduğu anlatıldı. Artık insanlar sosyal güvenlik sisteminin bağlayıcı düzenlemelerinden kurtarılmalı, yeni oluşturulan rekabet ortamında kamu ya da özel ayrımı olmadan her kurumdan hizmet alabilmeliydi. Üstelik bu öylesine önemli bir değişimdi ki, bir taşla birden çok kuş vurulacaktı; insanlar istediği kuruma gidince eşitsizlikler giderilecek, birbiri ile rekabete giren kurumlar daha çok hasta çekmek için kaliteyi arttıracak, özel sektör de kamusal kaynaklardan yararlanacak, kamu doğal olarak aynı hizmete aynı ücreti ödeyeceği için kurumlar hizmet maliyetlerini kontrol altına alacaklar, kamusal harcamalar azalacak, her şeyin sonunda da sağlık hizmetleri “verimli” ve “etkili” bir biçimde sunuluyor olacak. Aslında tüm bu uygulamaların hedefi kamu kurumlarının işletmeleştirilmesi olarak karşımıza çıkıyor.

Kurumların özel sektör düşünce sistemine kavuşturulması ve işletmeleştirilmesi, yapılan her işin tanımlanarak fiyatlandırılması başka hedeflere ulaşılmasına katkı sağlıyor. Sağlık reformlarının ana hedeflerinden biri de sözleşmeli istihdam ve performansa dayalı ücretlendirmenin kurgulanması. Performans öncesinde de hazırlık gerekiyor. Burada da önce geçmiş dönemlerdeki hükümetlerin popülist politikalarının, geçmiş politikacıların oy avcılığına dayanan istihdam planlarının ipliği pazara çıkartılıyor, gereksiz yere işe alınmış bu kişilerin devletin sırtında yarattığı kambur anlatılıyor, “en iyisi güvenceli çalışmadır, biz popülistlik yapmayız” demek yerine emekgücünün “sözleşme” karşılığında çalışmasının yararlarına değiniliyor. Geçmişin popülist politikaları ile gereğinden fazla kamu görevlisi istihdam eden sosyal devletin ücret yükünün azaltılması ve elde edilecek, daha doğrusu kasada kalacak paranın da yatırımlara yönlendirilmesi gerekiyor. Zaten bu öneri “tedavi protokolü”nün kamu reformları kısmında da var. Ancak, emekçilerin giderek eriyen gelirlerinin de takviye edilmesi gerekiyor. İşte böyle bir ortamda çözüm bulunuyor: Döner sermaye ödemesi. Kurumlar, verimlilikleri/karlılıkları üzerinden değerlendirildikleri bir ortamda, “öz” gelirlerinin bir kısmını çalışanlarına dağıtıyor. Sistem “adil”; kurum karının bir kısmını kendisine kar ettiren çalışanları ile paylaşıyor, aynı unvanlar genellikle aynı ücreti alıyor, önemli olan büyük bir manevi dayanışma ile birlikte çalışıp, içinden pay alınacak karın arttırılması; bir tür “kar ortaklığı”. Ödemeler, özlük haklarına yansımadağı için, devlet hazinesi için ek bir yük oluşturmuyor; özlük haklarına yansımadağı da “emeklerinin karşılığını alan” ve gelirleri artan sağlık personeli de mutlu. Bu arada, kurumun ihtiyacı olan ama maliyenin onay vermediği yeni personeli döner sermayeden “sözleşmeli” olarak işe almanın yolu da açılıyor. Böylece, sözleşmeli istihdamın hazırlıkları da başlatılmış oluyor.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Üstelik “döner sermayeden sözleşmeli istihdam”ın bir yararı daha var: Kamunun elindeki “gereksinim fazlası” kadrolar da erimeye başlamış oluyor.

Ancak, döner sermaye ödemesi de, her şeye karşın, sorunsuz değil. Zaten sağlık çalışanları da “problemlili”. Çok sayıda “hasta bakan” hekimin daha az “hasta bakan” hekimle, ya da bir üniversite hastanesinde “gelir getiren” ve “gelir getirmeyen” iki öğretim üyesinin aynı döner sermaye ücretini alıyor olmasından kaynaklanan yakınmaların dindirilmesi gerekiyor. Üstelik döner sermaye uygulaması hastanelerdeki kuyrukları da pek azaltmışa benzemiyor. O zaman bir hamle daha yapmak gerekiyor; mesai dışı özel muayene yetkisi hem çok ve az hasta bakanı, hem de gelir getiren ve getirmeyeni ayırabiliyor. Çoğu hekim adaletin eksik de olsa yerini bulduğunu düşünürken, kamu kurumlarında, “şimdilik hiç değilse parası olanların yararlanabildiği”, “özel hizmet” sunumuna yönelik bir hazırlık da başlamış oluyor; parası olanların mesai dışına kaymasından kaynaklanacak “mesai içi rahatlatma” da cabası. Mesai dışı özel muayene yapmam diyen ve yapmayanlar da var, ama sorun değil; zaten bunların önemli bir kısmı da “dinazor” grubundan. Tüm gelişmelere karşın, sistem, yine de arzulanan hedefin hala gerisinde. Bu noktada bir adım daha ileri giderek döner sermaye ödemesinden vazgeçiliyor ve “performansa dayalı ücretlendirme” başlatılıyor. Böylece, “sağlık emekçisi” ya da “proleterleşme” gibi terimlerden hoşlanmayan hekimler de dahil sağlık emekçileri artık “parça başı ücretlendirmeye” kavuşuyor. Liberal devletin Taylorist üretim modelinde pek makbul olan parça başı üretim, neo-liberal devletin esnek üretim modelinde “yeniden” gündeme geliyor; zaten “neo/yeni” denmesi de bundan.

Sıra yavaş yavaş son hamleye, son motor gelişmeye yaklaşırken bir yandan da bazı eksikliklerin tamamlanması gerekiyor. Anadolu’nun yaygın geleneğidir, misafir gelmeden önce hazırlık yapılır, ortalık toparlanır; kamu kurumlarındaki dağınıklığın da giderilmesi gerekiyor. Kamu kurumlarına ait sağlık birimlerinin, özellikle de SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devri ile Sağlık Bakanlığına sağlık personeli ve kurumların yönetiminde “operasyonel güç” sağlanırken, diğer yandan da sosyal güvenlik grupları tek çatı altında toplanıyor ve kamunun operasyonel gücü fiyatlandırmayı da kapsayacak biçime ulaşıyor.

Herşey olup biterken, son motor gelişme olan özelleştirmenin mental gelişimi de ihmal edilmiyor. Kamunun “beceremediği”, “yüksek maliyetinden kurtulamadığı”, “modernleşmenin eksik kaldığı”, “verimsiz” alanlar tespit edilerek bu alanlarda “hizmet alımı” yapılıyor; bu biçimde özel sektörün el attığı alanlar güzelleşiyor. Önce tıbbi sayılmayanlar seçilmiyor; hastanelerin daha temiz, yemeklerin daha güzel olması beğeni kazanıyor. Ardından tıbbi işlemlere uygulanıyor. Özellikle de hasta kuyruklarının bir türlü erimedieği görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri ilk etaptaki uygulama alanlarını oluşturuyor. Bir ülkedeki olanakların tümüne sahip olan ya da sahip olabileme gücüne sahip olan kamunun, özel sektörün verimli/karlı ve güzel bir biçimde yaptığı işi neden kendisinin yapamadığı sorusu ise yanıtlanmıyor, dahası sorulmuyor.

Görünen o ki, son motor gelişim hamlesi olan özelleştirme için de hazırlıkların sonuna gelinmiş durumda. Kamu Hastaneleri Birliği ve ilgili mevzuatı, birliğe biçilen görev ve yetkiler, üzerinde konuşulmayı gerektirmeyecek ölçüde açık. Şimdi sıra “verimsiz” hastanelerin tespit edilmesi ve kamu yararını gözetken en verimli çözümün üretilmesinde.

Bitirmeden önce, akıllara düşebilecek iki soruya daha yanıt vermek gerekebilir. Bunlardan ilki birinci basamak sağlık hizmetleri. Aslında bu bölümün önemli bir kısmında reformlar gerçekleştirilmiş durumda. Sağlık Ocaklarının yerini alan Aile Sağlığı Merkezi’nde çalışanlar zaten sözleşmeli; kamu onlardan sözleşme akti ile kayıtlı nüfusları üzerinden yapılan ücretlendirme ile hizmet alıyor; şimdilik Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanan ücretlerin yakında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödeneceği biliniyor. Bakanlığın koruyucu sağlık hizmetlerinden asla vazgeçmeyeceği güçlü bir biçimde vurgulanıyor; zaten özel sektörün bu hizmetlere yönelik belirgin bir talebi de “şimdilik” yok.

Sorulardan ikincisi biraz daha karmaşık. Gördük ki sistemin uygulayıcıları “entegre” bir çalışma kurgusu içinde yollarına devam ederken zaman zaman birincil ve ikincil koruma tekniklerini de kullanıyor. Yine de,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

herşeye karşın önerilen tedavi protokolünü kabul etmeyen ya da tedaviye yanıt vermeyen görece küçük bir grup var. Onlara ne olacak? Tedaviye yanıt vermeyen bu grubun, bir yandan daha uzun soluklu bir tedavi protokolüne alınmaları, diğer yandan da bu gelişmeler sağlanana kadar tüm tedavilere karşın kalan sekelleri ile yaşamaları, başka bir ifade ile esenlendirilmeleri/rehabilite edilmeleri gerekiyor. Onların esenlendirilmesi sistemin başvurduğu “üçüncül koruma”yı oluştururken, uzun erimli tedavi protokolünün geliştirilmesi ise “akademik kapitalizm”in⁽¹⁾ ellerine bırakılıyor.

Bitirirken

Dünya genelinde olduğu gibi, ülkemizde de sağlık reformlarının destekleyicisi olan sağlık emekçileri bulunuyor. Sağlık emekçilerinin bazıları yeniyi eleştirel bakarken, eskiyi de beğenmiyorlar; kararsızlar. İkisinin karışımı yok mu diye soranlar, en iyisi ikisinin iyi yönlerini birleştirmek diye düşünenler de var. Tabii tümüyle karşı olanlar da var. Bazıları, kendilerine sağlık emekçisi değil, sağlık çalışanı denmesini tercih ediyorlar; “emekçi” sözcüğünü “ideolojik” ve “kaba” buluyorlar; özellikle klinisyenler ve akademisyenler arasında görece daha çoklar. Örneklere rastlamak sanıldığı kadar zor da değil.

Bazıları, eskiden üniversite hastanelerinde uygulanan mesai dışı özel muayene uygulaması için “çok iyi olmasa da, hiç değilse parası olanların öğretim üyesine ulaşabilmesini sağlıyordu” diyorlar. Bazıları için geçmiş dönemde sağlık sisteminde yaşanan sorunlar “anlaşılabilir” değilken, şimdi yaşanan sorunlarsa “teknik”; “eskimiş sağlık sisteminin köhne sorunları” bunlar için en anlamlı, en inanılır söylem. Yurtdışına çıkıp görece daha gelişmiş ülkelerdeki klinikleri ziyaret edebilenler için durum daha da vahim; ziyaret ettikleri kliniklerin “düzeni” ve “organizasyonu”, meslektaşlarının kendi maaşlarıyla karşılaştırıldığında imrendiren geliri ya da elit yaşam koşulları sıkça anlatılanlar, “bizde de olmalı” denilenler arasında. Yeni kuşak öğrencilerin önemli bir kısmı için, “sağlık politikaları”, “sağlık ekonomisi” gibi konular tıpla ve kendileriyle ilintisinin pek de anlaşılmadığı konular arasında.

Küçük parçaların biraraya gelmesi ile oluşan büyük resmi görme yetisinden yoksun, belki de bir kez bile büyük resmi düşünmemiş, hemen daima küçük ve görece bireysel kaygıların/çıkarların tatmini ile günü geçiren bazıları için, içinde bilgisayar, veri tabanı, vb. olan günlük ve “küçük” yenilikler ilgiyle ve hayranlıkla karşılanıyor. Onlar, “evet, evet, olması gereken buydu, hatta geç bile kaldı” dediği bu olması gerekenler bir araya gelip “olması beklenenler” olunca da acı duymayacaklar; onların, olması planlananlar olurken neye aracı olduklarına dair bir düşünceleri yok.

Gösterişli teknoloji parklarında çalışan “teknoloji kullanıcıları”na benziyor sağlık çalışanları; her geçen gün daha fazla; hele de hekimler. Usta çırak ilişkisinin tarihe gömüldüğü, hastayı dinlemek ve muayene etmenin tanı koyma sürecinde teknolojik verilerin gerisinde kaldığı, tedavinin sermayenin şu an için kullanmamıza izin verdiği olanaklarla sınırlandırıldığı bir tıp eğitimi ortamında yetişiyorlar.

Bilimsel araştırma yapmak, “bağımsız” fonlar bulmak zorlaşıyor; üniversitelerin bilimsel araştırma fonlarının en önemli finansörü döner sermaye gelirleri. Araştırmacıların önüne sunulan seçeneklerden birisi de üniversite-sanayi işbirliği merkezleri.

Yaşama ait her öğenin metalaştırılmaya çalışıldığı bir ortamda, bıkmadan, usanmadan, herkese, her yerde, her zaman, yeniden ve yeniden anlatmak gerekiyor; “anlatılan senin hikayendir” diye başlayarak.

1- Yazarın akademik kapitalizm ile ilgili bir çalışması “academic capitalism and the role of academia in neoliberal process: What does academia should do for the struggle against health inequity?” başlığı ile 20/24 ekim 2010 tarihinde Çanakkale’de gerçekleştirilen Dünya Üniversiteler Kongresi’nde (World Universities Congress) sunulmuştur.

Kamu Hastane Birlikleri: Kim İçin, Amacı Nedir?

Doç. Dr. Cavit Işık YAVUZ

Yandal Uzm. Öğr. Hacettepe Ü.T.F. Halk Sağlığı AD

Ülkemizde tarihsel süreci seksenli yıllara kadar uzanan ve yaklaşık on yıldır “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adıyla sürdürülen sağlık reformu süreci, yaşadığımız bu son aşamasında sağlık sistemimizi bütünüyle değiştirmektedir. Değişim ülkemizde sağlık sistemimizin tüm basamaklarını etkilemekte, hizmet sunumundan finansmana, sağlık personeli istihdam biçimlerinden yönetsel yapıya kadar hemen her şey “dönüşmekte”dir. Bu dönüşüm neden ve kim için yapılmaktadır, bu yazıda “hastaneler” ve “Kamu Hastane Birlikleri” özelinde bu sorulara değinilecektir.

Hastaneler, uzmanlaşmış bir tıbbi ekip ve ekipman ile tıbbi tedaviye ihtiyaç duyan hastaların sürekli bakım, ayaktan ve yataklı tedavilerinin yapılabilirdiği, bakımları için gerekli ihtiyaçların karşılandığı(yatak, yemek vb), sağlık hizmetinin simgesi olarak görülen ve sağlık finansmanının önemli bir kısmının ayrıldığı kurumlardır. Bin dokuz yüz yetmişli yıllardan sonra, ilaç endüstrisi, tıbbi teknoloji atılımları, uzmanlığın artışı ve yoğunlaşması, yeni uzmanlık alanlarının ortaya çıkışı vb. birçok faktörün etkisiyle değişim geçiren hastaneler, bugün için günün ve sistemin gereksinimlerine göre farklı süreçler yaşamaktadır. Bugünün hastaneleri, kısıtlı kaynaklar ve artan maliyetlerle, hızlanan ve çeşitlenen tıbbi teknolojik değişim ve artan klinik uzmanlaşmaya yanıt vermeye çalışmaktadır. Bu durum, 18.yy daki buhar enerjisiyle çalışan makinelerin yaygın kullanımı karşısındaki eski fabrikaların verdikleri mücadeleye benzetilmektedir. Hastanelerin karşı karşıya olduğu bir diğer başlık ise bakım/tedavi ikilemidir. Bakım hizmetlerinin, genel olarak, ekipmandan çok insangücü, uzmanlaşmadan çok genel pratik gerektirmesi, hastaneleri yapılanma, hizmet kapsamı ve dizayn açısından karmaşık sorularla karşı karşıya bırakmakta, bu önemli sorun başlıklarına hastaneleri merkezileştirerek çözüm bulmaya çalışanlar da, tersine periferik yayararak çözüleceğini savunanlar da bulunmaktadır. Hastanelerin merkezileşerek büyük çaplı kurumlar haline gelmesi gerektiğini savunanlar, bu savı hastane büyüklüğünün sonuçlara daha çok yansımaları ve ekonomik bir büyüklüğe ulaşmasının yararlarına dayandırmakta, bu sava karşı çıkanlar ise merkezleşmenin sağlık hizmetine ulaşımı zorlaştıracağı ve eşitsizlikleri arttıracaklarını belirtmektedirler. Büyük çaplı hastanelerin ekonomik yönden değerlendirmelerine ilişkin yapılan bazı çalışmalar, optimal bir yatak sayısı tarif etmemekle birlikte 200-400 arası yatak sayısının uygun olabileceğine vurgu yapmaktadırlar. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık alanında uygulanmaya başlanan “Kamu Özel Ortaklığı” projeleri ile binlerce yataktan oluşan hastane kompleksleri oluşturulmasının planlandığı düşünüldüğünde, bu tartışmanın bizim için de önemli olacağı görülmektedir.

Genel olarak hastanelerin değişimini etkileyen faktörler arasında nüfus yapısının değişimi, hastanelerin hizmet kapsamı ve içeriğinin değişimi, hızla gelişen tıbbi teknoloji, bilgi sistemleri, hekimlik pratiği, artan uzmanlaşma, maliyet unsuru, sağlık alanında neoliberal düzenlemeler vb. bir çok başlık sıralanmaktadır. Bu başlıklar aşağıdaki gibi ayrıntılandırılabilir (*Bu bölümde sıralanan sekiz madde, yazarın SAV yayınları tarafından 2010 yılında yayımlanan “2009 Almanak” kitabında yer alan “İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinde Değişim: Hastanelere Bakış” başlıklı yazısından kısaltılarak ve düzeltilerek alınmış, bölümde kullanılan kaynaklara kaynakça bölümünde yer verilmiştir*):

1. *Sağlık hizmetlerindeki değişimler:* Tıbbi bakım giderek artan bir biçimde özelleşmeyi gereksinmektedir. Uzmanlaşmanın artışı uzmanlık becerilerinin devamını sağlayabilmek için daha büyük nüfus gruplarına hizmet götürmeye neden olmaktadır. Geçmişte ağırlıklı olarak genel pratisyenlerle yürütülen işlevlerin artık uzmanlaşmış ekiplerle ve dolayısıyla daha fazla “uzmanlaşmış personele” ihtiyaç duyularak yürütülmesini dayatabilmektedir.
2. *Tıbbi pratiğin ve hekimlik pratiğinin değişimi:* Tıbbi pratik biçim ve içerik değiştirmektedir. Geçmişte çok özel cerrahi türleri olarak görülen cerrahi teknikler günlük uygulamanın bir parçası olmuştur. Sağlık hizmetleri maliyetini arttırmanın yanında hekimlerden “teknik uzmanlaşma” ve “yüksek başarı beklentisi” yoğunlaşmıştır. Yaşadığımız zaman diliminde, bir yandan modern tıbbin en önemli bileşeninin “palyatif(geçişirici) tedavi” olduğu, diğer yandan ise yeni ve geri dönen enfeksiyonlar ile çevre kirliliğinin sağlık etkileri gibi küresel tehlikelerin bir arada bulunduğu bir ortamda tıbbi pratik hayata geçmektedir. Sağlık ve beden algısının da değişimiyle, bireysel ve mekanik bir tıbbi pratik gelişmektedir. Tıbbi işlemlerde daha fazla oranda teknoloji kullanıldıkça tıbbi pratiğin bir dizi makineden, rakamlardan, elektronik görüntülerden oluşan bir süreç haline gelmekte, diğer bir deyimle

insansızlaşma sürecini yaşadığı belirtilmektedir. Birim zamanda yapılacak işlemin ekonomik gerekçelerle teknolojinin kolaylaştırıcılığında arttırılması, sağlık alanında neoliberal düzenlemeler ve tıbbi pratiğin değişimi, “fabrikasyon” tıbbi pratiğe neden olmaktadır. Bu durum, hekimleri “bant tipi üretim” yapar hale, hastaneleri ise bu üretim yöntemiyle çalışan hastaneler haline getirmektedir.

3. *İstihdam pratiğinde ve işgücü profilinde değişimler:* Mevcut yasal düzenlemeler, hastanelerin özellikle görece küçük çaplı hizmetlerde çalıştıracağı personelin sayı ve biçimleri üzerinde etkiler gösterebilmektedir. Bu durum hastaneleri ihtiyaçlarını karşılayabilmek için yeni istihdam biçimleri yaratmaya yönelmektedir. İşgücü profilinin değişimi, özellikle aşırı uzmanlaşmanın neredeyse “patlaması” sağlık sistemlerini değişime zorlamaktadır. Aşırı uzmanlaşma beraberinde çok uzmanlı ve çok meslekli ekipleri daha fazla oranda gerektirmektedir. Bu durum giderek nadir görülen hastalık ve tıbbi durumların tanı ve tedavisine yönelmeyi ve hastanelerin de bu yönde farklılaşmasını artırırken genel hizmet hastanelerinin üzerinde de baskı yaratmaktadır. Öte yandan sık görülen hastalıkların karmaşıklaşan tanı ve tedavi süreçlerini de organize ve koordine edecek “genel tıp” bilgisine de ihtiyaç artmaktadır. Bu noktada üstünde durulması gereken bir başka istihdam değişimi de sağlık personeli göçüdür. Sağlık hizmetleri alanında hizmetlerin serbestleşmesi sürecinin etkili olduğu ve özellikle ucuz işgücü sağlayan bu dinamiğin gözle görülür bir biçimde sağlık personelinin uluslararası göçünü hızlandırdığı izlenmektedir.
4. *Çalışma saatleri:* Hastanelerin kesintisiz ve yeterli sayıda personel istihdamı ihtiyacı profesyonel sağlık mesleklerinin rollerinde de değişim baskısı getirmektedir. Uzun çalışma saatlerinin sınırlandırılması ile ilgili düzenleme ve talepler ile maliyet baskısı hastaneleri yeni düzenlemeler yapmaya itmektedir. Çeşitli başlıklarda nedenleri olan bu baskı örneğin hekim yerine hemşirelerin daha düşük ücretlerle istihdamının tercih edilmeye başlanması örneğinde olduğu gibi, hemşirelerin mesleki rollerinin değişimine ilişkin tartışmaları da beraberinde getirmektedir.
5. *Etkililik artışı:* Hastaneler, özellikle geri ödeme mekanizmalarının ve kurumlarının etkisi ile maliyetleri düşürme baskısı altında kalmaktadırlar. Bu baskı hizmet kapsamından personel istihdamına, donanımdan malzeme kullanımına birçok başlıkta hastaneleri etkilemektedir.
6. *Kalite ve kapasite:* Yukarıda da değinildiği gibi hastanenin büyüklüğü(gerek personel, gerekse kapasite olarak) tartışmaları da değişimin baskı yaratan bileşenlerindedir. Çok disiplinli yaklaşımların gerektirdiği çoklu tıbbi pratik elbette fazla sayıda tıbbi mesleğin ve uzmanlık alanının bir arada bulunmasını ve yönetimini, dolayısıyla belirli merkezlerde yoğunlaşmayı gerektirmektedir. Hastanelerin bina yapılarının bile değişim geçirdiği görülmektedir. Geleneksel olarak cerrahi işlemlerin yürütüldüğü alanlar, poliklinikler, yataklı servisler ve diğer hizmet birimleri biçiminde yapılan hastanelerin iç organizasyonları da değişmektedir. Bazı alanlarda çok amaçlı kullanılabilen esnek birimler(özellikle görüntüleme ve girişimsel radyoloji alanında), yatak sayılarının ve kullanımlarının değişimi ve eskisine göre daha az yatış süresi, daha az yatak sayısı, buna karşın artan ameliyathane sayısı ve kapasitesinin artışı dolayısıyla kritik hasta bakımı yapılan yatakların çoğalması dikkat çekmektedir.
7. *Teknoloji:* Teknoloji insan bedeninde daha çok söz sahibi haline gelerek bedeni “teknolojik oyunların sahnelendiği” bir arena haline getirmektedir. Tanı, anestezi, görüntüleme, video konferans sistemleri, tıbbi robotik teknoloji, iletişim sistemlerindeki değişimleri hastaneleri baştan sona değiştirmektedir. Kurulan bilişim ağıyla “ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları arasında uzaktan” hizmetin yürütülmesi, “uzman sayısının yeterli olmadığı hastanelerde veya konsültasyon hizmetinin alınması gerektiği kompleks vakalarda” kullanılması boyutuyla yürütülen bu hizmetlerle uzaktan teşhis ve raporlama sağlanmaktadır. Gelişen tıbbi bilişim, bilgi sistem ağlarının kolaylaştırıcılığında hastaneleri birinci basamak sağlık hizmetleriyle daha entegre hale getirmektedir.
8. *Tüketicilik:* Tüketim kültürü ve tüketiciliğin gelişimi sağlık sektörünü de birçok açıdan etkilemektedir.

Bu sorunlar yumağı içerisinde hastanelerin yüz yüze oldukları sorunlardan biri de “maliyet ve gelir”dir. Bu sorunu aşmak için hastaneler farklı yöntemlere başvurmuşlardır. Bu yöntemlere çarpıcı bir örnek Çin’deki hastanelerde yaşanmıştır. Çin’de bütçe kısıntılarına gidilmesi nedeniyle hükümetin hastanelere yaptığı ödemeler önemli oranda düşmüş ve hastaneler sigorta fonlarından gelen gelirlere ya da hasta ödemelerine yönelmeye zorlanmıştır. Sigorta geri ödemelerince uygulanan ücret programı “yüksek teknoloji görüntüleme sistemlerini ve en yeni ilaçların dağıtılmasını özellikle kârlı hâle getirmiştir”. Hastaneler bir yandan hastalarına doktorlarının verdiği ilaçları satmaya başlamışlar ve “doktorlarını etkilemek için”, “doktorların reçetelerinin getirdiği hastane karlarına dayalı olarak onları tazmin etmeye” başlamışlardır.

SAĞLIKTA DEVLETİN ROLÜNÜN DEĞİŞİMİ

Özel olarak hastanelerin yaşadığı bu süreç, sağlık hizmetleri alanında yaşanan değişimler ile hastanelerin ve genel olarak kamu sağlık kurumlarının yapısını, yönetim biçimlerini ve finansman kaynaklarını da değiştirmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamusal yapıların ve kamunun dönüşümü “kamu hizmeti” kavramının da irdelenmesini gerektirmektedir. Gerçekten de nedir “kamu hizmeti” ? Kamu hizmeti tartışması iki temel alan olarak “devletin işlevleri ve görevleri” başlığı ile siyaset bilimi alanında ve “kamu kesimi ve kamu malı” başlığı ile kamu maliyesi alanında yürütülmektedir. Kamusal hizmetler ve mallar, saf ve yarı kamusal olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. “Saf kamusal ihtiyaçlar ve bunları karşılayan hizmetler”, piyasaya bırakılmayan hizmetlerdir. Bir ihtiyaç, mal ya da hizmetin piyasaya bırakılabilmesi için “satılabilir” olması gerekmektedir. Satılabilir hizmet için, “hizmetin bölünebilir olması ve bedel ödemeyenlerin hizmetten dışlanabilir olması” gereklidir. Özetle kamu hizmetleri piyasanın kurallarının işlemediği alanlardaki mal ve hizmetleri ifade etmektedir. Buradan hareketle kamusal hizmetler, devletin değişimi tartışmaları ile biçim değiştirmektedir. Devletin küçültülmesi ve “kamusal mal ve hizmetlerin yeniden belirlenmesi”ni önerenler, devletin üretici fonksiyonlarına son verilerek, bazı hizmet alanlarının hızla(su, elektirik, kanalizasyon, yollar, haberleşme vb) bazılarının da kademeli olarak(sağlık ve eğitim) piyasa güçlerinin serbest işleyişine bırakılması gerektiğini savunmaktadırlar.

Sağlık alanında da yaşanan değişimlerin temel kaynağı olarak sağlıkta devletin rolünün ve kamu hizmeti anlayış ve sunum biçimlerinin değişimi büyük yer tutmaktadır. Bu değişim yetmişlerle birlikte başlayan ekonomik sorunlar ve sistemin yapısal özelliğinden kaynaklanan bir daralma sürecinin yaşanması ile uygulamasını yeni liberal politikalarda bulan bir çerçevede gerçekleşmiştir. Neoliberal düzenlemeler sağlık alanına sağlık reformu ile yansımıştır. Sağlık reformunun üzerinde karar kılınan net ve açık bir tanımı olmamakla birlikte “yukarıdan aşağıya doğru gelişen planlanmış bir değişimi içeren siyasal bir süreç” olduğu, sağlık politikalarında değişimler yanında “politikaların uygulanacağı kurumlarda” da değişimler içeren, “tek bir homojen varlık olarak değil”, “her bir parçası ayrı ayrı değerlendirilmesi gereken bir tedbirler paketi” olduğu dile getirilmektedir. Ek olarak yapısal olması, kurumsal değişimi takiben politika hedeflerinde değişim gerçekleşmesi, planlı, sürdürülebilir, ve uzun dönemli oluşu, yukarıdan aşağıya doğru gerçekleşmesi gibi süreç özellikleri de belirtilmektedir. Bu özellikleriyle reform, teknik düzenlemeler olarak görülmemeli, “siyasal bir kavram” olarak ele alınarak incelenmelidir.

Kapitalist sistemin yetmişli yıllarda başlayan yapısal daralmasına yanıt olarak geliştirilen neoliberal politikalar “yeni sağ devlet” olarak tarif edilen bir devlet yapılanmasını öngörmüştür. Daha doğru bir tanımla yeni liberal politikalar, yeni sağ devletin politik işlevlerinden birini oluşturmaktadır. “Yeni sağ devlet” devletin tıbbi hizmetlerin sorumluluğundan çekilerek yerini varolan pazar ve piyasa güçlerine bırakması gerektiğini savunur ve bu anlamda sağlık alanındaki bütün rolleri yeniden kurgulamaktadır. Bu rol değişimi hem kamu kurumlarının hem özel sektörün hem de kar amacı gütmeyen sektörün(üçüncü sektör ya da gönüllü sektör) rollerini, işlevlerini ve hizmetin sunumu ve finansmanına katılımını baştan tanımlamaktadır. Bu değişimdeki temel hedef kapitalizmin tarihsel süreci ve değişimi içinde kamunun ve kamu örgütlerinin yeniden dizayını ve kamu örgütlenmesinde serbestleşme ve esnekleşmenin sağlanmasıdır. Neoliberal politikalarla “düzenleyici devlet” olarak adlandırılan bir kavram ön plana çıkmıştır. Düzenleyici devletin ana işlevi piyasadaki başarısızlıkları gidermek olarak belirtilmektedir. Düzenleyici devleti oluşturma sürecinde yapılan reformlar ise “düzenleyici reformlar” olarak adlandırılmaktadır. Düzenleyici reformlarla özel teşebbüse özellikle de uluslar arası sermayeye yeni yatırım alanları açılması hedeflenmekte, bu grupların karar alma mekanizmalarına katılımı sağlanmaktadır. OECD bir dokümanında bu düzenlemelerin “idarenin kurumlarının, özel sektör davranışı üzerine kısıtlamalar ya da yükümlülükler dayatan her türlü yasal aracını kapsamakta” olduğunu belirtmektedir. Yeni sağ devlet, refah devleti döneminde devletin sorumluluk üstlendiği bazı alanlardan çekilmeye başladığı bir döneme işaret etmektedir. Refah devleti döneminde, 1929 ekonomik bunalımı sonrası hayata geçirilen Keynesyen yaklaşımlar, emekçi sınıfın talep ve eylemleri, 2. Dünya Savaşı sonrası genişleyen sosyalist blok vb faktörlerin etkisiyle sağlık ve sosyal alanlarda devlete önemli roller yüklenmiştir. Bu roller, yetmişli yıllarda yaşanmaya başlayan daralma ile gözden geçirilmeye başlanmış, kar oranlarının düşüşü ile yeni coğrafyalar, yeni üretim alanları, yeni sektörler arayışı ortaya çıkmış, bu amaçla tekelleşme, emek üretkenliğinin arttırılması, emek fiyatlarının ucuzlatılması için çeşitli stratejiler geliştirilmiştir: Savaşlar, devletin yeniden yapılandırılması ve özelleştirmeler, emek gücü fiyatının düşürülmesi (sendikasılaştırma, esnek çalışma ve esnek ücretlendirme vb). bu süreçte uluslar arası kuruluşlar ve anlaşmalar önemli işlevler görmüştür(IMF, DB, DTÖ, GATT, GATS vb). Yeni sağ devlet dönüşümündeki temel hedef, devletin refah devleti dönemindeki işlev, donanım ve örgütlerinden sıyrılması, devletin küresel sermaye önünde engel olarak görülen tüm özelliklerinin değiştirilmesi ve giderilmesidir. Bu süreç gelişirken önemli uğraklardan biri olan Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS), diğer

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bir çok kamu hizmet alanında olduğu gibi sağlık alanında yaşanan değişimin genel hatlarını çizmektedir. Bu anlaşma, hizmetlerin serbestleştirilmesi ve kuralılaştırılması mekanizmalarının çatısını oluşturmuştur. GATS, kamunun hizmet sunumunda yer almasının “haksız rekabet” nedeni olarak görüldüğü, piyasanın ve piyasa mekanizmalarının esas alındığı bir anlaşmadır. Buna göre, kamunun hizmet alanlarındaki (eğitim, sağlık vb) yapılarının “serbest piyasa ve rekabete açık hizmet işletmeleri”ne benzetilmesi, kamuda istihdamın daraltılması, kamu hizmet sektöründe çalışanlarının “iş güvence olanaklarını tamamen ortadan kaldırarak açığa çıkacak işgücünün serbest piyasa ortamında, iş piyasalarında iş arar konuma getirilmesiyle” yedek işgücü yaratılması söz konusudur. Türkiye GATS kapsamında 9 ana hizmet sektörü ve bunlarla ilgili 84 alt hizmet sektöründe taahhütte bulunmuştur ve bu taahhütler GATS'ta yer alan hizmet alanlarının %54'ünden fazladır. Taahhüt edilen serbestleşme sektörlerinden biri de "sağlık ile ilgili ve sosyal hizmetler" başlığında "hastane hizmetleri"dir ve bu hizmetlerde yabancı sermaye yatırımına izin verilmesi ve yabancılara açılması söz konusudur.

Yeni liberal politikalar sağlık alanında bir yandan hizmetlerin kuralılaştırılması ve serbestleştirilmesi ile piyasa aktörlerine açılması, diğer yandan sağlık hizmetlerinin finansmanında değişiklikler ile devletin rolünü yeniden tariflemektedir. Devletin sağlık, eğitim vb alanlardaki baskın rolü piyasanın rekabetçi yapısını bozan ve piyasanın önünü kesen bir engel olarak görülerek ortadan kaldırılmaya çalışılmış, piyasa düzenlemelerinin ve mekanizmalarının sağlık alanında yer bulmasına olanak yaratılmıştır. Sağlık alanında kamuya bağlı yapıların serbest piyasa kurallarına uygun işler hale getirilmeleri başta hastaneler olmak üzere hizmet kurumlarının yapı ve işlev değişimini de beraberinde getirmiştir. Sağlık alanında “sağlık hizmetleri alanında devletin ve kamunun değişen rolleri” olarak özetlenebilecek bu değişimde en büyük baskının özel sektörün sağlık hizmetlerini işletme ve bazı ülkelerde de finanse etmedeki rolünden kaynaklandığı izlenmektedir. Sağlık hizmetlerine etki eden “özelleştirme” baskısı kamu tarafından sunulan hizmetlerin farklı aşamalarında devreye girmektedir. Sağlık reformu temel karakteristik olarak sağlık hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılmasını, hizmetin satın alınması mekanizma ve biçimlerinin yaygınlaştırılması ve çeşitlendirilmesini öngörür. Bu kapsamda kamu hastanelerinin değişimi odaklanılan temel başlıklardan biridir. Kamu hastanelerinin kamusal şirketlere benzetilmesi, “yarı-otonom” hale getirilmesi ile piyasa benzeri bir yapıya kavuşturulması, böylece hizmet sunumu ve satın alınması mekanizmalarının piyasaya uygun hale getirilmesi söz konusudur. “Kamu özel ortaklığı” modeli ve “yeni kamu yönetimi” anlayışı reform sürecini yoğun olarak etkilemektedir. Yeni kamu yönetimi sağlık alanını da bileşenleri ile yoğun olarak etkilemektedir: “Profesyonel yönetim anlayışı, performans değerlendirilmesi, çıktı kontrolüne verilen önemin büyüklüğü, üretim birimleri arasındaki dağınık yapılaşma, hizmet sunumunda daha fazla rekabet ve bu ölçüde verimliliği sağlayacak ihaleci yönetim anlayışı, maliyetleri azaltıcı ve standartları geliştirici özel sektör yönetim anlayışının benimsenmesi, üretim sürecinde daha fazla disiplin”.

Bu çerçevede, hastanelerin değişimi “organizasyonel reform” başlığında tartışılmaktadır. Bu tartışmaya göre, özellikle teknolojik kapasitelerin ve bilgi sistemlerinin geliştirilmesine yönelik olarak gelişen organizasyonel reform üç başlıktan oluşmaktadır: Otonomizasyon, korporatizasyon ve özelleştirme. Otonomizasyon hastanelerin karar alma mekanizmalarını genişleterek ve geliştirerek onları “otonom” hale getirmeyi amaçlamakta, korporatizasyonda ise kamu hastane yapılarının şirketleşmesi ve özel sektör yapısına benzetilmeleri süreci yaşanmaktadır. Özelleştirmede ise kamu hastaneleri özel sektöre devredilmesi söz konusudur. Bu sürece benzer bir değişim Bulgaristan'da yaşanmıştır. Bulgaristan'da sağlık reformu kapsamında 32 bölge hastanesi, “ticari şirket satüsü”ne kavuşturularak yerel yönetimlere devredilmiştir(%51'i Sağlık Bakanlığı %49'u belediyelerin olmak üzere). Teknolojik kapasitelerin ve bilgi sistemlerinin geliştirilmesine ilişkin olarak ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hastanelerin değişim geçirdiği izlenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2008 tarihli bir raporuna göre 2002 yılında hastanelerde %20 düzeyinde olan elektronik bilgi sistemi bulunma oranı 2006 yılında %100'e ulaşmış, MR ve BT sayısı kamu-özel işbirliği yöntemiyle hizmet sunulması yoluyla 2002'den 2008 yılına artmıştır (yıllara göre sırasıyla MR 18'den 155'e, BT 121'den 318'e yükselmiştir).Öte yandan SB hastanelerinin verimliliği ile ilgili bir araştırma SDP sürecince teknolojik hastanelerdeki değişimin dalgalı bir seyir izlediğini göstermektedir. Genel hastaneler üzerine yapılan bu inceleme, “teknolojik gelişim indeks değerleri”nin özellikle 2004-2005 yıllarında %30 oranında gerilemenin yaşandığına ve “hastanelerin reformların öngördüğü teknolojik alt yapı iyileştirmeleri ve yenilikçi uygulamaları gerçekleştirilmede karşılaştıkları sorunlardan kaynaklandığı”na işaret etmektedir

Yukarıda özetlenmeye çalışılan kapsamda sağlık alanında kamu sağlık kurumlarının yapısal değişimi dikkat çekmektedir. Kamuya bağlı sağlık kurumlarının çeşitli biçimlerde özel sektör kuruluşlarına benzetilmeleri ve rekabete açık bir hale getirilmeleri değişimin ana eksenini oluşturmaktadır. Değişim kamu sağlık kurumlarını “kamusal şirketler”e dönüştürebildiği gibi, bu kurumları kendi kendini yöneten yapılara çevrilerek daha girişimci davranışlar sergilemesinin önünü açabilmek şeklinde de ortaya çıkabilmektedir. Bu noktada kamusal mülkiyet bir şekilde devam etmektedir ve piyasalaştırma sağlanmaktadır. “Piyasalaştırma” terimi “1990'ların başında İngiltere ve Galler'de Ulusal Sağlık Sistemi hastane sektöründe iç piyasa ya da yarı piyasanın sonuçları ve/veya

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

davranışını açıklamak” biçiminde kullanılmıştır. Böylece kamu/özel ayrımı dışında da biçimler ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizde devletin ve politikaların değişimine ilişkin olarak seksenli yıllar ve sonrasında yaşanan süreç içerisinde tarihçe açısından üzerinden durulan bazı başlıklar arasında “Sağlık Sektörü Master Planı(DPT,1991), 1. Sağlık Projesi (Dünya Bankası, 1990), I. Ulusal Sağlık Kongresi(1992), II. Ulusal Sağlık Kongresi (1993), 2. Sağlık Projesi (Dünya Bankası,1994)” sayılabilmektedir. Bu dönemde sağlık reformunun ana bileşenleri, “sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası’nın kurulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi, Sağlık Bakanlığı’nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması” biçiminde sıralanmaktadır. Devlet Planlama Teşkilatı(DPT) için yürütülen 1990 tarihli Sağlık Sektörü Master Plan çalışmasında sağlık sektörünün gelişimi için belirtilen stratejilerden biri “serbest pazar stratejisi”dir. Dünya Bankası ile imzalanan ve onaylanan İkraz Anlaşmaları ile alınan kredilerle(Birinci Proje’de 150 milyon USD, İkinci Proje’de 200 milyon USD) başlayan süreç bugün Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sürmektedir.

Sağlık Bakanlığı bu tarihten itibaren 1980-2002 arası dönemi “teorik reform çalışmalarının” yapıldığı dönem olarak ve 2002 yılı sonrasını “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Dönemi” olarak nitelirmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı bir çok bileşenden oluşmakta ve programın “**Etik, Politik ve Metodolojik Temelleri**” arasında “vatandaşların kaliteli sağlık hizmetlerine eşit biçimde erişmelerini gaye edinen “insan odaklı” etik anlayış” ile “ülkemizin sosyoekonomik gerçeklerine uygun, yapısal, planlı ve sürdürülebilir sistem” başlıklarına yer verilmektedir. Sağlık Bakanlığı “sağlıkta dönüşüm programının yapılmasını zorunlu kılan sebepler” başlığında dört ana gerekçe sırlamıştır: “Sağlık hizmetleri sunumundaki maliyet artışları, vatandaşın beklentilerinin artması, kamunun ödeme kapasitesinin sınırlı olması, kamudaki yönetim anlayışının vatandaş tarafından sorgulanmaya başlanması”.

Adı Sağlık Bakanlığı dokümanlarında 2003 yılında konya da dönüşümün temelleri 58, 59 ve 60. Hükümet programları ile şekillendirilmiş ve Sağlık Bakanlığı’nın Sağlıkta Dönüşüm Programı(SDP) dokümanı ile somut olarak çizilmiştir. Hükümet programlarında genel çerçeve aşağıdaki başlıklarda çizilmiştir:

- “Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması
- Özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasının özendirilmesi
- Hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulmaları ve bütünleştirilmeleri
- Genel Sağlık Sigortası
- Aile hekimliği uygulaması”

Bu genel başlıklar 2004 yılında Sağlık Bakanlığı SDP dokümanında ayrıntılandırılmıştır.

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
 - a. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
 - b. Etkili, kademeli sevk zinciri
 - c. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi

Bu bileşenlerle oluşan hat yukarıda çizmeye çalıştığımız “neoliberal dönüşüm” çerçevesine uygun bir seyir izlemektedir. Bu anlamda sağlık reformu dinamiklerine uygun olarak sağlık alanında devletin rolünü yeniden tanımlayan, özel sektör yönelimli, kamu sağlık kurumlarının yapı değişikliğine uğrattığı, piyasalaştırılmış bir sağlık sisteminin esas alındığı izlenmektedir.

SDP’nin hastaneleri etkileyen en önemli bileşenlerinin özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasının özendirilmesi ve hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulmaları ve bütünleştirilmeleri olduğu dikkat çekmektedir. Bu iki ana başlık ekseninde ilk olarak gerçekleştirilenler arasında başta SSK hastaneleri olmak üzere kamu kurumlarına bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı’na devri ile tek bir çatı altında toplanması ve özel sağlık sektörünün hizmet sunumunda sosyal güvenlik programlarının hizmet satın alma mekanizmaları ile yer bulmasını saymak gerekir. Kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanması ve diğer yandan da sosyal güvenlik ile ilgili kuruluşların(SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK) kapsamında birleştirilmeleri bu iki yapının sağlık sistemimizin ana aktörleri olmasını sağlamıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

gerek sağlık kurumu gerekse de personel istihdamı açısından, SGK ise sağlık kurumlarının ana geri ödeme kurumu olarak finansman açısından kilit bir role sahip olmuştur.

Kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinin bir diğer ve aslında asıl hedefi özertleştirme ve yerel yönetimlere devirdir. Bu hedef, 2005 yılında TBMM'de kabul edilen 5283 sayılı 'Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun'un gerekçesinde şöyle ifade edilmektedir: *"Kamu yönetimi reformunda sağlık kuruluşlarının mahalli idarelere devri için öngörülen beş yıllık geçiş süreci içinde tüm sağlık kuruluşlarının aynı standartta kaliteli ve maliyet etkili hizmet sunacak şekilde rehabilite edilmeleriyle birlikte mahalli idarelere devri nihai hedeftir"*. Yerel yönetimlere devir süreci ile birlikte sağlık sisteminde Sağlık Bakanlığının rolü de değişmekte, Sağlık Bakanlığı hizmet sunumundan çekilerek planlayıcı ve denetleyici bir konuma gelmektedir. Böylece devletin sağlık hizmeti üretmemesi, hizmeti piyasadaki aktörlerden(özel sektör ya da özertleştirilmiş, özele benzetilmiş kamu kurumları) satın alması esasına dayanan, sağlık reformunun "finansmanla hizmet sunumunun birbirinden ayrılması" özelliğine uygun bir sağlık sistemi oluşturulmaya çalışılmaktadır.

"Oldukça merkezi" bulunan Türkiye'deki yönetsel yapının yerel yönetimlere devri ve "desantralize" edilmesi de devletin rolündeki değişim sürecinde sürekli gündemde olmuştur. İki bin üç yılı sonrası Hükümet'in gündeminde yoğun olarak yer alan süreç, 2004 yılında yasalaşan Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile tamamlanmaya çalışılmış ancak dönemin Cumhurbaşkanı tarafından veto edilmiştir. Yönetimin, belirli Bakanlıklar dışında tüm taşra teşkilatlarının yerel yönetimlere devrini ve bakanlıkların hizmet sunumundan çekilerek düzenleyici role gelmesini öngören bu Kanun'un veto edilmesi ile sektöre uğrayan süreç, sağlık alanında hastanelerin yerel otoritelere devri ile sürdürülmeye çalışılmaktadır.

Devletin sağlık alanındaki rollerinin değişiminin ülkemize yansımalarına örnek olarak Türkiye'nin Avrupa Birliği uyum sürecinde yürürlüğe koyduğu 31 Aralık 2008 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan "Avrupa Birliği Mükteşebatinin Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı" dokümanı gösterilebilir. Bu dokümanın "ekonomik kriterler" başlığını taşıyan üçüncü bölümünde önümüzdeki dönemde Türkiye'de devletin bazı alanlardan tamamen çekilmesi (bankacılık, hava ve deniz ulaşımı ile lokomotif ve vagon üretimi, etbalık ürünleri piyasası, şeker, tütün ve çay ürünlerinin işlenmesi, petro-kimya sanayi, malzeme alımı, elektrik dağıtım ve toptan ticareti, şans oyunları, İMKB, altın borsası, çeşitli kamu hizmetleri-araç muayene istasyonları, otoyol/köprü işletmeciliği, çöp/atık toplama ve yeniden değerlendirme gibi belediye hizmetleri-, telekomünikasyon ve turizm), bazı alanlarda ise payını azaltılacaktır. Devletin payının azaltılacağı alanlar elektrik üretimi, su şebekesi, kanalizasyon altyapısı, sağlık, eğitim, savunma, radyo-televizyon yayıncılığı, doğal gaz piyasası, kömür ve diğer maden işletmeciliği olarak sıralanmaktadır.

KAMU HASTANE BİRLİKLERİ: KANUN TASARINDAN KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME'YE.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Kamu Hastane Birlikleri, TBMM gündemine ilk olarak 2007 yılında gelmiştir. Bakanlar Kurulu tarafından 19.01.2007 tarihinde Meclis'e sevki kararlaştırılmış ve 06.03.2007 tarihli Başbakanlık yazısı ile iletilen "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" adıyla TBMM'ye iletilmiştir. Tasarının gerekçe bölümünde aşağıdaki noktalara vurgu yapılmıştır:

- Ülkemizde kamu yönetimi ile ilgili tartışılan temel sorunlar, merkezi hükümete aşırı bağımlılık, bakanlıkların stratejik liderlik, verimlilik ve politika belirleme gibi temel fonksiyonlara yeterince zaman ayıramaması ve gereksiz ayrıntılara ve kırtasiyeciliğe boğulması, katılım yetersizliği, merkez ile taşra ve mahalli idareler arasında hizmete uygun olmayan görev dağılımı olarak belirtilmektedir.
- Yukarıda belirtilen çerçevede sağlık idarelerinin ve özellikle de hastanelerin hizmet sunumundaki rollerinin yeniden değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Konunun ülkemizde uzun yıllar tartışıldığı, bu amaçla 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile hastanelerin idari ve mali açıdan özerk hale getirilmesi için sağlık işletmesine dönüştürülmesinin yolunun açıldığı ancak 1988 yılında alınan bir Anayasa Mahkemesi Kararı ile Kanun'un bazı hükümlerinin iptali sonucu sağlık işletmesi modeline geçilemediği saptaması yapılmaktadır.
- Gerekçede, kalkınma planları ve rapor örnekleri verilerek(Dokuzuncu Kalkınma Planı, TODAİE'nin KAYA Raporu, Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu'nun 1996 tarihli raporu, Sayıştay'ın Hastaneler Performans Denetimi raporu) hastanelerin verimsizliğine gerekçe olarak yönetim anlayışındaki eksikliklere dikkat çekildiği belirtilmektedir.
- Ülkemizde sağlık hizmetlerinin önemli ölçüde merkezileştiği ve bu merkezileşmenin Bakanlığın asli görevlerinde yoğunlaşmasının önünde bir engel oluşturduğu belirtilmekte, yirminci yüzyılın ilk yarısında birçok hastanenin mahalli idareler tarafından işletildiği saptaması yapılmaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Gerekçede Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık alanında yaşanan değişimler özetlenerek bu değişimler kapsamında “hastane hizmetleri sunumunda karar verme, gelir elde etme ve harcama yapma yetki ve sorumluluklarının idari ve mali açıdan özerk kamu hastanelerine aktarılmasının zamanının geldiğine” inanıldığı belirtilmektedir. Buradan hareketle kar amaçlı olmayan, hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin şekilde hastane hizmeti hedeflendiği vurgulanmaktadır. Böylece tasarı ile kamu hastanelerinde yönetim otonomisi geliştirileceği, hastanelerin mahalli talep ve beklentilere duyarlılığı ve bunları süratle karşılayabilme yeteneklerinin arttırılacağı öngörülmekte, hastanelerin madde ve insan gücü anlamında her türlü kaynağı sınırsızca merkezden talep etmeleri yerine kendi kaynaklarından sorumlu birlikler haline dönüştürülmeleri amaçlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2011 yılında yayımlanan Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010) başlıklı dokümanında “Kamu Hastane Birlikleri” ile ilgili olarak aşağıdaki çerçeveye vurgu yapmaktadır :

“Sağlıkta Donuşum Programı’nın bir bileşeni olan ‘İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık kuruluşları’ çerçevesinde hazırladığımız ‘Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı’, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu ile Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunda görüşmeleri tamamlanarak TBMM genel kurulu gündemine getirilmiştir.

Bu tasarı ile hastane yönetimleri kapasitelerinin, kaynaklarının kullanımında ve ekonomik şartlarını değerlendirmede daha bağımsız ve esnek davranabilecektir. Özerk yönetim birimlerinin yetkileri ile birlikte sorumluluğu da artacak, bu yönetimler kaynaklarını, personel yatırımlarını, işletme giderlerini, bütçe ve hedeflerini, buldukları sorumluluk alanındaki stratejik iş yükünü dikkate alarak planlamaya yönlendirilecektir. Bu sorumlu otonominin, kaynakların daha akılcı yönetimi, verimlilik ve özellikle bütçenin ölçülü kullanımına yol açacağını beklemekteyiz.

Tasarı ile “Yerinden yönetim” ilkesinin belirginleşmesi sonucunda denetimin anlam ve önemi de artmaktadır. Bu tasarıda geçmiş değil gelecek, sorun çözme değil hedef belirleme yönelimli, katılımcı, sonuç ve hedef odaklı, vatandaş merkezli bir yönetim anlayışı benimsedik. Buna uygun olarak geçmişe ve şahıslara yönelik klasik denetim anlayışından ziyade hedeflere ve performans göstergelerine, sistemin işleyişine yönelik denetim anlayışını ön plana çıkardık.

Bu ve benzeri adımlarla rutin yüklerinden arındırılan Bakanlığımız; stratejik düşünme, geleceğe dair tasarım geliştirme, misyon ve vizyon geliştirme, temel amaç, politika ve öncelikleri şekillendirme, ölçülebilir başarı göstergeleri oluşturma, insan kaynakları geliştirme gibi esas görevlerine daha yoğun mesai ayırabilecektir. Bu aşamada yönetim anlayışındaki dönüşüm yansıtılarak Bakanlığımızın yeniden yapılandırılması tamamlanacaktır.

Bu Kanun Tasarısı ile kamu sağlık hizmetlerinin daha katılımcı, etkili, verimli, süratli, kaliteli, halkın talep ve beklentilerine daha duyarlı bir şekilde sunulmasını amaçlamaktayız.”

Sağlık Bakanlığı tarafından çizilen bu çerçevede, hastane yönetimlerinin daha bağımsız ve esnek hale getirilmesi ve özerk yönetim birimlerinin kaynaklarını, personel yatırımlarını, işletme giderlerini, bütçe ve hedeflerini kendilerinin planlayacağı bir yapıya kavuşturulması ve bu “sorumlu otonominin”, “kaynakların daha akılcı yönetimi, verimlilik ve özellikle bütçenin ölçülü kullanımına yol açacağını” beklenmesi söz konusudur.

Tasarı 2007 yılı Genel Seçim’i sonrası TBMM iç tüzüğü gereği aynı haliyle Ekim ayında yeniden TBMM’ye iletilmiştir. Tasarı, TBMM’de Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu ile Plan ve Bütçe Komisyonu’nda görüşülmüş, ilki 2007, ikincisi de 2010 yılında raporlarını tamamlayarak çeşitli değişiklik önerileri getirmiş ve tasarı Genel Kurula kadar gelmiş ve görüşülmeyi beklemeye başlamıştır. Genel Kurul’da görüşülmeyi bekleyen tasarı 2 Kasım 2012 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’de getirilen düzenlemeler ile hükümsüz sayılmıştır.

Tasarı ile öngörülen yapı ile KHK arasında ortaya konulan yapı arasında temel farklılıklar ve değişiklikler bulunmaktadır. Bu farklılıklar aşağıdaki başlıklarda özetlenmiştir

Statü

Kanun tasarısında KHB’nin “kamu tüzel kişiliğine sahip Sağlık Bakanlığı’nın ilgili kuruluşu statüsünde” olması öngörüldükçe 663 sayılı KHK’da statüye ilişkin olarak sadece “bağlı kuruluş statüsünde olduğu belirtilmiş” ve kamu tüzel kişiliğe dair bir ibare konulmamıştır. Böylece hazırlık aşamasında “kamu tüzel kişilik” yapısı getirilmesi ve “ilgili kuruluş” haline getirilmesi planlanan KHB, “bağlı kuruluş” yapılmıştır.

Teşkilat yapısı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tasarıda “Bakanlar Kurulu tarafından belirlenecek pilot illerde kamu hastane birlikleri kurulması” öngörülürken 663 sayılı KHK’da merkez ve taşra teşkilatı tanımlanmış, “merkez teşkilatı olarak Kamu Hastaneleri Kurumu, taşra teşkilatı olarak Kamu Hastane Birlikleri” belirtilmiştir.

Bu noktada gerek statü gerekse de teşkilat açısından mevcut mevzuatı incelemek ve bazı tanımları açmak gerekir. Ülkemizde geçerli Bakanlıkların kuruluşları ile ilgili mevzuata göre, ilgili kuruluş, “özel kanun veya statü ile kurulan, iktisadi devlet teşekkülleri ve kamu iktisadi kuruluşları ile bunların müessese ortaklık ve iştirakleri veya özel hukuki, mali ve idari statüye tabi, hizmet bakımından yerinden yönetim kuruluşları şeklinde” düzenlenmektedir. Bağlı kuruluş ise, “bakanlığın hizmet ve görev alanına giren ana hizmetleri yürütmek üzere, bakanlığa bağlı olarak özel kanunla kurulan, genel bütçe içinde ayrı bütçeli veya katma bütçeli veya özel bütçeli kuruluşlar” biçiminde tanımlanmaktadır. Bakanlıkların taşra teşkilatlanması ülkemizde üç türde izlenmektedir: “İl valisine bağlı il kuruluşları, Kaymakama bağlı ilçe kuruluşları, doğrudan merkeze bağlı taşra kuruluşları”. 663 sayılı KHK ile sağlık sitemimizde yönetim açısından önemli değişimlerden biri birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarının Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu yapılanmaları ile doğrudan merkeze bağlı hale getirilmeleri ve il ve ilçelerdeki yönetsel yapının değişimidir. Diğer bir yönüyle bilindiği gibi tüzel kişilik, “bir amacı gerçekleştirmek üzere kurulmuş örgütler” olarak tanımlanmakta, kamu tüzel kişilikleri de yasalarla kurulmakta ve kamu alanında tüzel kişiliği oluşturmaktadır. Kamu alanındaki örnekleri arasında, belediyeler, köyler, kamu iktisadi devlet teşekkülleri(KİT), üniversiteler yer almaktadır. KHB’nin başlangıçta öngörülen ve hastaneleri bir tür “kamu iktisadi teşebbüsü”ne dönüştürmeyi öngören yapısı, 663 sayılı KHK ile değişime uğratılmıştır.

Yönetim organları

Tasarıda KHB yönetim organları “Yönetim Kurulu (*KHB’nin en üst karar ve yürütme organı*), Genel Sekreterlik, Hastane Yöneticiliği” olarak öngörülürken 663 sayılı KHK’da “Genel sekreterlik (*KHB’nin en üst karar ve yürütme organı*) ve Hastane yöneticiliği” karar organı olmuştur. Bu değişim birkaç yönden incelemeye ihtiyaç duymaktadır. Tasarıda Yönetim Kurulu birliğin en üst karar organı olarak oluşturulmuştur ve yedi üyesi bulunmaktadır. Bu üyeler, tasarıda “İl genel meclisi tarafından belirlenen bir üye (hukuk öğrenimi görmüş), İl genel meclisi tarafından belirlenen yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir bir üye, Vali tarafından belirlenen bir üye (işletme, iktisat veya maliye alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş), Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen tıp öğrenimi görmüş bir üye, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen sağlık sektöründe tecrübe sahibi ve alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye, Ticaret ve sanayi odası veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde ticaret odası tarafından belirlenen, en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye, İl sağlık müdürü veya aynı ilde birden fazla birlik bulunması halinde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek il sağlık müdür yardımcılarında birisi” olarak sıralanmaktadır. Tasarının bu madde ile ilgili gerekçesinde “mahalli talep ve beklentilerin yansıtılması, eğitim ve meslek itibarı ile katkı sağlayacak yerel temsilcilere yer verilmesi” vurgulanmaktadır. 663 sayılı KHK’da KHB yönetsel şeması içerisinde yönetim kurulu vb bir yapıya yer verilmemiş, Genel Sekreterlik ana yönetim organı olmuştur. Bu durum düzenleme amacının içinde yer alan ve “ticaret ve muhasebe” alanlarının olduğu “yerel katılım” unsurunun göz ardı edildiğini göstermektedir.

Yürütme organının görevleri/yetkileri

Tasarıda yönetim kurulu olarak öngörülen yapıya birçok kritik görevin verildiği izlenmektedir. Görevler aşağıdaki başlıklarda sıralanmıştır:

- Yıllık performans programı hazırlamak,
- Mevcut kapasitelerin değerlendirilerek hastane ve ünitelerinin kurulması, kapatılması, birleştirilmesi veya niteliğinin değiştirilmesi konusunda Bakanlığa öneride bulunmak,
- Acil sağlık hizmetleri, yoğun bakım, diyaliz üniteleri gibi hizmetleri bölge düzeyinde planlamak,
- Maliyeti yüksek ve ileri teknoloji ürünü olan tıbbi cihazları temin etmek, kiralamak ve bunları verimli şekilde dağıtmak,
- Hizmetin kesintisiz sunumuna yönelik tedbirleri geliştirmek,
- Yeni yatırım ihtiyaçlarını belirlemek, onarım, tadilat ve bakım yaptırmak,
- Personel planlamasını yapmak ve birlik bünyesinde personel hareketlerini sağlamak,
- Birlik bütçesi, bilançosu, yıllık mali tabloları ve faaliyet raporu ile yatırım tekliflerini karara bağlamak,
- Genel hükümler çerçevesinde hak ve alacaklardan vazgeçmeye, ihtilafların uzlaşma veya tahkim yoluyla çözümlenmesine, dava ve icra takiplerini sulhe, kabule, feragat ve kanun yollarına başvurulmamasına karar vermek,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işlettirmek,
- İhtiyaç duyulması halinde tıbbi uzmanlık hizmeti satın alınmasına karar vermek,
- Birliğin iç çalışma usulleri ile ilgili düzenlemeleri yapmak.

663 sayılı KHK'da ise KHB yönetim organının(Genel Sekreterlik) görevlerinin tasarıya göre daha teknik düzeyde tutulduğu izlenmektedir:

- Birliği belirlenen hedef, politika ve stratejilere, ilgili düzenlemelere ve performans programına göre yönetmek.
- Birliğin faaliyet ve işlemlerini denetlemek, yönetim sistemlerini değerlendirmek, işleyiş ve yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek, yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesini sağlamak.
- Birlik bünyesindeki sağlık kurumlarında etkili ve verimli hizmet sunumunu sağlamak, bu amaçla kaynak ve personel ihtiyaçlarını tespit etmek, istihdam planlaması yapmak ve personel hareketlerini gerçekleştirmek.
- Hastaneler arası koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak.
- Bütçe ve yatırım tekliflerini hazırlayarak Kuruma sunmak.
- Birlik ile ilgili istatistikî bilgilerin takibini sağlamak, birliğin malî tablolarını birleştirmek ve alınabilecek önlemler hakkında Kuruma önerilerde bulunmak.
- Hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesini, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasını sağlamak.
- İlgili mevzuat çerçevesinde birlik gelirlerinin tahakkuk ettirilmesini, gelir ve alacakların takip ve tahsili ile harcama işlemleri ve muhasebe hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.
- Birlik ile ilgili diğer görevleri yürütmek.

Personelin statüsü

Tasarıda personel statüsünde değişim yok gibi görünse de belirli pozisyonlarda sözleşmeli personel çalıştırılması öngörülmüştür. Bu pozisyonlar dışındaki personelin statüsü korunmakta ancak birliğe devredilen hastanelerdeki döner sermayeye bağlı çalışanlar kadrolarıyla birlikte başka hastanelere kaydırılmaktadır. Burada dikkat çekici bir nokta şudur: hastane birliklerinde çalışacak personel sayısı yönetim kurulunun görüşü alınarak, Sağlık Bakanlığı tarafından yıllık olarak belirlenmektedir. Belirlenen kadro ve pozisyon sayısı dışında personel istihdam edilmesi halinde yapılan harcamalardan atamaya veya sözleşme yapmaya yetkili amire sorumluluk yüklenmekte ve pilot uygulama kapsamında 6820 personelin sözleşmeli olarak çalıştırılması planlanmaktadır.

663 sayılı KHK ile gerçekleşen ise belirli pozisyonlarda sözleşmeli statüde personel istihdam edilmesi (bu pozisyonlar da birlik ve hastane yöneticileri için oluşturulmaktadır) ve bunun dışında "Bağlı kuruluşların personeli 657 sayılı Kanuna tâbidir" şeklinde genel bir ifadeye yer verilmesidir. Ayrıca 17.7.2012 tarih ve 28351 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 663 sayılı KHK'nın Kamu Hastane Birlikleri bölümünün "Sözleşmeli personelin malî hakları ve yükümlülükleri" başlıklı bölümüne aşağıdaki fıkra eklenmiştir: "Devlet hizmeti yükümlülüğünü yapmakta olan personel, atanmış olduğu sağlık kurumunda bu madde kapsamında sözleşmeli personel olarak çalıştırılabilir. Ancak il merkezindeki sağlık kurumlarına atanmış olan Devlet hizmeti yükümlüleri Birlik merkezinde de sözleşmeli personel olarak çalıştırılabilir. Bu personelin sözleşmeli olarak geçen süreleri Devlet hizmeti yükümlülüğünden sayılır."

Finasman

Tasarının "birliğin sermayesi, gelirleri, giderleri, bütçesi, muhasebesi, denetimi" başlığını taşıyan altıncı maddesinde "birlik sermayesi; devredilen sermaye, birlik karları, bağış ve yardımlar ile gerektiğinde Devletçe yapılacak yardımdan oluşur" ibaresine yer verilmiş ve birlik gelirleri aşağıdaki başlıklarda sıralanmıştır:

- "Her türlü muayene, teşhis tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil, ameliyat ve benzeri sağlık hizmetleri, karşısında elde edilen gelirler.
- Üretilip satışı sunulacak ilk madde, malzeme, mamul aşı, serum, protez ve benzerleri karşılığında elde edilecek gelirler
- İlaç, insan kanı ve kan ürünleri vb madde ve malzemeler karşılığında elde edilecek gelirler
- Tapuda birlik adına kayıtlı olan taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satışı, kiralanması, işletilmesi, ve işlettilmesinden elde edilecek gelirler ile Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazların

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiralanması, işletilmesi veya işlettilmesinden elde edilecek gelirler

- Sağlık alanında verilecek kurs, seminer, eğitim, araştırma, yayın ve danışmanlık hizmetlerinden elde edilen gelirler,
- Bağış ve yardımlar,
- Gerektiğinde Devletçe yapılacak yardımlar”

663 sayılı KHK’da ise KHB ile ilgili olarak birliğin finansmanına dair herhangi özel bir ifade ve maddeye yer verilmemiştir.

Sıralanan bu başlıklarda tasarı ve KHK arasında yapısal açıdan çok büyük farklılıklar olduğu izlenmektedir. Tasarı ile “kamu tüzel kişiliğinde”, bir yönetim kurulunun yönetiminde, mali ve idari açıdan birçok ve geniş yetkilerle donatılmış, kendi gelir ve giderlerini kendisi oluşturan bir yapı öngörülürken 663 sayılı KHK ile “bağlı kuruluş” statüsünde daha sınırlı yetki ve görevlerle donanmış bir KHB oluşturulmuştur. Bu açıdan bakıldığında başlangıçta amaçlanan yapısal değişim tam anlamıyla gerçekleştirilememiştir. Bu açıdan, hastanelerin idari ve mali açıdan özkerleşmelerini amaçlayan değişim SDP açısından ne denli amacına ulaşmıştır tartışılabilir. Dünya Bankası, özkerleşirmeyi kamu kurumları için “kamu örgütlerinin performansını iyileştirmek için” piyasaya uygun davranmalarını sağlayacak reformlar olarak tanımlamaktadır. Bu reformlarda karar alma yetkisi ile birlikte “ücret, personel alma ve kadro üzerindeki yetkinin devri” de söz konusudur.

Genel olarak değerlendirildiğinde ve 663 sayılı KHK’nın getirdiği yeni yapıyla birlikte ele alındığında, KHB, kamu hastanelerinin yerel yönetimlere devrine dair bir hazırlık olarak değerlendirilebilir. “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Kanun Tasarısı ve Sağlık Kanunu Tasarısı” ile gerçekleştirilmesi planlanan bu süreç, çeşitli nedenlerle aksamış, 2007 yılına KHB’ye yönelik bir Kanun ile gerçekleştirilmesi planlanmış ancak 663 sayılı KHK ile başlangıcından farklı bir yapıda yürürlüğe konulmuştur.

Kamu Hastane Birlikleri, sağlık reformunun genel çerçevesi içerisinde kamu sağlık kurumlarının yapılarını değiştiren, onları piyasa işleyişine uygun bir yapıda işletmeleştirmeyi amaçlayan bir dizi düzenlemenin parçasıdır. Kamu kurumlarının piyasaya uygun hale getirilmesi ve kamu sağlık kurumlarının yapılarının özel sektöre benzetilmesi ekseninde gelişen bu düzenlemeler sağlık alanında piyasalaşmaya yol açacak ve kamu-özel sınırlarını belirsizleştirecektir. Kapitalizmin ihtiyaçları çerçevesinde sağlık alanının yeniden dizaynını amaçlayan bu düzenlemenin sağlık çalışanlarına etkisini değerlendirmek açısından OECD’nin “Sağlık Sistemi İncelemeleri TÜRKİYE” başlıklı yayında ‘Türkiye’deki SB (Kamu) Hastanelerinin Reforme Edilmesi’ başlıklı bölümde (44. sayfa) yer alan cümleler düzenlemenin amacını ve kimler için olduğunu göstermektedir:

“Kanun, bölgesel düzeyde ortak bir hastane birliği oluşturulması imkânını da sunmaktadır. Bu birlik, program planlama, bütçeleme ve uygulamayı ortaklaşa üstlenecek bir hastaneler ağından meydana gelecektir.

Pilot hastane birlikleri, sağlık personeli işe alımı ve kaynak tahsisi kararları konusunda daha fazla özerkliğe ve esnekliğe sahip olacaktır. Hastane çalışanları, artık kamu çalışanı sınıfında olmayacak ve artık sağlık sektöründe ömür boyu istihdam hakkına sahip olmayacaklardır. SB, hizmet kalitesini garanti etmekten ve hastane birliklerinin SB standartlarına uymalarını sağlamaktan sorumlu olacaktır”

Kaynaklar

1. McKee M., Healy J. (2002) Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/98401/E74486.pdf
2. McKee M., Healy J. (2000) The role of the hospital in a changing environment. Bulletin of the World Health Organization, 78;(6): 803-810.
3. Harding A., Preker A.S. (2000) Understanding Organizational Reforms The Corporatization of Public Hospitals. <http://www.who.int/management/facility/hospital/Corporatization.pdf>
4. Edwards N., Wyatt S., Mc Kee M., (2004) Configuring the hospital in the 21st century, Policy bifer no:5. European observatory on health systems and policy.
5. McCulloch P. Surgical professionalism in the 21st century, Lancet 2006; 367: 177–81.
6. Civaner M., (2005). Teknoloji Sağlık Hizmetlerine Bakışımızı Nasıl Etkiliyor, TTB Toplum ve Hekim dergisi 20(4): 279-284.
7. McKinlay J.B., Marceu L.D.,(2002). The end of golden age of doctoring. International Journal of Health Services, 32(2): 379-416.
8. McKinlay J.B., Marceu L.D. (2008). When there is no doctor: Reasons for the disappearance of primary care physicians in the US during the early 21st century. Social Science & Medicine 67: 1481–1491
9. TELETIP , Sağlık Bakanlığı sağlık-net web sayfası http://www.sagliknet.saglik.gov.tr/portal_pages/notlogin/bilisimciler/bilisimciler_teletip.htm erişim tarihi: 20 nisan 2010

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

10. Roberts M.J. ve ark. Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Performans ve hakkaniyetin geliştirilmesi için bir kılavuz. Çev ed: Akdağ R. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2009.
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sarefdoyap.pdf>
11. Karahanoğulları O. (2004). Kamu Hizmeti, Kavram ve Hukuksal Rejim. İnternet paylaşımı, 2004.
<http://80.251.40.59/politics.ankara.edu.tr/karahan/makaleler/kamuhizmeti.pdf>. Erişim tarihi:Ağustos 2012.
12. Karasu K., (2009). Yeni 'Kamusal' Örgütler: Kamu Yararı Şirketleri. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi 64-3 : 117-147 <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/42/998/12145.pdf>
13. Baltacı C., (2004). Yeni Sağ Üzerine Bir Eleştiri, SDÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 9;(2):359-373
14. Küçük A., (2010). Sağlık Hizmetlerinde Reform: "Kamu Hastane Birlikleri" Modeli Üzerine. İçinde: Kamu Yönetimi Çalışmaları Kamu Yönetimi ve Reform Ankara 2010 Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi (Yönetimi Bilimleri) Anabilim Dalı.
http://perweb.firat.edu.tr/personel/yayinlar/fua_1624/1624_61541.pdf#page=206 . Erişim tarihi: Ağustos 2012.
15. Kıyan Z., (2010). GATS ve Küreselleşen Kamu Hizmetleri: Türkiye ve Telekomünikasyon Örneği. İçinde: Kamu Yönetimi Çalışmaları Kamu Yönetimi ve Reform Ankara 2010 Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi (Yönetimi Bilimleri) Anabilim Dalı.
http://perweb.firat.edu.tr/personel/yayinlar/fua_1624/1624_61541.pdf#page=206 . Erişim tarihi: Ağustos 2012.
16. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi (1998). Ed: Saltman R.B., Figueras J.Avrupa Sağlık Reformu, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
17. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu 2008. Ed:Akdağ R.
http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf
Erişim: Ağustos 2012
18. Kamu hastanelerinin genel verimliliği araştırma raporu. Ed: Akdağ R. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü yayını 2011 Ankara.
http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/kamu_hastanelerinin_genel_verimliliğinin_degerlendirilmesi.pdf Erişim:Ağustos 2012
19. Sağlık Bakanlığı, (2011). Kamu hastanelerinin genel verimliliği araştırma raporu. Ed: Akdağ R. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü yayını, Ankara.
http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/kamu_hastanelerinin_genel_verimliliğinin_degerlendirilmesi.pdf Erişim:Ağustos 2012.
20. Gökbayrak Ş., (2003). Belediyelerce Sunulan Kentsel Hizmetlerin Özelleştirilmesi Çerçevesinde Taşeronluk Ve Çalışma İlişkileri Üzerine Etkileri, TTB Mesleki sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık, 16: 30-37.
21. Datzova B., (2003) Health Care Reform and Inequality of Access to Health Care in Bulgaria,
<http://www.unrisd.org/publications>, Aralık 2006
22. Koulaksazov, S. ve ark. (2003). In Tragakes, E. (ed.) Health care systems in transition: Bulgaria. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 5(2),
<http://www.euro.who.int/document/e81760.pdf>
23. Saltman R., (2003). Melting public-private boundaries in European health systems, European Journal of Public Health, 13: 24-29.
24. Gümüsel B., (2006). Türkiye'de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi HUSEP etkinlikleri
<http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Etkinlik.html>, Erişim tarihi: Ağustos 2012.
25. Belek İ., (2012). Sağlıkta Dönüşüm, Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı, Yazılama Yayınevi, İstanbul.
26. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010). Ed:Akdağ R. 2011
[http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_\(2003_2011\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf) Erişim:Ağustos 2012.
27. Resmi Gazete web sayfası, 31 Aralık 2008 tarihli Resmi Gazete.
<http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx>
28. Health Systems in Transition. Turkey Health system review. Vol. 13 No. 6, 2011.
http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkey_health_system_review.PDF Erişim:Ağustos 2012.
29. TBMM web sayfası, 5283 sayılı Kanun, erişim: Ağustos 2012
30. 06.03.2007 tarihli Başbakanlık yazısı Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı metni TBMM web sayfası, erişim: Ağustos 2012.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

31. 10.10. 2007 tarihli Başbakanlık yazısı, Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı metni TBMM web sayfası, <http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf> erişim: Ağustos 2012.
32. TBMM web sayfası
http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tasari_teklif_gd.onerge_bilgileri?kanunlar_sira_no=55559
erişim:Ağustos 2012.
33. Öztekin Z. 2004. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi. Palme Yayıncılık, Ankara.
34. OECD (2008) Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye.
<http://siteresources.worldbank.org/TURKEYINTURKISHEXTN/Resources/455687-1235059017165/OECDReviewsOfHealthSystemsTurkey-> Erişim tarihi: Ağustos 2012.
35. Bakanlıkların Kuruluş Ve Görev Esasları Hk. 174 S. Khk İle 13/12/1983 Gün Ve 174 S. Bakanlıkların Kuruluş Ve Görev Esasları H. KHK.nin Bazı Maddelerinin Kaldırılması Ve Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi H. 202 S. KHK.nin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun.
<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/684.html> Erişim: Ağustos 2012.
36. Akdağ R. (2010), Sağlık Bakanlığı 2011 Mali Yılı Bütçesinin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu, 23 Kasım 2010. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-70239/h/2011-butce.pdf> . Erişim tarihi:Ağustos 2012.
37. Ataay F., (2007). Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme
http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kamu_hastane.pdf . Erişim tarihi:Ağustos 2012.
38. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Resmi Gazete web sayfası 12.7.2012 tarih ve 28351 sayılı Resmi Gazete
<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/07/20120717.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/07/20120717.htm>

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

SAĞLIĞI GELİŞTİRMEK İÇİN KULLANILAN STRATEJİLER

Prof.Dr. Zeynep ŞİMŞEK

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş

Literatürde sağlığı geliştirme kavramına ilk olarak 1920'lerde Winslow'un yaptığı halk sağlığı tanımında rastlanmaktadır. 'Halk sağlığı, çevre sanitasyonu, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kişiye yönelik sağlık uygulamaları konusunda bireylerin eğitimi, erken tanı ve tedavi hizmetleri, sağlığın iyileştirilmesi/sürdürülmesi amacıyla herkesin yeterli yaşam standardına erişilmesi için sosyal gelişimin desteklenmesine yönelik **organize edilmiş toplumsal çabalar yoluyla sağlığın geliştirilmesi**, iyilik halinin sürdürülmesi, yaşamın uzatılması ve hastalıkların önlenmesi bilimi ve sanatıdır'.¹ 1946'da İngiliz Tıp Tarihçisi Sigerist de herkesin sağlığına kavuşabilmesi için sektörlerarası işbirliğini önkoşul olarak belirlemiş ve 'sağlık, yeterli yaşam standardı, iyi çalışma koşulları, sağlığı destekleyici eğitim, kültür ve uygun dinlenme araçları sağlanarak geliştirilir' ifadesini kullanmıştır. 1947'de Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı sağlık tanımı bütüncül bir yaklaşımla ele alınmış ve sağlığın temel belirleyicilerine vurgu yapılarak 'sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hali' olarak tanımlanmıştır. 1946 - 1974 yılları arasındaki 30 yıllık dönemde endüstrileşmiş ülkelerde bağışıklama, atıkların uygun şekilde imhası, sütün pastörizasyonu gibi temel halk sağlığı önlemleri ve yoksulluğun / kötü yaşam koşullarının ortadan kaldırılmasına yönelik ekonomik önlemlerle bulaşıcı hastalıkların insidansı azalmıştır. Bu dönemde Kanada başta olmak üzere batı ülkelerinde sigara içme, yağlı diyet, alkol, fiziksel hareketsizlik gibi sağlıksız davranışların ortadan kalkması için sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesine ilginin arttığı görülmektedir. 1972'de sağlıklı yaşam biçimlerinin gelişmesi için medya kampanyalarının başladığı, 1974'de Lalonde raporunda sağlığı geliştirmenin bir model olarak tanımlandığı, 1978'de Kanada'da dünyada ilk kez Sağlık ve Sosyal Refah Departmanı altında beslenme ve sigara gibi yaşam biçimlerine yönelik çalışmalar yapmak üzere Sağlığı Geliştirme Birimi'nin kurulduğu, 1979'da Toronto Üniversitesi'nde sağlığı geliştirme programının açıldığı, 1979-1984 yılları arasında bireyin ve toplumun sağlık durumunu etkileyen sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilere yönelik araştırmaların arttığı görülmektedir.

Yapılan araştırmalara dayalı olarak, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmalarında sosyal ve ekonomik engelleri göz ardı ettiği için Lalonde raporu eleştirilmeye başlanmış, 1984'de 'Sağlıklı Şehirler Hareketi' başlamış, 1986'da ilk kez uluslararası sağlığı geliştirme konferansı düzenlenmiş ve sağlığı geliştirme uygulamalarına yönelik bir çerçeve belirlenmiştir. 1986- 1991 yılları arasında halk sağlığı bölümlerine, toplum sağlığı merkezlerine sağlığı geliştirme eğitimi almış kişiler atanmış, sağlığı geliştirme projelerine fonlar verilmiş, 1991-1996 yılları arasında yaşanan ekonomik krizler, sosyal güvenlik ağlarının çökmesi gibi önemli güçlükler nedeniyle sağlığı geliştirme alanında yeni çözüm arayışları başlamıştır. 1997'de Jakarta Konferansında sağlığı tehdit eden en önemli belirleyicinin yoksulluk olduğu, küreselleşme ve çevresel bozulmalar nedeniyle bu durumun daha da derinleşeceği, bu nedenle sosyal adalet, eşitlik ve sürdürülebilirlik gibi konuların ele alındığı görülmektedir.

Uluslararası düzeyde sağlığı geliştirme alanında 7 konferans gerçekleştirilmiş ve bu konferanslarda sağlığı geliştirme stratejileri ve araçları tartışılmıştır. (1986 Ottawa -Ottawa Sözleşmesi-, 1988 Adelaide -Sağlıklı kamu politikaları oluşturma-, 1991 Sundsvall -Destekleyici çevreler-, 1997 Jakarta -Yeni alan için yeni oyuncular-, 2000 Mexico -Eşitliği sağlama-, 2005 Bangkok -Eylem için ortak politika geliştirme; sağlığın belirleyicileri- ve 2009 Nairobi -Sağlığı geliştirme ve kalkınma; uygulamadaki boşlukları giderme-).² Yapılan konferanslar incelendiğinde sağlığı geliştirme kavramını ortaya çıkaran olguların; kronik hastalıklardaki artış, sağlık sorunlarının çoğunun kişilerin yaşam biçimleriyle ilişkili olduğunun belirlenmesi, sağlık sorunlarının ortaya çıkışında biyolojik faktörler

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yanı sıra sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel faktörlerin etkisinin kanıtlanması, yalnızca sağlık eğitiminin etkisinin sınırlı olduğunun görülmesi ve yaşam kalitesine ilginin artışıdır.³

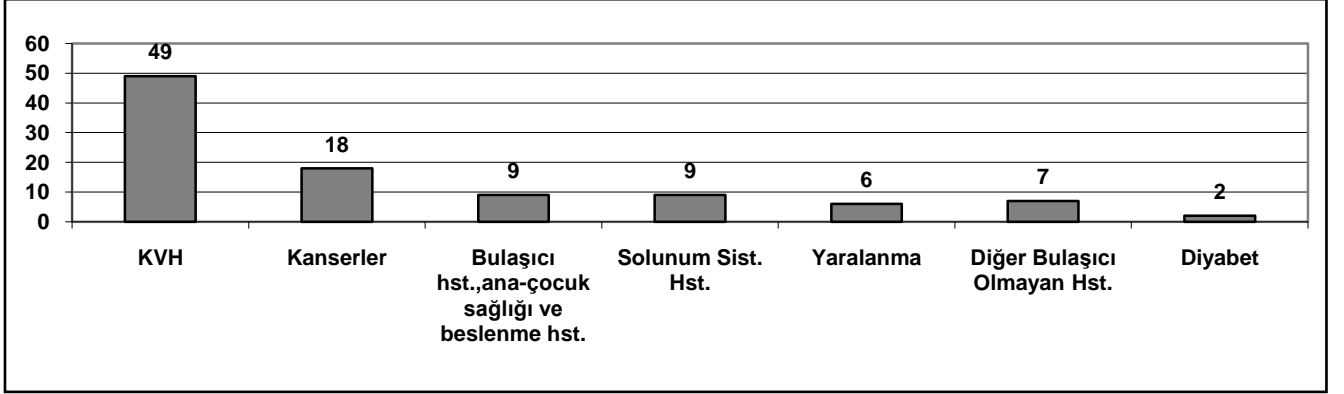
Sağlığı geliştirme, bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek için onların sağlığı tehdit eden faktörler üzerinde kontrollerini arttırmayı sağlayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı geliştirme uygulamalarında biyomedikal, davranışsal ve sosyal - çevresel modeller birlikte kullanılmaktadır. Biyomedikal model sağlığı hastalık ya da bozukluğun olmayışı olarak tanımlarken, davranışsal model kişinin sağlıklı yaşam biçimlerini seçmesi olarak, sosyal-çevresel model ise toplumun ve bireyin sağlığına engel olan sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerin ortadan kaldırılması olarak ele almaktadır. Dolayısıyla sağlığı geliştirme stratejileri bireylerdeki davranış değişimini (*sağlık inanç modeli, planlı eylem teorisi, önceden önlem almayı benimseme, değişim aşamaları, sosyal öğrenme teorileri*), toplumsal değişimi (*toplum organizasyonu, yeniliklerin yayılması, proceed-preceed modeli*) kurumsal değişimi ve sağlıklı toplum politikalarının gelişimini açıklayan teorilere dayalı olarak geliştirilmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde bireyleri, kurumları ve toplumu güçlendirme temeline dayanan sağlığı geliştirme stratejilerinin beş alanı kapsadığı görülmektedir. Bunlar; 1. Bireysel güçlendirme (sağlık eğitimi, sağlık okur-yazarlığı), 2-Toplumu güçlendirme, 3-Sağlık sistemini güçlendirme, 4- Sağlıklı toplum politikaları inşa etmek için sektörler arası işbirliği, 5-Sağlığı geliştirmede kapasiteyi arttırmadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yaşanan sağlık sorunlarının çözümünde ve 'Herkes İçin Sağlık' politikası ile 'Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmada sağlığı geliştirme anahtar bir strateji olarak değerlendirilmektedir.³ Belirtilen stratejilerin uygulanmasında, toplumun sosyo-kültürel yapısı ve sağlık alt yapısına göre farklılıklar olmakla birlikte; farklı iletişim kanallarının kullanıldığı sağlık iletişimi teknikleri, sosyal pazarlama, savunuculuk, sağlık okur-yazarlığı, kendi kendine ve karşılıklı yardım grupları, liderliği geliştirme, kurumsal değişim ve politika geliştirme sık kullanılan araçlardır.¹

Sağlığı Geliştirme Stratejilerinin Ortaya Çıkmasında Etkili Faktörler

Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Artışı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2008 yılında meydana gelen toplam 57 milyon ölümün %63'ünün bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olduğu, bu ölümlerin %80'inin de düşük ve orta gelirli ülkelerde görüldüğü bildirilmiştir. Uygun müdahaleler yapılmadığı takdirde 2008 yılında 17 milyon olan kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin 2030 yılında 25 milyona, 7.6 milyon kansere bağlı ölümün de 13 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin %48'ini kardiyovasküler hastalıklar (KVH), %21'ini kanserler, %12'sini kronik solunum sistemi hastalıkları ve %3.5'ini diyabet oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalar yüksek kan basıncının ölümlerin %13'ünden, sigara tüketiminin %9'undan, yüksek kan şekerinin %6'sından, fiziksel hareketsizliğin %6'sından ve obezitenin %5'inden sorumlu olduğunu göstermektedir. Dünyadaki akciğer, meme, kolon, mide ve karaciğer kanserlerine bağlı ölümler de belirtilen davranışsal risk faktörleri yanı sıra, Hepatit B, C, HPV ve HP'ye bağlıdır. DSÖ tahminlerine göre, Türkiye'de ölümlerin %85'ini bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu (Şekil 1), yaşa göre standartlaştırılmış ölüm hızları incelendiğinde, bütün bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin kadınlarda yüzbinde 474,8, erkeklerde yüzbinde 707,6; günlük sigara içme sıklığının kadınlarda %17,3, erkeklerde %45,9, fiziksel hareketsizlik prevalansının kadınlarda %48,1, erkeklerde %61,2 olduğu belirtilmektedir. Tablo 1'de Türkiye'de de metabolik risk faktörlerinin prevalansı verilmiştir.⁴

Şekil 1. Toplam Ölümlerin Nedenlerine Göre Dağılımı (Tüm yaşlar için)-(Yüzde)



WHO, NCD County Profiles, 2011.

Tablo 1: Türkiye’de Metabolik Risk Faktörleri (Yüzde)

Risk Faktörleri	Erkek	Kadın	Toplam
Yüksek kan basıncı	32,5	33,0	32,8
Yüksek kan şekeri	9,0	9,1	9,0
Şişmanlık	59,7	64,1	61,9
Obezite	21,7	34,0	27,8
Yüksek kolesterol	37,2	39,3	38,3

*2008 yılı tahmin edilen prevalans, WHO, NCD County Profiles, 2011.

Dünyada ve Türkiye’de morbidite ve mortaliteyi arttıran diğer hastalık grubu ise ruhsal bozukluklardır. Bilindiği gibi, 2020 yılında toplam hastalık yükünün %15’ini ruhsal bozuklukların oluşturacağı, iskemik kalp hastalıklarından sonra 2. sırada depresyonun yer alacağı tahmin edilmektedir. Her 4 kişiden birinde yaşamı boyunca bir ya da daha fazla ruhsal bozukluk gelişeceği bildirilmektedir. ⁵⁻⁶ Yapılan çalışmalar, ruhsal bozuklukların cinsiyet, yaş, kalıtım gibi biyolojik faktörler yanı sıra fiziksel ve sosyo-kültürel çevre faktörlerinden etkilendiğini ortaya koymuştur. Dolayısıyla, fiziksel ve psiko-sosyal sağlık sorunlarının etyolojisinde benzer sosyal, çevresel ve ekonomik belirleyiciler rol oynadığından, ruh sağlığının geliştirilmesi için de, destekleyici ve sağlıklı çevre koşulları oluşturmak, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak temel stratejilerdir. ⁶

Yeni Enfeksiyon Hastalıklarının Ortaya Çıkışı ve Kontrol Altına Alınanlarda Tekrar Epidemilerin Görülmesi

1970’li yılların başlarında sanitasyon, aşılama ve antibiyotikler sayesinde enfeksiyon hastalıkları alanında önemli iyileşmeler elde edilmiş olmakla birlikte, 1975 yılından bu yana tüm dünyada otuza yakın yeni bulaşıcı hastalık kaydedilmiştir. Dünya genelinde yeni ortaya çıkan ya da olgu sayısı artan ve erken ölümlere neden olan enfeksiyon hastalıklarından bazıları AIDS/HIV, şarbon, klamidya enfeksiyonu, kolera, difteri, eritem, ensefalit, enterohemoraji, escherichia coli, giardiazis, gonore, leprazi, hemolitik üremik sendrom, hepatit A-B-C-D, sıtma, meningokok hastalığı, poliomyelit, paralitik polio, rubella, konjenital rubella sendromu, salmonellozis, SARS, şigella, sifiliz, tetanos, tüberküloz, influenza A, H5N1 kuş gribi, H1N1 domuz gribidir. ⁷

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Artan anti mikrobiyal direnci, halk sağlığı hizmetlerinin gücünü kaybetmesi, ekolojik değişiklikler ve toplumun HIV nedeniyle bağışıklık sisteminin zayıflamasına bağlı tüberküloz, sıtma, kolera gibi hastalıklar tekrar sorun olmaya başlamıştır. İshalli hastalıklar ve solunum sistemi hastalıkları her yıl yedi milyondan fazla çocuğu öldürmektedir.⁸ Semenza tarafından 1999 – 2010 arasında Avrupa’da enfeksiyon hastalıklarının sosyo ekonomik belirleyicilerinin incelendiği literatür taramasında, gelir durumu ve eğitim gibi sağlığın yapısal belirleyicileri ve kalabalık yaşam, çalışma koşulları, gıdaya yeterli düzeyde ulaşamama, yüksek riskli cinsel davranışlar gibi belirleyiciler etkilenim düzeyinde farklılıklara neden olduğu saptanmıştır. Örneğin en yüksek ölüm hızlarının en düşük öğrenim düzeyinde, enfeksiyon hastalıklarının çoğunluğunun ise alt sosyo-ekonomik düzeyde ve göçmenlerde görüldüğü saptanmıştır.⁹ Dolayısıyla kontrol programlarının hassas gruplara daha fazla öncelik verecek şekilde güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Bölgesel olarak doğušta beklenen yaşam süresinde düşme

1980’lerde tüm bölgelerde doğušta beklenen yaşam süresi artış yönünde iken, son yıllarda Rusya ve bazı Afrika ülkelerinde düşmeye başlamıştır. 1990’lı yıllardan sonra Rusya’da yaşam süresindeki düşüş, yaşanan krizlere bağlı alkol kullanımının artışı, intihar oranlarının artışı, şiddet, kazalar ve kardiyovasküler hastalıklardaki artış ile açıklanmaktadır. Afrika ülkelerindeki düşüş ise sıtma, beslenme bozukluğu ve tüberkülozun eşlik ettiği HIV/AIDS, alt yapı eksikliği, cinsiyet eşitsizliği, cinsel istismar ile açıklanmaktadır.¹⁰

Çevresel değişimler

Toplum sağlığının korunması ve sürdürülmesi için sürdürülebilir destekleyici sosyal, ekonomik ve çevresel koşullar gereklidir. Dünya genelinde meydana gelen iklim değişikliği, biyoçeşitliliğin kaybolması gibi çevresel değişimler enfeksiyon hastalıkları gibi fiziksel tehlikeleri, gıda ve su kıtlığını, çatışmaları beraberinde getirmektedir.³

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Hastalık ve sağlığın sosyal belirleyicileri sosyal çevre kavramı içinde ele alınmakta ve sosyal çevre, sosyo-ekonomik durum, sosyal destek, ayrımcılık, sosyal kontrol, işsizlik ve çalışma koşulları gibi pek çok sosyal olguyu ifade etmektedir. Sosyal epidemiyoloji literatürü incelendiğinde, 1600’lü yılların başından beri yoksulluk, öğrenim durumu, olumsuz ev koşulları, sosyal sınıf farklılığı ve çalışma ortamı gibi sağlığı etkileyen sosyal çevre faktörlerinin erken ölüm ve fiziksel-ruhsal hastalıklarla ilişkisi bilinmektedir. Erken çocukluk dönemi, yoksulluğun etkileri, madde kullanımı, çalışma koşulları, işsizlik, sosyal destek, gıda ve ulaşım politikaları sağlığın yaşam boyu önemli belirleyicilerini oluşturmaktadır. Kültür semptomları tanımayı ve yorumlamayı, ne zaman ve nasıl hizmete başvurulacağını, yardım aramayı etkileyen bir diğer önemli sosyal çevre faktörüdür.¹¹

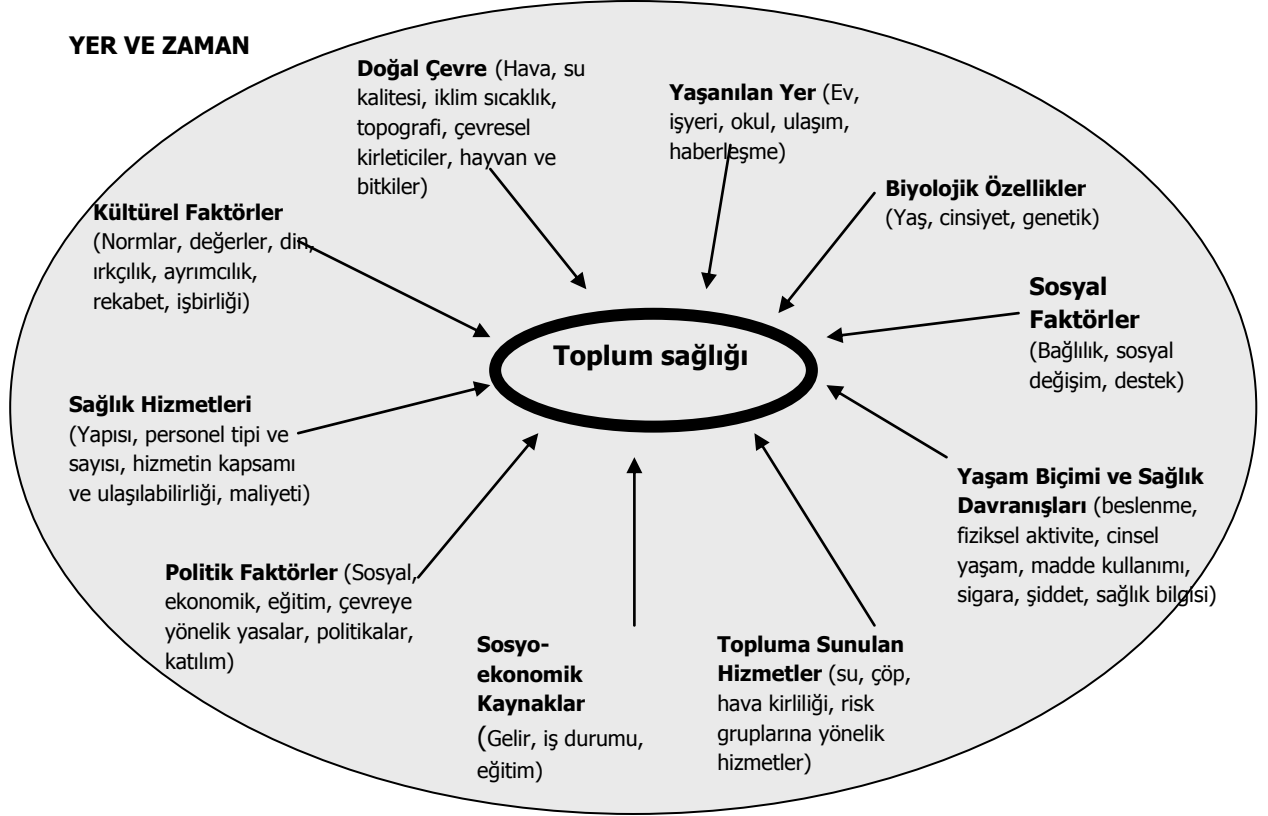
Sağlık Eğitimi Programlarının Etkisinin Sınırlılığı

Bilgi vermeye dayalı sağlık eğitimi programları incelendiğinde, davranışı açıklayan teorilere dayalı yapılan sağlık eğitimi programlarında kişilere sağlıksız davranışlarının sonuçları açıklanmakta ve onların mantıklı bir tercih yapmaları beklenmektedir. Ancak bireylerin zararlarını ve sonuçlarını bilmelerine rağmen sigara içtiği, tuzlu yemek yediği, spor yapmadığı, güvensiz cinsel ilişkide bulunduğu, aşırı derecede güneşlendiği belirlenmiştir. Bunun üzerine davranışı etkileyen diğer belirleyiciler araştırılmıştır. Saptanan belirleyicilerden biri; ‘insanların sevdikleri, güvendikleri kişilerin değiştiğini görmelerinin daha fazla değişme eğilimini ortaya koyduğudur. Bunun üzerine eğitimciler bireyden çok akran gruplarına odaklanmışlardır. Yapılan çalışmalar akranlar yoluyla sağlık bilgisinin de hızla yayıldığını, ancak etkinin her yerde aynı olmadığını göstermiştir. Bu nedenle yalnız birey ya da akran odaklanmayıp, sosyal ve kültürel çevre içinde davranışın değerlendirilip müdahalenin çok yönlü olması gerektiği vurgulanmıştır.¹³

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sonuç olarak Şekil 2’de izlendiği gibi bir toplumun sağlık düzeyini, biyolojik faktörler (yaş, cinsiyet, genetik, beslenme), fiziksel çevre faktörleri (hava, su, ekosistem, barınma koşulları, çalışma koşulları, gürültü, kamu güvenliği, katı atıklar), sosyal çevre faktörleri (sosyo-ekonomik durum, eğitim, erken çocukluk dönemi, yaşam biçimi, çocuk yetiştirme normları, işsizlik, sosyal destek, kültürel yapı, sosyal dışlanma, sosyal kontrol), sağlık, eğitim, sosyal hizmetler başta olmak üzere hizmetlerin varlığı/erişilebilirliği, niteliği, gıda ve ulaşım politikaları belirlemektedir. Bütün bu faktörlerin erken ölüm ve fiziksel ya da ruhsal hastalıklarla ilişkisi bilinmektedir.¹² Bu nedenle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ciddi farklılıklar olduğu gibi, ülkelerin bölgeleri ve bölgelerin kendi içinde de sosyo-ekonomik gruplar arasında farklılıklar söz konusudur.

Şekil 2. Toplum Sağlığını Etkileyen Faktörler



Sağlığı Geliştirme Stratejileri

Sağlığı geliştirme uygulamalarını şekillendiren anahtar yaklaşım, bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeyde güçlendirme yaklaşımıdır.

1. Bireyleri güçlendirme (Sağlık okur-yazarlığı, sağlıklı davranış kazanma)

Bireyleri güçlendirme, bireylerin ihtiyaçlarını tanımlamaları, kendilerinin ve içinde yaşadıkları toplumun yaşam kalitesinin yükselmesi için sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmadır.¹⁵⁻¹⁶ Sağlık okur-yazarlığı

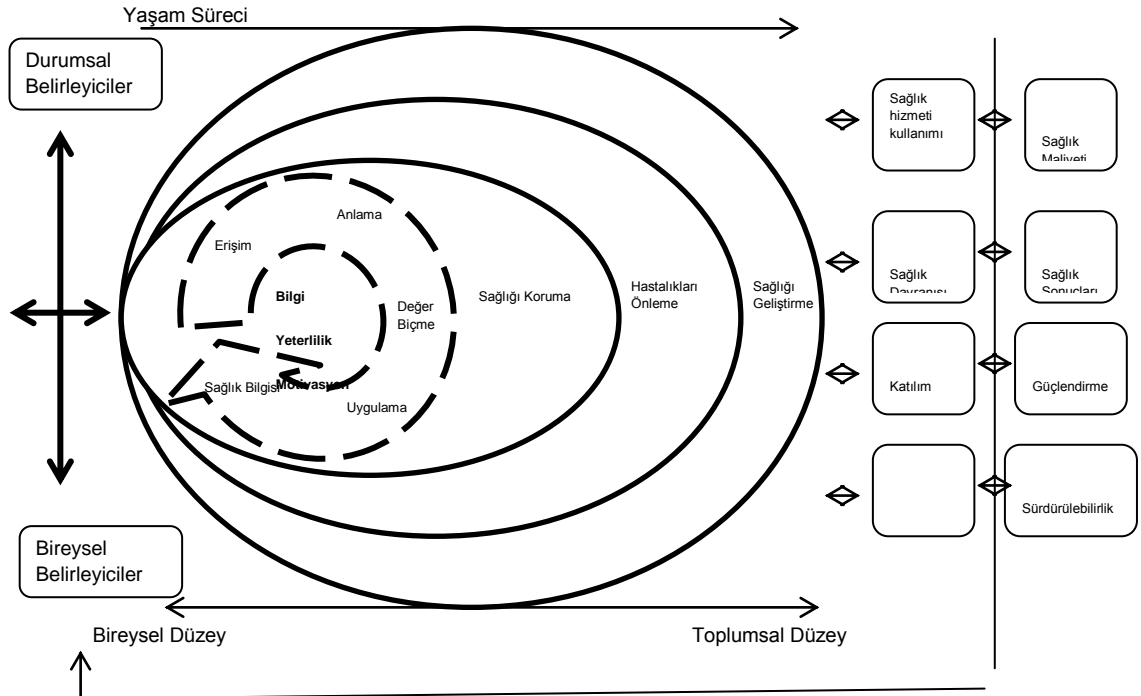
15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kavramının, şimdiki anlamından farklı olarak, ilk olarak Simonds'un çocukların yalnız tarih, fizik gibi alanlarda okur-yazar olmamaları, sağlık alanında da okur-yazar olmaları gerektiğini belirttiği okullarda sağlık eğitimi tartışmasında yer aldığı belirtilmektedir. Sağlık okur-yazarlığı Amerikan Tıp Derneği tarafından 'bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi' şeklinde tanımlanmıştır. Tones (2002) sağlık okur-yazarlığını 'eski şişeye yeni şarap koymak' olarak nitelendirmiş ve sağlık eğitimi ve bireysel güçlendirme yaklaşımını birlikte ifade eden bir kavram olarak ele almıştır.¹⁴ Sağlık okur-yazarlığı literatüre 1970'li yıllarda girmiş olmakla birlikte, tedavi hizmetlerinde ve halk sağlığı alanında önemi son yıllarda artmıştır.

Çoğunluğu 2005 yılından sonra olmak üzere 2012 Ağustos ayına kadar Pub-Med listesinde yaklaşık 5489 makale yer almış ve bu makalelerde sağlık okur-yazarlığının tanımı, sağlık okur-yazarlığını ölçme araçları, sağlık okuryazarlık prevalansı, sağlık eğitimcilerin rolü, avukatlar için halk sağlığı okur-yazarlığı, sağlık iletişimi, düşük gelir grubundaki kadınlarda sağlık okur-yazarlığı gibi konular ele alınmıştır. Sorensen ve arkadaşları (2012) tarafından literatürde yer alan 1998 yılında DSÖ tanımı, 1999 yılında Amerikan Tıp Derneği tanımı, 2000 yılında Nutbeam tarafından yapılan fonksiyonel, interaktif ve kritik sağlık okur-yazarlığı tanımları, Manganello tarafından medya mesajlarını eleştirel değerlendirme yeteneği olarak tanımlanan medya okur-yazarlığı, bilimsel okur-yazarlık, kültürel okur-yazarlık, sivil okur-yazarlık, Fredman ve arkadaşları tarafından tanımlanan halk sağlığı okur-yazarlığı gibi 17 tanımın içerik analizi yapılmış ve sağlık okur-yazarlığı şu şekilde tanımlanmıştır. 'Sağlık okur-yazarlığı, okur-yazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterliliklerdir.'¹⁷

Freedman ve arkadaşları halk sağlığı okur-yazarlığını, bireylerin halk sağlığı bilgisini elde etmesi, değerlendirmesi, kullanabilmesi, halk sağlığı sorununun çözümüyle ilgili kişi ve gruplara ulaşabilmesi, sivil katılım, liderlik ve diyalog yoluyla halk sağlığı sorunlarını ele alabilmesi, halk sağlığına yönelik yararlı ve zararlı müdahaleleri değerlendirebilme becerisi olarak tanımlamışlardır.¹⁸

Şekil 3'de izlendiği gibi, sosyo-ekonomik durum, meslek, iş, gelir, sosyal destek, kültür, dil, çevresel ve politik ortam, medya kullanımı, akranlar ve aile gibi sosyal ve çevresel faktörlerle sağlık okur-yazarlığı arasında karşılıklı etkileşim bulunmaktadır. Bireyin yaşı cinsiyeti, kültürel düzeyi, hastalık deneyimleri, görme, işitme gibi duyu organlarının fonksiyonlarını yerine getirip getirememesi, sosyal ve fiziksel becerileri ile okuma, kavrama ve işlemlere yönelik bilişsel düzeyi de durumsal belirleyicilerle karşılıklı etkileşim içindedir.¹⁷



Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığı Modeli

Sorensen ve ark. 2012

Yapılan çalışmalar; sağlık okur-yazarlığı yüksek bireylerin sağlıklarının daha iyi olduğunu ifade ettiklerini, sağlık bakım maliyetini azalttığını, sağlık bilgisinin arttığını, hastanede yatış süresini ve sağlık hizmeti kullanım

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sıklığını azalttığını, tutumların olumlu yönde geliştiğini, öz etkililiklerinin, motivasyonlarının ve sorun çözüme becerilerinin artması sonucu daha yüksek oranda sağlıklı yaşam davranışı geliştirdiklerini göstermiştir.¹⁹⁻²⁰ Sağlık okur-yazarlığının etkisini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, sigara paketleri üzerindeki uyarıcı sağlık mesajlarının Tayland'da sigara içme davranışını azalttığı, Hindistan'da sosyal pazarlama tekniği kullanılarak geliştirilen dumansız hava sahası medya kampanyalarının sigara içme sıklığını azalttığı, vücut kitle indeksi hesaplamayı öğreten medya kampanyalarının kolesterolü ve sistolik kan basıncını düşürme yoluyla kardiyovasküler hastalıkları azalttığı, yine Japonya ve Çin'de 1980'lerde tuz kullanımını azaltmada anahtar strateji olduğu, medya kampanyaları ve sınıf temelli eğitimin ishali hastalıkları azaltmada etkili olduğu, Japonya'da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yükselttiği, anne ve çocuk ölümlerinin azaltıldığı, beslenmenin iyileştirildiği, HIV geçişinin azaltıldığı saptanmıştır.²¹⁻²⁶ Ayrıca sağlık okur-yazarlığının formal eğitime başlama oranlarını da yükseltmesi nedeniyle toplum kalkınmasında da önemli bir araç olduğu belirtilmektedir.²⁷

Günümüzde Amerika ve Kanada'da sağlık okur-yazarlığını belirlemeye yönelik araçlar geliştirilmiştir. Tıpta Yetişkin Okur-Yazarlığını Hızlı Tahmin (REALM), Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okur-yazarlığı (TOFHLA), Sağlıklı Aktiviteler Okur-Yazarlık Ölçeği (HALS) Diyabet Sağlık Okur-yazarlığını Değerlendirme (LAD) gibi ölçme araçları geliştirilmeye çalışılmakla birlikte, bu ölçme araçlarının sağlık okur-yazarlık teorisini tam olarak kapsamadıkları, genellikle tek bir boyutu ölçtükleri, geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yeterli olmadığı, kültürel duyarlılıklarının bulunmadığı gibi birçok eleştiri bulunmaktadır.²⁸

Toplumda sağlık okur-yazarlığının yükseltilmesi için birçok ülkenin sağlık bakanlıkları tarafından eylem planları ve yasal düzenlemeler hazırlanmış ve uygulanmaktadır.

2-Toplumu Güçlendirme

Smedley ve Syme (2000) tarafından, akraba evliliği, erken yaşta evlilikler, şiddet ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği, sigara bırakırma, sağlıklı beslenme davranışı kazanma gibi halk sağlığı sorunlarını kontrol altına almada bireylere yönelik girişimlerin tek başına yeterli ve etkili olmadığı, davranış değişikliği yaratabilmek için sosyal sisteme müdahale etmek gerektiği bildirilmektedir.²⁹ Toplumun yaşamını ve çevresini değiştirmek için sağlık sorunlarını belirleme, nedenlerini ortaya koyma, bu nedenleri ortadan kaldırmak için harekete geçmesini ifade eden toplumu güçlendirme, yerel sağlık sorunlarının çözümü için etkinliği kanıtlanmış sağlığı geliştirme araçlarından biridir. Güçlendirmenin halk sağlığı alanındaki temelleri 1800'lü yılların ortalarında atılmıştır ve ilk örneklerin sanitasyonu geliştirme yoluyla enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi, bağışıklama, ana-çocuk sağlığı, HIV, kronik hastalıkların önlenmesi, tütün kontrol programı gibi halk sağlığının tüm alanlarında kullanıldığı görülmektedir.³⁰ Herkes için sağlık dokümanında ve sağlığı geliştirmek için Ottawa Sözleşmesi'nde beş eylemden biri olarak tanımlanan, Jakarta Deklerasyonunda toplumsal kapasiteyi artırma ve bireyleri güçlendirme şeklinde sağlığı geliştirmede etkili araç olarak tanımlanan, Amerika Birleşik Devletleri'nde sosyal hizmet uzmanları tarafından geliştirilen toplumu güçlendirme ve toplum katılımı DSÖ Avrupa'da sağlıklı kentler ağının ve tütün kontrol programının başarısında en güçlü araçtır.³¹ Toplum katılımı, toplumun sağlığını etkileyen faktörlere karar verme, politikaları belirleme, uygulama, hizmetleri planlama, geliştirme ve sunma süreçlerine aktif şekilde katılımı sürecidir.³²

Sosyal planlama (yukarıdan aşağı) ve bölgesel gelişme (aşağıdan yukarı) stratejilerini kullanan toplum organizasyonu, topluma ortak sorunlarını saptama, bu sorunları çözmek için kaynakları harekete geçirme, risk altındaki grupların hizmete erişimlerini sağlama ve sorunların çözümü için uygun stratejiler geliştirme ve uygulama konusunda yardımcı olmaktır. Bu amaçla yapılan bütün çalışmaların ortak noktası toplumun kendi yaşamları ve yaşadıkları çevre üzerinde kontrol geliştirebilmeleri için toplumu güçlendirme sürecidir.³³ Bilinçlendirme, sosyal sermayeyi geliştirme, toplum katılımı ve liderliği geliştirme sık kullanılan araçlardır.³⁴ Wandersman ve Florin (2000) tarafından toplum organizasyonu yönteminin sağlıklı yaşam biçimi kazandırma çalışmalarına en önemli katkısının, sosyal içerme ve katılımı sağlamasından dolayı psikososyal etki yoluyla algılanan kontrolü arttırdığı, böylece sağlık davranışını, sağlık durumunu ve başa çıkma düzeyini yükselttiği bildirilmektedir.^{35,36}

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Toplumu güçlendirme araçlarından biri olan sosyal sermaye ise toplumu oluşturan fertler, sivil toplum örgütleri ve kamu kurumları arasındaki koordinasyon faaliyetlerini kolaylaştırarak toplumun üretkenliğini arttıran, güven, norm ve iletişim ağlarını ifade etmektedir.³⁷ Sosyal sermaye endeksi (SSE) ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalarda sosyal sermaye endeksi yükseldikçe hastalıkların ve ölümlerin azaldığı belirlenmiştir. Sosyo-ekonomik durum, yerleşim yeri tipi gibi sosyal belirleyiciler güven, sivil katılım, yerel ağların gelişmesi gibi toplumsal ilişkilerle etkileşim içinde psikososyal mekanizmaları (öz etkililik, sosyal destek, algılanan yoksunluklar) etkilemektedir. Öz etkililik gibi psikososyal mekanizmalar sigara içme, egzersiz yapma, sağlık sorunu olduğunda hemen hizmete başvurma gibi davranışsal mekanizmaları etkilemekte, bunlar da immünolojik fonksiyonları, nöroendokrin sistemi etkileyerek ya da hizmete erişimi kolaylaştırarak sağlık sonuçlarını etkilemektedir.³⁸ Türkiye 1990 yılı Dünya Değerler Anketi kullanılarak yapılan sosyal sermaye araştırmasında yüzde 10'luk güven düzeyiyle 43 ülke içinde 42. sırada; 1995-1996 yıllarında yapılan çalışmada yüzde 6,5 ile son sırada (46) ve 2007 yılı çalışmasında yüzde 5 ile 57. sırada yer almıştır. Tüysüz tarafından sosyal sermaye endeksi hesaplanarak Türkiye beş bölgeye ayrılmıştır.³⁹ TNSA 2008 sağlık ölçütleri ile karşılaştırıldığında, sosyal sermaye endeksi yükseldikçe göstergelerin de iyileştiği görülmektedir.

3-Sağlık sistemini güçlendirme

Sağlık sistemini güçlendirme, toplumun tüm bireylerinin özellikle hassas / risk altındaki grupların sağlık hizmetine erişebildiği, yeterli insan gücü olan, toplum katılımı mekanizmaları iyi oluşturulmuş, iyi finanse edilmiş ve liderlik becerileri gelişmiş sağlık sistemi kurmayı ifade etmektedir. Dünyada iklim değişikliği, ekonomik krizler, bulaşıcı olmayan hastalıkların artışı, yeni enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkışı gibi pek çok sağlık sorunu yaşanmaktadır. Sağlık sorunlarının kontrolü için birçok ülkede sağlık sistemine sağlık profesyoneli olmayan, toplumdan seçilen ve amaçlanan hedefler doğrultusunda sağlığı geliştirme eğitimi almış, sağlık sistemi ile bağlantısı kurulmuş kişiler yetiştirilmiştir. Sağlık ekibinde sağlık çalışanı olmayan toplum sağlığı çalışanlarının kullanımı koruyucu sağlık hizmetlerine erişimi arttırmada ve toplum katılımını sağlayarak toplumun sağlık düzeyini yükseltmede yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından da 1970'li yıllarda temel sağlık hizmetlerinin sunumunda gelişmemiş bölgelerde kullanımı ulusal programlarla desteklenmiş, ancak eğitim ve süpervizyon eksikliği, sağlık araçlarının sağlık sistemine entegre edilmesinde yaşanan güçlükler, kanıtların yetersizliği nedeniyle 1990'lı yıllara kadar yaygınlaşmamıştır. 1990'lı yıllarda ise enfeksiyon hastalıklarındaki artış, kronik hastalıkların kontrolünde sağlık sisteminin yetersiz kalması, sağlık davranışının gelişmesinde ve yaygınlaşmasında rol modellerinin oluşturulmasının etkisinin anlaşılması, sivil toplum örgütlerinin hizmet sunumuna aktif katılımları, sağlık alt yapılarının hızla değişimine bağlı insan gücünde yaşanan krizler, dezavantajlı grupların hizmete erişiminde yaşanan sosyal, kültürel güçlükler yeniden ilgiyi artırmıştır. Özellikle az gelişmiş bölgelerde, Milenyum Kalkınma Hedefleri kapsamında çocukları yaşatma, anne ölümlerini önleme ve tbc /AIDS kontrolünde önemli bir araç olarak ele alınmış, emzirmenin desteklenmesi başta olmak üzere aile planlaması hizmetlerinde, pnömoninin topluma dayalı yönetiminde etkisi kanıtlanmıştır.⁴⁰

4-Kapasite geliştirme

Sağlığı geliştirmek için kapasite geliştirme, sağlığı geliştirebilecek bilgi üretmeyi, beceri geliştirmeyi ve liderliğin geliştirilmesini ifade etmektedir. Sağlığı geliştirme çalışmalarının kurumsallaşması için, sağlığı geliştirme faaliyetlerinin finansman, insan kaynakları, bilgi yönetimi, ortaklıklar kurma çalışmalarına entegre edilmesi gerekmektedir. Bu süreç, sağlıkla ilgili sektörler arasında stratejik ilişkiler kurabilen, sağlıkla ilgili politikalarda değişimler yapabilen, sürdürülebilir finansman için savunuculuk yapabilen liderlik becerisi gelişmiş sağlık çalışanlarına ihtiyacı artırmaktadır. Bu nedenle liderliği geliştirme kapasitesini artırmak için eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması gerekmektedir. Ülkelerin sağlığı geliştirme kapasiteleri yükseldikçe İnsani Kalkınma İndeksiyle belirlenen kalkınma düzeyi de yükselmektedir.⁴¹

Kapasite geliştirmede öncelikli araç ülkenin ya da bölgenin sağlığı geliştirme kapasitesini haritalamadır. Epidemiyolojik yöntemlerle toplumun öncelikli sağlık sorunları belirlendikten sonra, güçlü ve zayıf yönler, fırsatlar ve engeller tanımlanmalı, daha sonra sağlığı geliştirme kapasite haritası hazırlanmalıdır. Bu kapsamda

aşağıda yer alan bilgi yönetimi, insangücü eğitimi, finansman alanlarındaki sorulara yanıt verilmeli ve eksiklikler giderilmelidir.⁴²

1. Sağlığı geliştirme ile ilgili yasal düzenlemeler, politika ve planlar var mı? (tütün, yağ, şeker ve tuzun kısıtlanması, fiziksel aktivite alanları)
2. Eğitim, işsizlik, gelir gibi sağlığın sosyo-ekonomik belirleyicileri ile sağlık sorunları arasında ilişkiler kurulmuş mu?
3. Madde kullanımının önlenmesi, çevresel risklerin önlenmesi, kaza ve yaralanmaların önlenmesi, iş sağlığı ve güvenliği alanlarında yasal düzenlemeler yeterli mi?
4. Tütün, ruh sağlığı, öncelikli enfeksiyon hastalıkları, okul ve iş yerleri, kriz yönetimi ve sağlığı geliştirme aktivitelerini izleme ve değerlendirme kriterleri gibi alanlarda plan, strateji, program ve rehberlere erişilebiliyor mu?
5. Sağlık Bakanlığı içerisinde sağlığı geliştirme fonksiyonlarını yerine getirecek birim ya da müdürlük var mı?
6. Davranışsal risk faktörlerini, sosyal ve çevresel risk faktörlerini ve sağlığı geliştirme aktivitelerini rapor eden bir mekanizma var mı?
7. Ülkenin bilimsel dergilerinde sağlığı geliştirme müdahalelerinin yer aldığı makaleler var mı?
8. Kamu sistemi içinde güçlendirme, iletişim ve savunuculuk gibi sağlığı geliştirme aktivitelerini koordine etmek, ülke geneline yaygınlaştırmak için işbirliği mekanizmaları tanımlanmış mı? Sağlığı geliştirme aktivitelerinin ülke geneline yaygınlaşması için bir mekanizma var mı?
9. Kamu, özel ve gönüllü kuruluşlar arasında işbirliği protokolleri var mı?
10. Mezuniyet öncesi programlarda sağlığı geliştirme eğitimi var mı ve bu programları hükümet destekliyor mu?
11. Sağlığı geliştirme alanında dernekler var mı?
12. Sağlığı geliştirme çalışmalarına ayrılmış bir bütçe var mı? (Sigara, alkol, benzinden alınan vergiler sağlığı geliştirme aktivitelerine harcanıyor mu?)
13. Sağlığı geliştirme çalışmalarını destekleyen donörler var mı?

5-Sektörlere arası işbirliği

Sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında nasıl fiziksel, sosyal ve kültürel faktörler etkiliyse, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için de her sektörün sorumluluğu vardır. Bu nedenle sağlık sektörü, diğer sektörlerle işbirliği içinde çalışmak durumundadır. Eğitim, tarım-hayvancılık, çevre, ulaşım, sosyal yardımlar, orman, çevre gibi sektörlerin politika ve programlarını hazırlarken toplumun en üst düzeyde sağlıklı olma halini düşünmeli ve aldıkları her kararda topluma etkilerini göz önüne almalıdırlar. Örneğin hava kirliliği önlenmesinde kurşun etkilenimi ortadan kalkmakta, herkesin eğitime kazandırılması sonucu toplumsal cinsiyet eşitliği sağlanmaktadır. Bu nedenle sektörlere arası işbirliği yaklaşımı halk sağlığının temel ilkelerinden biridir. Bu farkındalığı ve yönelimi sağlayacak olan kurum ise sağlık sektörüdür. Türkiye’de Umum-u Hıfzısıhha Kanunu’na dayalı il Hıfzısıhha Kurulları, 224 sayılı Kanuna Dayalı sağlık kurulları bu amaçlarla oluşturulmuştur.

Yukarıda beş başlık altında özetlenen sağlığı geliştirme stratejilerinin tümünde sağlık iletişimi teknikleri ve kanalları, savunuculuk, liderliği geliştirme, toplum katılımı ve politikaları etkileme araçları kullanılmaktadır.

Şanlıurfa’da Yürütülen Sağlığı Geliştirme Çalışmalarından Örnekler

Türkiye’deki 81 ilin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi analiz edildiğinde, Şanlıurfa sağlık göstergeleri açısından 53., eğitim göstergeleri açısından 77., ilk ve orta öğretimde okullaşma oranı açısından ise 60.sırada yer almaktadır.⁴³ Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008’in sonuçlarına göre; Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nin öğrenim düzeyi, ana-çocuk sağlığı ve diğer temel sağlık hizmetleri göstergeleri diğer bölgelere göre düşüktür.⁴⁴ Şanlıurfa’da sağlık, eğitim ve sosyal sorunların ortaya çıkışında rolü olan faktörler; mevsimlik tarım işçiliğinin yaygın olması, toplumun hizmetlere zamanında ulaşamaması, hizmetlerin ulaşılabilir olmaması, kurumlar arası işbirliğinin sağlanamaması, toplumun hizmet planlama, sunumu, değerlendirilmesi süreçlerine aktif katılımının sağlanamaması, toplumsal cinsiyet ayrımına bağlı olarak özellikle kadınların dezavantajlı konumu, etnik köken

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

farklılığı ve sağlığı koruma bilgi ve davranışlarının düşük olmasıdır.⁴⁵ İl merkezinde sağlık sorunlarını belirlemeye yönelik yürütülen araştırmalardan sonra, bu sorunların ortadan kaldırılmasında etkili müdahaleleri belirlemek için risk altındaki gruplarda sık görülen sağlık sorunlarına yönelik sağlığı geliştirme müdahale araştırmaları yürütülmüştür.

Bireysel güçlendirmeye yönelik programlar

Toplumda bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi amacıyla bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazanmalarında yüz-yüze iletişim tekniğinin ağırlıklı olarak kullanıldığı akran eğitimi ve lider yetiştirme programlarının etkisini değerlendiren müdahale araştırmaları yürütülmüştür. Bilindiği gibi davranış değişikliği birey ve sağlık çalışanları için zor, zaman alıcı, çaba ve motivasyon gerektiren bir iştir. Genel olarak kişilerarası iletişim tekniklerinin kullanıldığı birinci basamak sağlık çalışanlarının 18 yaş üstü bireylere uyguladıkları randomize kontrollü çalışmalarda teori temelli davranış değişikliği danışmanlığının, motivasyonu artırıcı görüşmelerin ve tavsiyelerin etkisi kanıtlanmıştır.⁴⁶ Başarıya ulaşmada davranış değişikliği mekanizmalarını bilmek ve toplumu tanımak en temel adımdır. Yukarıda da değinildiği gibi, Şanlıurfa eğitim göstergelerinin oldukça düşük olduğu, 15-49 yaşları arasında yaklaşık iki kadından birinin okuma-yazma bilmediği, mevsimlik tarım işçiliği ve sosyo-kültürel düzeye bağlı olarak kitle ilerişim araçlarının ve internetin amaca uygun kullanımının yaygın olmadığı bir ildir. Programların uygulanmasında izlenen temel stratejiler; *davranış değişimi mekanizmalarını açıklayan teorilere dayalı olması, doğru ve güvenilir bilgiye kaynağından erişimi sağlamak için konunun uzmanlarının yer alması, uygulamaya dönük materyallerin geliştirilmesi, hizmeti sunanlarla bir arada olmaları sağlanarak hizmete erişimin önündeki engellerin ortadan kaldırılması (sağlık personelinin çekinme, iletişim kuramama, güvensizlik vb), kendileriyle benzer özellikteki kişilerin değişimlerini izleyerek model almalarının sağlanması ve motivasyonu artırıcı görüşmelerdir.*

Akran eğitimi programları

Sağlık davranışı teorileri temel alınarak gerçekleştirilen gençlere yönelik akran eğitimi araştırmalarında bilgi puanlarının yaklaşık 2 kat arttığı, modern yöntemleri kullanma oranı, iyotlu tuz kullanımı, aşılama, el yıkama, meme ve testis muayenesi uygulamalarının anlamlı ölçüde yükseldiği bulunmuştur ($p<0.05$).^{47,48} Tablo 2’de mevsimlik tarım işçileri örneğinde akran eğitiminin bilgi puanına etkisi, Tablo 3’de sağlıklı yaşam davranışlarına etkisi ve Şekil 4’de toplumsal cinsiyet tutum puanına etkisi yer almaktadır.

Tablo 2. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerde Akran Eğitiminin Etkisi

Eğitim alanları	Toplam Puanlar		Madde sayısına Bölünmüş Puanlar	
	Müdahale grubu	Kontrol grubu	Müdahale grubu	Kontrol grubu
	Ortalama±sd	Ortalama±sd	Ortalama±sd	Ortalama±sd
Temiz-içme kullanma suyu sağlanması	3.4±.77	1.6±1.2	.86±.19	.40±.29
Sağlıklı tuvalet yapımı	2.7±.63	1.4±.90	.89±.21	.47±.30
İlk yardım	3.4±.78	1.9±1.3	.84±.20	.47±.32
Güvenli tarım ilacı kullanımı	6.1±1.7	2.4±2.2	.67±.19	.26±.24
Bulaşıcı hastalıkların kontrolü	8.2±1.2	5.3±2.4	.91±.13	.59±.27
Üreme sağlığı-cinsel sağlık	30.6±7.1	16.6±5.9	.70±.16	.38±.13
Toplam Puan	50.8±8.6	27.2±9.1	4.9±.70	2.5±1.0

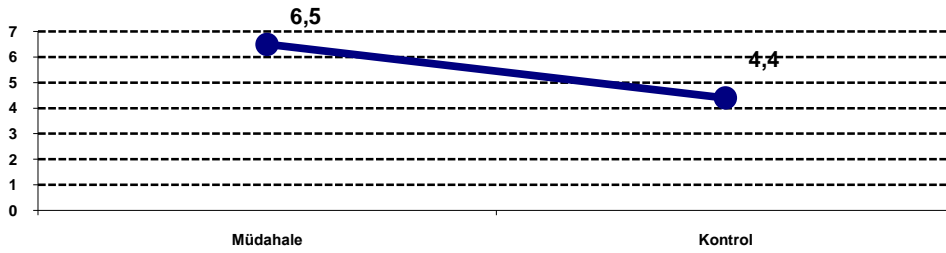
Bütün alanlarda müdahale ve kontrol grubu arasında $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 3: Müdahale ve Kontrol Gruplarında Seçilmiş Davranışların Dağılımı

Davranışlar	Müdahale Grubu Sayı (%)	Kontrol Grubu Sayı (%)
İyotlu tuz kullanma	109 (96.4)	58 (51.3)
Kesiklerde doğru ilk yardım	98 (86.9)	42 (37.2)
Yanıklarda doğru ilk yardım	90 (80.3)	57 (49.8)
Çocukları aşıya gönderme	95 (84.1)	5 (4.2)
Tetanoz aşısına gönderme	94 (83.2)	4 (3.4)
Meme muayenesi	56 (49.6)	3 (2.5)
Testis muayenesi	11 (39.5)	5 (4.2)

Mevsimlik göçebe tarım işçisi gençlerin toplumsal cinsiyete ilişkin tutumlarına akran eğitiminin etkisi incelendiğinde; Şekil 4’de izlendiği gibi toplumsal cinsiyet puan ortalaması kontrol grubunda 4.4±2.6, müdahale grubunda ise 6.5±2.1 olarak saptanmış ve aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bir başka ifade ile akran eğitimi olumlu yönde tutum değişimine neden olmuştur.

Şekil 4: Toplumsal Cinsiyete Yönelik Tutum Puan Ortalaması



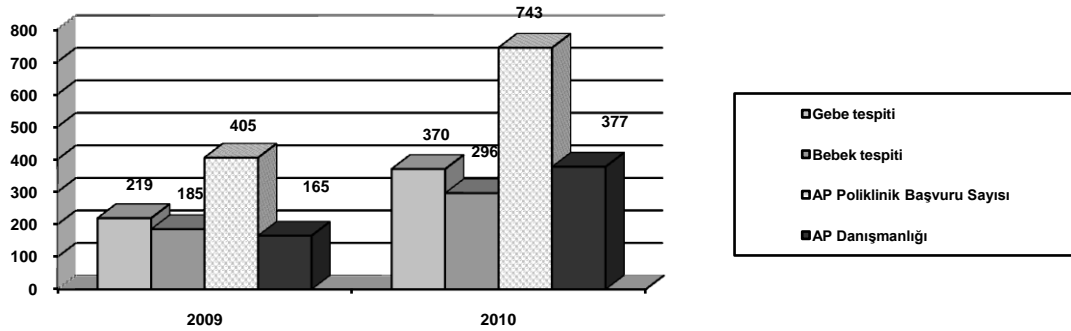
Sağlık sistemini güçlendirmeye yönelik programlar

Kültürel farklılıklar ve mevsimlik tarım işçiliği nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerine erişimin yetersizliği belirlendikten sonra sağlık sistemini güçlendirme müdahaleleri yapılmıştır. Dezavantajlı bir bölgede sağlık ekibine entegre toplum sağlığı araçları yetiştirerek topluma dayalı, kültüre duyarlı güvenli annelik müdahale programı geliştirilmiştir. Etnik kökeni arap ve kürt olan 20 kadın 5 gün güvenli annelik eğitimi ile 5 günlük sağlığı geliştirme eğitimine alınmışlardır. Bu kadınlara sağlık aracısı adı verilmiş, temel görevleri toplumla sağlık ocağı arasında köprü olmaları, gebe, lohusa ve bebeği olan kadınları saptamaları, temel farkındalık oluşturmak için akran eğitimi modeliyle bilgi ve beceri aktarmaları olmuştur. Programda *sağlığın belirleyicileri bütüncül bir yaklaşımla ele alındığından, toplumun tüm kamu hizmetlerine erişimlerini sağlama bileşeni de entegre edilmiştir*. Örneğin engelli çocuğu olan bir kadının Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne başvuru süreci, yoksulluk sorunu olan bir kadının başvuracağı kurumlar, ALO Şiddet hattı kullanımı gibi konularda destek çalışmaları yürütmüşlerdir. Yapılan müdahalenin etkinliği Tablo 4’de yer almaktadır. Sağlık Ocağı ebe/hemşire ve sorumlu hekiminin ifadeleri ve bir önceki yılın aylık çalışma bildirimleri de incelendiğinde; güvenli annelik programı kapsamında toplum sağlığı araçlarının kullanılmasının gebe tespitlerini, rutin izlemleri ve aşılama çalışmalarını anlamlı olarak arttırdığı saptanmıştır (Şekil 5). Bu çalışma sağlık sistemine entegre toplum sağlığı çalışanlarının etkisini göstermiştir.⁴⁹

Tablo 4: Kadın Soru Formuna Göre Müdahalenin Etkinliği

<u>Göstergeler</u>	<u>Rölatif Etkinlik</u>	<u>Güven Aralığı (%95)</u>
Doğum öncesi bakım (4 kez)	2.20	1.05-4.59
Demir hapı kullanma	5.62	2.46-12.83
Tetanoz aşısı	4.12	2.07-8.21
Çocukluk dönemi aşıları	6.65	1.45-14.54
Fenilketanüri –ışıtme taraması	4.49	1.52-13.20
Modern kontraseptif kullanımı	3.44	2.10-5.64

Şekil 5: Sağlık Müdürlüğü Ertuğrul Gazi Sağlık Ocağı Bölgesi Kayıtları



Mevsimlik tarım işçilerinin sağlığını geliştirme programı

Dezavantajlı gruplara yönelik sosyal politikaların geliştirilmesi için, politika yapımcılar ve hizmet sunucuları etkileyecek kişi ve kurumların işbirliğiyle operasyonel epidemiyolojik yöntemlerin kullanıldığı araştırmaların yapılması, sonuçlarının medya ve karar vericilerle paylaşılması ve kanaat önderlerinin savunuculuğu sağlanarak sorunun çözümüne yönelik politikaların geliştirilmesi en etkili yöntemdir. Politika geliştirme aracı olarak tanımlanan bu adımlar kullanılarak, 2003 yılından itibaren Anabilim dalı tarafından yürütülen araştırmalarda risk grubu olarak belirlenen mevsimlik tarım işçilerinin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için operasyonel yöntemle yürütülen araştırma sonuçlarının katkısıyla Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Genelgesi (2010/6;Resmi Gazete Tarih: 24 Mart 2010, sayı: 27531) yayınlanmış ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 'METİP' projesi kapsamında tarım alanlarında alt yapı geliştirme çalışmalarına başlanmıştır.⁵⁰ Politika geliştirmede özellikle müdahale araştırmalarıyla önerilecek programın etkinliğinin kanıtlanması büyük önem taşımaktadır.

Toplumu güçlendirmeye yönelik programlar

Sağlığı geliştirmede toplumu güçlendirme kapsamında toplum organizasyonu ve toplum katılımı stratejilerini kullanan birçok model bulunmaktadır. Bunlardan biri Procede (Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development)- proceed (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational / Environmental Diagnoses and Evaluation) modelidir. Bu model sosyal planlama yaklaşımını esas almakta ve uzman bir kişinin yapacağı analizlere dayalı, program geliştirmeyi ifade etmektedir. Model Gren ve arkadaşları tarafından 1970'lerde geliştirilmiş, son 20 yıldır, sağlık davranışı ile ilgili pek çok faktörü dikkate alarak toplum sağlığını geliştirmede izlenecek adımlar için bir yol haritası sunmaktadır.⁵¹ Modelde belirtilen toplumu güçlendirme stratejileri kullanılarak mahalle ve köy muhtarlarının eğitimi yapılarak programın toplumsal cinsiyet eşitsizliğini önlemeye etkisi araştırılmıştır.⁵² Programın rölatif etkinliği kurumlardan alınan veriye dayalı hesaplanarak Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Program Öncesi ve Program Sonrasında Kadınların Hizmete Erişimlerini Sağlama Durumu

	Program öncesi	Program sonrası	Rölatif etkinlik
Sağlık Ocağı'nı ziyaret	19	48	2.5
Okula kayıt yaptırma	21	186	8.9
Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne Yönlendirme	78	470	6.0
Sosyal Yardımlaşma Vakfı'na Yönlendirme	164	587	3.6
İŞKUR'a yönlendirme	9	46	5.1

Muhtarlarla yapılan derinlemesine görüşmelerde; kendilerine güvenlerinin arttığı, hizmet kurumlarından neyi nasıl isteyeceklerini öğrendikleri, daha önce görerek ya da deneyimden yararlanarak işleri yürütmelerine karşın bu eğitimden sonra görevlerini öğrendikleri, programın öncelikle kendi eş ve kız çocukları için yararlı olduğu, toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda yapılan toplantılara katıldıkları, ilgili komisyonlarda görev aldıkları ve kadın sorunlarına daha duyarlı davrandıkları saptanmıştır.

Lider kadın eğitimleri

15-49 yaş grubu kadınlarda toplumu güçlendirme stratejisinin sağlıklı yaşam biçimi kazandırma davranışlarına ve karar mekanizmalarına katılmaya etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Çift kör müdahale yöntemi uygulanarak yapılan çalışmada, toplam 67 mahalleden muhtarlık ve okulların önerileri ile seçilen 700 kadından rastgele yöntemle 350 kadın deney grubu mahalle lideri, 350 kişi kontrol grubunu oluşturmuştur. Deney grubuna 5 günlük sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitimi (adölesan evlilik, akraba evliliği, üreme sağlığı, bulaşıcı ve kronik hastalıkların kontrolü, erken tanı), liderlik eğitimi ile sağlık, eğitim, sosyal hizmet ve yardımlar, adli yardım ve iş bulmayı içeren kamu hizmetleri konularında sektörlerarası işbirliği ile eğitim verilmiştir. Tablo 6'da gruplara göre seçilmiş sağlık bilgisi ve davranışları verilmiş olup, bilgi ve davranışlar açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 6. Müdahale ve Kontrol Gruplarında Sağlık Bilgisi ve Davranışları

Sağlık Bilgisi ve Davranışlar	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
Adölesan evliliğin zararlarını doğru bilme	100,0	28,1
Beslenme kurallarını doğru bilme	92,2	34,4
Şiddete tanık olduğunda ne yapacağını bilme	89,9	45,3
Cinsiyetin oluşumunu bilme	100,0	22,5
Kadın haklarını doğru bilme	93,8	36,3
Adölesan evliliğin zararlarını çevresine aktarma	67,7	28,2
Son 3 ayda yakınlarında adölesan evlilik sıklığı	12,3	37,1
İyotlu tuz kullanma	90,8	66,3
Evde sigara içilmesi	14,9	78,2
Meme muayenesi yapma	63,3	18,5
Smear aldırma	43,7	8,7
Mamografi yaptıрма	20,0	7,6
Sık doğumun zararlarını anlatma	70,8	34,8
Gebeliği önleyici yöntem kullanma	65,9	32,8
Yürüyüşe başlama	60	26,1
Ruh sağlığı yardımı için yönlendirme	40	21,7
İŞKUR'a yönlendirme	59,7	19,8
Sosyal hizmetlere başvuru	41,7	13,6
Ailede en az bir toplumsal cinsiyet eşitsizliği	10,9	42,5

Programın sosyal sermayeye etkisi incelendiğinde, müdahale grubundan seçilen 91 kadın (%29,3) Kent Konseyi Kadın meclisine, 51 kadın (%16,4) mahallesinin temsilcisi olmaya aday olmuş, 42 (%13,5) kadın ise mahallerinde bulunan kadın destek merkezlerinin yönetim kurullarına üye olmuştur. Kontrol grubundan ise 3 Kadın Kent Konseyi'ne, 1 kadın ise mahalle temsilcisi olmak istemiştir. Sağlığın geliştirilmesi stratejileri kapsamında toplumda liderliği geliştirme çalışmalarının etkisini değerlendiren araştırmaların yapılmasının ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'nin 27. maddesinde yer alan 'Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki' çalışmaları içerisinde ele alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak sağlığın geliştirilmesi stratejileri kapsamında hassas grupların özellikleri, ülkelerin sosyo-kültürel ve sağlık altyapısına uygun farklı sağlığı geliştirme araçları kullanılmaktadır. Ülkemizde halk sağlığının temel ilkelerinden olan sağlığa bütüncül yaklaşım, sektörlerarası işbirliği ve toplum katılımına yönelik 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine dair kanun ve ilgili yasal düzenlemelerde sağlık personeline önemli görevler verilmiştir. Ancak uygulamalar ülke genelinde istenilen düzeye gelememiştir. Son yıllarda ise sağlığın geliştirilmesi çalışmaları kapsamında; bilimsel anlamda araştırmalar artmış ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlığı Geliştirme Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Ülkemize özgü sağlığı geliştirici araçların belirlenebilmesi için; metodolojik araştırmalarla ülkemize uygun ölçme araçlarının geliştirilmesi, sağlığı geliştirme stratejilerine yönelik araştırmaların artması ve halk sağlığı programları içerisinde sağlığı geliştirme eğitimlerinin yaygınlaştırılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Winslow, CEA. The untitled field of public health. Modern Medicine, 1920; 2:183.
2. Foundations of Health Promotion. Section. <http://www.ohprs.ca/hp101/print/full.pdf>. (Erişim Tarihi: 12.06.2011).
3. 6th Global Conference on Health Promotion Bangkok, August 2005. (Ed: Tang KC, Beaglehole R, Leeuw E). Health Promotion International, 2006, Vol: 21 (1) www.heapro.oxfordjournals.or. (Erişim Tarihi: 05.06.2012).
4. World health organization. Noncommunicable diseases country profiles 2011.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

5. Sturgeon S. Health Promotion Challenges. Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. *Health Promotion International* 2007;21(1): 36-38.
6. WHO. Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidences, Practice. Summary Report. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, 2004, Geneva.
7. Weiss RA, McMichael AJ. Social and environmental risk factors in the emergence of infectious diseases. *Nat Med*. 2004;10(12):70-6
8. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE, WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*. 2005;1;365(9465):1147-52.
9. Semenza JC. Strategies to intervene on social determinants of infectious diseases. *Euro Surveill*. 2010;15(27):pii=19611. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19611> (Erişim tarihi: 02.07.2012).
10. McMichael AJ, Butler CD. Health promotion challenges; emerging health issues: the widening challenge for population health promotion. *Health Promotion International*. 2007;21: 15-24.
11. Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. Oxford University Press, 2000.
12. World Health Organization. *Social determinants of Health: The Solid Facts*. (Eds: Richard Wilkinson, Michael Marmot). 2. edition. International Centre for Health and Society. 2003, Denmark.
13. Campbell C, Wood R, Kelly M. *Social capital and health*. Health Education Authority. London 1999.
14. Tones K. Health literacy: new wine in old bottles. *Health Educ Res*. 2002; 17:187-189.
15. Stevenson H, Burke M. Bureaucratic logic in new social movement clothing: The limits of health promotion research. *Canadian Journal of Public Health*. 1994; 83(1):47-53.
16. Kickbusch I, Maag D. Health literacy. In *International Encyclopedia of Public Health*. Vol. 3: Edited by Kris H, Stella Q,. Academic Press: 2008: 204-211.
17. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 25;12:80.
18. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 2009; 36 (5):446-451.
19. McCray A. Promoting health literacy. *J Am Med Inform Assoc*. 2004;12(29):152-163.
20. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Intern Med*. 2006; 21:878-883.
21. Reddy S, Gupta P. Report on Tobacco Control in India. Ministry of Health & Family Welfare, 2004, Government of India.
22. Murray C, Lauer J, Hutubessy R ve ark. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: A global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *The Lancet*. 2003;361: 717–725.
23. Iso H, Shimamoto T, Yokota K, Sankai T, Jacobs DR, Komachi Y. Community-based education classes for hypertension control—A 1.5 year randomised controlled trial. *Hypertension*. 1996;27: 968–974.
24. Jahan R. Promoting health literacy: A case study in the prevention of diarrhoeal disease from Bangladesh. *Health Promotion International*. 2000; 15(4): 31–38.
25. Zaza S, Briss, P, Harris K. *The guide to community preventive services: What works to promote health?* Oxford, 2005, UK: Oxford University Press.
26. Yajima S, Takano T, Nakamura K, Watanabe M. Effectiveness of a community leaders' programme to promote healthy lifestyles in Tokyo, Japan. *Health Promotion International*. 2001;16(3): 235–243.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

27. Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. A Vision for a health literate Canada: Report of the expert panel on health literacy. 2008, Ottawa: Public Health Agency of Canada.
28. Pleasant A, McKinney J. Coming to consensus on health literacy measurement: An online discussion and consensus-gauging process. *Nursing Outlook*.2011; 59(2):95-106.
29. Smedley BD, Syme SL (eds.). *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington DC: National Academy Press, 2000.
- 30.Kasmel A, Andersen PT. Measurement of community empowerment in three community programs in Rapla (Estonia). *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2011; 8: 799-817.
- 31.Heritage Z, Dooris M. Community participation and empowerment in Healthy Cities.
Health Promot Int. 2009 ;24:45-55.
32. WHO Regional Office for Europe. *Community Participation in Local Health and Sustainable Development: Approaches and Techniques*. Centre for Urban Health, WHO Regional Office for Europe, 2002, Copenhagen, <http://www.who.dk./document/e78652.pdf>.
33. Rappaport J. Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*. 1984; 3: 1-7.
34. Minkler M, Wallerstein NB. Improving health through community organization and community building. Chapter thirteen. *Health Behavior and Health Education; Theory, Research and Practice*. (Eds: Noreen M. Clark, Karen Glanz, Barbara K. Rimer, Frances Marcus Lewis). 3rd edition. Jossey Bass A Willey Imprint, San Francisco. 2002;279-311.
35. Wandersman A, Florin P. Citizen Participation and Community Organizing. In. J. Rappaport ve E. Seidman (Eds.). *Handbook of Community Psychology*. Newyork. Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000.
36. Keleher H, MacDougall C, Murphy B. Approaching health promotion. *Understanding health promotion*, (Eds:Keleher Helen, MacDougall Colin, Murphy Berni.) Oxford University Press.2007; 3-14.
37. Kusher H, Sterk C. the limits of social capital: durkheim, suicide, and social cohesion", *Public HealthVol*. 2005;95(7):1139–1143.
38. Asthana S, Oostvogels R. Community participation in HIV prevention: problems and prospects for community-based strategies among female sex workers in Madras, *Social Science and Medicine*. 1996; 43(2):133-48.
39. Tüysüz N. Sosyal sermayenin ekonomik gelişme açısından önemi ve sosyal sermaye endeksinin hesaplanması. *Kalkınma Bakanlığı Yayını*, No: 2827, Kasım 2011.
40. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K ve ark. Lay health workers in primary and community healthcare for maternal and child health and the management of infectious diseases Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;3: Art No: CD004015. DOI: 10.1002/14651858.CD004015.Pub.3.
41. WHO. *Mainstreaming Health Promotion, draft of technical document in development for the Global Conference on Health Promotion*. 2009.
42. World Health Organization. *Capacity mapping for health promotion*, 2010. <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa1086.pdf> (Erişim Tarihi: 01.02.2011).
43. Özdemir Aİ, Altıparmak A. Sosyo-ekonomik göstergeler açısından illerin gelişmişlik düzeyinin karşılaştırmalı analizi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2005;24:97-110.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

44. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
45. Harran Üniversitesi ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Mevsimlik Tarım İşçisi Ailelerin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması 2011, Şanlıurfa, 2012.
46. Noordman J, van der Weijden T, van Dulmen S. Communication-related behavior change techniques used in face-to-face lifestyle interventions in primary care: A systematic review of the literature. Patient Educ Couns. 2012 Aug 6.
47. Kırmızıtoprak E, Şimşek Z. The Effect of Peer-Education on Sexually Transmitted Diseases and Safer Sexual Life Knowledge and Behaviour of Young People. [Turkish]. TAF Prev Med Bull. 2011; 10(4): 463-472.
48. Şimşek Z, Kırmızıtoprak E. Mevsimlik göçebe tarım işçisi gençlerin sağlıklı yaşam bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi. I. Ulusal Nüfus Bilim Kongresi (Ankara); Genişletilmiş Bildiri Özet Kitabı;7-10 Ekim 2010; 80-85.
49. Şimşek Z, Yılmaz T, Kabalcıoğlu F. topluma dayalı, kültüre duyarlı güvenli annelik programının etki değerlendirmesi ve sağlık insangücü, "14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi" 4-7 Ekim 2011 Trabzon.
50. Simsek Z, Koruk I, Doni NY. An operational study on implementation of mobile primary healthcare services for seasonal migratory farmworkers, Turkey. Matern Child Health J. 2012 Jan 26.
51. Gielen AC, McDonald EM. Using the PRECEDE –PROCEED Planning Model to Apply Health Behavior Theories. Chapter eighteen. Health Behavior and Health Education; Theory, Research and Practice. (Eds: Noreen M. Clark, Karen Glanz, Barbara K. Rimer, Frances Marcus Lewis). 3rd edition. Jossey Bass A Willey Imprint, San Francisco. 2002;409-436.
52. Şimşek Z, Koruk İ. Toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak için geliştirilen bir sağlığı geliştirme programı; mahalle ve köy muhtarlarının eğitimi. Sağlık ve Toplum. 2011; 21(1):15-25.

SAĞLIK OKUR YAZARLIĞI VE İNTERNET

Prof.Dr.Sibel Kalaça

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı AD

Sağlık Okur Yazarlığı

Sağlık okur yazarlığı (SOY) (Health Literacy), sağlığın geliştirilmesi kavramı çerçevesinde 1980'li yılların sonlarına doğru tanımlanmış bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), SOY'nı, sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması için gerekli temel becerilerin ötesinde, bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürebilmesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan temel motivasyonu tanımlayan bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlamaktadır (Nutbeam, 2000). Bir başka tanımlamaya göre ise SOY, bireylerin gündelik yaşamlarında sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi konularında karar verebilmeleri için sağlık bilgisine ulaşması, bu bilgiyi anlaması, değerlendirmesi ve uygulayabilmesi ile ilgili bilgi, motivasyon ve becerilerini içerir. Bir başka tanıma göre ise SOY, kişilerin sağlık hizmetleri ortamında etkin bir biçimde fonksiyon görebilmesi için sahip olması gereken bir dizi beceri olarak tanımlanmaktadır (Berkman, 2011).

Sağlık okur-yazarlığı, ülkemiz için yeni bir kavramdır; öte yandan, sağlık okur yazarlığı toplum sağlığının önemli bileşenlerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Mevcut literatürde, SOY'nın önemi şöyle özetlenmektedir:

- **Çok sayıda kişiyi etkilemesi:** Herkes, sağlıkla ilgili kararlar vermek durumunda kalmaktadır. Kanada'da yapılan bir çalışmaya göre, 16 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %60'ı sağlıkla ilgili bilgiyi anlamak ve kendi kendine karar vermek konusunda yetersizdir (Health Literacy in Canada, 2007).
- **Olumsuz sağlık sonuçlarına neden olması:** Mevcut kanıtlara göre SOY, eğitim, etnisite ve yaşla ilişkilidir; yanlış ilaç kullanımı, hastalık ve tedaviyi iyi anlamama nedeni ile kötü sağlığın bağımsız risk faktörleridir. Berkman ve arkadaşları, yaptıkları sistematik derlemede, düşük sağlık okur yazarlığının sağlığa olan etkilerini değerlendirmiş; düşük sağlık okur-yazarlığının daha fazla hastaneye yatma, acil servis hizmetlerini daha fazla kullanma, daha az koruyucu sağlık hizmeti alma (mamografi ve influenza aşısı örneğinde), ilaçları düzgün kullanamama, sağlıkla ilgili mesajları iyi anlayamama, ve özellikle yaşlılarda daha kötü bir sağlık düzeyi ve yüksek mortalite ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Berkman, 2011). Düşük SOY, toplam okula gitme süresine göre, mortalitenin daha güçlü bir göstergesidir.
- **Kronik hastalıkların yönetimi ile ilgisi:** Kronik hastalıkların sıklığı, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan giderek artmaktadır. SOY, kronik hastalıkların kendi kendine yönetiminde önemli bir role sahiptir. Bu tür uzun dönemli hastalıkların yönetimi için, bireylerin kendilerine sunulan sağlıkla ilgili bilgileri anlaması, yaşam biçiminde değişiklikler yapması, uygun kararlar vermesi ve gerektiğinde sağlık hizmetlerine ulaşması gerekmektedir. Bu durumda, daha çok zorluk yaşayanların düşük SOY'na sahip olan yaşlılar, azınlıklar, düşük eğitimliler ve düşük gelirli oldukları gösterilmiştir. Türkiye'de yapılmış olan bir çalışmada da benzer biçimde düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düşük SOY ile ilişkili bulunmuştur (Özdemir, 2010); aynı çalışmada kadınlar da düşük SOY açısından risk grubu olarak değerlendirilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- **Maliyet:** 2009'da yapılan bir sistematik derlemeye göre, düşük SOY, sağlıkla ilgili maliyetlerde %3-5 ek bir artışa neden olmaktadır (Eicher ve ark, 2009).
- **Eşitlik:** Bireylerin tam sağlık haline erişebilmesi için, herkesin sağlık hizmetlerinden gereksinimine göre yararlanması gerekir. SOY, bu açıdan özellikle de yukarıda belirtilen gruplar açısından önemli eşitsizliklere neden olmaktadır.

Bu nedenle sağlık okur yazarlığı kavramının neden önemli olduğu ve nasıl ölçülmesi gerektiği halk sağlığı alanının önemli konularından birisi olarak görülmektedir. SOY'nın önemi, sağlığı geliştirme yaklaşımı çerçevesinde ele alınmalıdır. Bu perspektiften bakıldığında, SOY, yalnızca hasta kişilerin sağlık hizmetlerini etkin kullanması ve/veya tedaviye uyumu kapsamında sınırlı kalmamalı; bireylerin günlük yaşamlarında sağlıkla ilgili doğru kararlar verebilme becerilerini de içeren, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili bilgi ve davranışlarını da kapsamalıdır (Abel, 2008).

Tablo 1. de, SOY'nın alt bileşenlerini özetleyen bir model sunulmuştur (HLS-EU Model).

Nutbeam (2000), SOY için üç farklı düzeyden söz etmektedir: fonksiyonel SOY, interaktif SOY ve eleştirel SOY. Birinci düzey olan fonksiyonel SOY, temel olarak sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılmasını içermektedir. İnteraktif SOY, daha ileri bir düzey olup, kişilerin etkili bir iletişim kurabilmesi için gerekli olan, daha ileri düzeydeki okur-yazarlık, bilişsel ve sosyal becerilerini içerir. En ileri düzey olarak tanımlanan eleştirel SOY ise, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde söz sahibi olmak üzere, sağlıkla ilgili bilgileri eleştirel olarak değerlendirmesine ve kullanmasına olanak sağlar.

**Tablo 1. Sağlık okur yazarlığının 12 alt bileşeni
(HLS-EU Model)**

SAĞLIK OKUR YAZARLIĞI	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve hizmet	1)Tıbbi veya klinik konularla ilgili bilgiye ulaşma becerisi	2)Tıbbi bilgiyi anlama becerisi	3)Tıbbi bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	4)Tıbbi konularla ilgili (bilgilendirilmiş) karar verebilme becerisi
Hastalıklardan korunma	5)Risk faktörleri ile ilgili bilgiye ulaşma becerisi	6)Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi anlama becerisi	7) Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	8)Risk faktörleri ile ilgili bilginin işe yararlılığını değerlendirme becerisi
Sağlığın geliştirilmesi	9)Sağlıkla ilgili konularda kendini güncelleyebilme becerisi	10)Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama becerisi	11) Sağlıkla ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	12)Sağlıkla ilgili konularda görüş oluşturabilme becerisi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bir sağlık iletişimi aracı olarak internet:

Internet giderek daha çok kişi için anahtar bir bilgi kaynağı haline gelmektedir (Kickbush 2001). 15 Avrupa Birliği ülkesinde yapılan bir çalışmaya göre (AB-15), kişilerin %41.5'i, internetin sağlıkla ilgili bilgi için iyi bir kaynak olduğuna inanmaktadır (European Opinion Research Group 2003). Ülkemizde çeşitli gruplarda yapılan çalışmalar da internetin sağlık bilgi kaynağı olarak yaygın biçimde kullanıldığını göstermektedir. Örneğin, Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsünde 2004'de 2500 öğrenci ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %31'inin, cinsellikle ilgili bilgiler için interneti kullandıklarını saptanmıştır (Kalaça, 2005). İnternette sağlıkla ilgili bilgi arayan kişilerin yaklaşık yarısı internetin sağlık sorunlarını anlamada ve doktorları ile iletişim kurmakta önemli bir etkisi olduğunu belirtmektedir. İnternet kullanımı yaşla birlikte azalmakta; eğitim düzeyi arttıkça artmaktadır: 15-24 yaş grubundaki kişilerin %35.3'ü interneti sağlıkla ilgili bilgi kaynağı olarak kullanırken; 55 yaş üzerinde bu oran % 8.3'tür. Eğitimi 15 yaşında bırakan kişilerin ise ancak % 5.8'i interneti sağlıkla ilgili bilgi aramak için kullanmaktadır. İlginç olan, hem internet kullanıcıları, hem de kullanıcı olmayanlar arasında sağlık bilgisine giderek artan bir talep bulunuyor olması (European Opinion Research Group 2003).

Diğer medyada olduğu gibi, elektronik medya aracılığı ile sunulan bilgide de, ortalama bir kullanıcı için, bilginin yanlış olması, eski, düşük nitelikli veya çok karmaşık olması gibi tehlikeler söz konusudur. İnternet tarafından sunulan bilgi belli bir denetimden geçirilmemiştir; bu denetimsiz yayılım bazı önemli sorunlara yol açabilir. Örneğin belli bir hastalığı olan kişilerin yaşam beklentileri konusunda elde edecekleri –yanlış- bir bilginin yol açacağı duygusal sorunlar gibi. Veya, internet kullanıcılarının, okudukları bilgiyi anlamak ve değerlendirmek konusunda yeterli bir desteğe sahip olmayabilecekleri gibi. Bunun dışında, internete ve dolayısı ile sağlık bilgisine ulaşımdaki eşitsizlikler ayrı bir eşitsizlik nedeni olmaktadır. Aslında internet, dezavantajlı gruplar için erişilebilir olmadığı gibi, yeterince çekici de değildir. Avrupa Komisyonunun bir çalışmasına göre, evde kalan kişiler (özellikle ev kadınları), yaşlılar, emekliler ve kırsal alanda yaşayan arasında internet kullanımının düşük olduğu gösterilmiştir. Öte yandan, eğitim ve gelir, yüksek kullanım açısından en önemli iki değişkendir. Yine Avrupa'da yapılan bir çalışmaya göre, internet kullanmama nedenleri arasında en fazla “evde bilgisayar olmaması” (bilgisayar sahibi olma ve internet bağlantısının yüksek maliyeti nedeni ile), halka açık yerlerde ulaşımın olmaması, teknolojinin karmaşıklığı ve temel kullanım becerisi eksikliği bildirilmiştir (EC 2005 a). Maliyet, daha çok gençler ve yüksek eğitilmiş kişiler için kullanmama nedeni olarak belirtilirken; 55 yaş üzeri kişiler ve düşük eğitimlileri için, kullanma becerisi eksikliği bir bariyer olarak gösterilmektedir. İnternet aracılığı ile ulaşılan bilginin niteliğini anlamak için, internette sunulan bilginin “*pull information*”, buna karşın televizyon ve yazılı medya aracılığı ile sunulan bilginin “*push-information*” olarak tanımlandığından söz etmek gerekir. Buna göre, “*pull-information*”, kullanıcının kendisine gerekli olan bilgiyi elde edebilmesi için, çok büyük bir bilgi havuzu içinden aktif olarak arama ve seçme yapmasını gerektirir. Bu nedenle kullanıcılar, karşılarına çıkan bilgi miktarı karşısında şaşırmakta ve bu bilgiyi etkin olarak kullanamamaktadırlar. Örneğin Google aracılığı ile “sağlık” ve “sağlık bilgisi” sözcükleri ile yapılan bir aramada sırası ile 321 000 000 ve 3,330,000 sonuç gelmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İnterneti etkin biçimde kullanmak için, kişilerin hem bu bilgiyi nasıl yöneteceklerini hem de bu çabaları konusunda nasıl-nereden destek alacaklarını bilmeleri gerekir. Bu noktada sağlık okur yazarlığının, internetin bir sağlık bilgi kaynağı olarak etkin kullanımı konusunda çok önemli bir rolü bulunmaktadır.

Ortalama olarak, internette sunulan sağlık bilgisi, 10.sınıf (15 yaş ve üzeri) veya üzeri bir eğitim düzeyi gerektirmektedir ve incelenen 1000 siteden sadece 10'unun düşük eğitimli kişilere uygun içeriğe sahip olduğu bulunmuştur. Yapılan bir başka çalışma, karmaşık site özelliklerinin (animasyonlu linkler gibi), düşük okur yazarlığı olan kişiler için bilgiye ulaşma ve kullanma açısından zorluk yarattığını göstermiştir. Arama motorunun kullanımı, erişim için özel terimlerin kullanılması gereği gibi diğer bazı özellikler açısından da internet sitelerinin uygun olmadığı saptanmıştır (Birru ve ark, 2004). Öte yandan Birru ve arkadaşları, internet kullanma becerisi ile ilgili kursu katılan düşük okur-yazarlığı olan kişilerin böyle bir eğitimi geliştirici bulduklarını ve daha fazla öğrenmek konusunda motive olduklarını göstermiştir.

Buna göre, sitenin tasarımı, kolay okunabilir bilginin sunumu, bilgisayar-internet becerilerinin geliştirilmesi ve ulaşımın kolaylaştırılması gibi kapsamlı bir stratejinin, özellikle dezavantajlı grupların sağlık okuryazarlığını geliştirmede ve internet kullanımını özendirmede yararlı olabileceği öne sürülmüştür.

Avrupa Komisyonu, internet ve SOY arasındaki güçlü ilişki nedeni ile sağlıkla ilgili bilgileri içeren nitelikli bir internet sitesinin özelliklerini çok sayıda sektörün temsil edildiği bir grup çalışması sonucunda tanımlamıştır (EC (2002 a):

Sağlıkla ilgili internet sitelerinin kalite kriterleri:

Açıklık ve dürüstlük: Siteden sorumlu olan kişi ve kuruluşun, adı, iletişim bilgileri; sitenin amaçları, hedef kitle ve mali kaynağın açıkça belirtilmesi

Yetki: sunulan bilginin kaynağı ve kaynağın yayımlanma tarihinin belirtilmesi; siteye koyulan bilgiyi sağlayan kişi ve/veya kurumların yetkili olduğunu belirtir belge/bilgi

Gizlilik ve bilginin korunması: Kullanıcıların kişisel bilgilerinin korunması

Güncel bilgi: Sunulan bilginin düzenli olarak güncellenmesi

Hesap verebilirlik: Hata-yanlış vb durumunda kullanıcının başvuracağı bir birimin olması, geri bildirim yapılabilecek bir muhatap bulunması. Bağlantı verilen başka siteler varsa, bu sitelerin ancak gerekli kriterleri karşılayabilen güvenilir siteler olmasının garanti edilmesi. Sunulan içeriğin nasıl bir yöntemle/hangi süreçler izlenerek seçildiğinin açıklanması.

Ulaşılabilirlik: Aranabilir, okunabilir, kullanılabilir olması

Sağlık okur yazarlığı konusu, hem sağlığın korunması ve geliştirilmesi hem de tedavi ile ilgili sağlık bilgisinin yığılımlı olarak arttığı, bilgi kaynaklarının çeşitlendiği, ulaşılabilir bilginin niteliğinin yeterince değerlendirilemediği ve sağlık hizmetleri pratiğinin giderek ağırlaştığı günümüzde öncelikli bir konu haline gelmiştir. Televizyon ve basılı yayın ama özellikle elektronik medyaya, hem SOY düzeyine olan etkileri nedeni ile, hem de sunduğu bilginin farklı SOY düzeyindeki kişilerce farklı kullanımı açısından, konunun mutlaka dikkate alınması gereken çok önemli taraflarından birisidir.

Kaynaklar

Abel T (2008). Measuring health literacy: moving towards a health promotion perspective. International Journal of Public Health 53. 169–170

Berkman ND. (2011) Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Annals of Internal Medicine. 155– 97-107

Birru, M.S., Monaco, V.M., Charles, L., Drew, H., Nije, V., Bierria, T., Detlefsen E., Steinman, R.A. (2004). Internet usage by low-literacy adults seeking health information: an observational analysis. Journal of Medical Internet Research. Vol.6. <http://www.jmir.org/2004/3/e25/> (24.03.2005).

EC (2002 a). eEurope 2002. Quality Criteria for Health Related Websites. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of Regions. Brussels. http://europa.eu.int/lex/en/com/cnc/2002/com2002_0667en01.pdf (25.03.2005).

EC (2005 a).eInclusion revisited: The Local Dimension of the Information Society. Commission staff working document. Part I. Brussels (4-02-2005). http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2005/feb/eincllocal_en.pdf (03.03.2005).

Eicher K, Wieser S, Bruegger U (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. International Journal of Public Health. <http://www.springerlink.com/content/n7327r1t181665t3/fulltext.pdf>

European Opinion Research Group (EORG) (2003). Eurobarometer 58.0. European Union citizens and sources of information about health. http://europa.eu.int/information_society/europe/ehealth/conference/2003/doc/eb_58_en.pdf (04.03.2005)

Health Literacy in Canada. (2007). Canadian Council on Learning. <http://www.ccl-cca.ca/ccl/reports/HealthLiteracy/HealthLiteracy2007.html>.

Kalaça S ve ark. (2005). Raising awareness and meeting reproductive health needs of young people at Marmara University Haydarpaşa Campus. Final narrative report. EU Project. Reference number of the project: DELTUR/2004/96623

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Kickbusch, I. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide.

Health Promotion International, Oxford. Vol.16, 289 – 297.

Nutbeam D. (2000) Health Literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International.15, 259-267.

Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Education Research. 25 (3) 464-477.

Siyasetin Müdahalesi: “3 Çocuk” önerisine nasıl bakılmalı?

Prof. Dr. Ayşe AKIN

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Halk Sağlığı Uzmanı; Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Başkanı, Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM)Müdürü.

Belki de yazıya, “siyaset doğurganlığın düzenlenmesine müdahale etmeli mi? ne zaman, ne ölçüde ve nasıl?” sorularının yanıtlarını, Türkiye örneğini ele alarak başlanmalı ve yanıtları verilmelidir.

Siyaset tabii ki doğurganlıkla ilgili konularda da söz sahibi olmalıdır, Türkiye örneğinde olduğu gibi siyasi liderler müdahil ve söz sahibi olmuştur, gereğini de yapmışlardır... Ne var ki konu, bilimsel dayanağı somut kanıtları olan ve toplumun gereksinimi doğrultusunda ele alınmak durumundadır. Bu bağlamda, Türkiye Cumhuriyetinin ilk yıllarına gidildiğinde;

Türkiye’de nüfus sorununu ulusal bir politika olarak ilk ele alan ve üzerinde duran Atatürk’tür. Atatürk 1920 yılında yaptığı bir konuşmada, “Milletimizin sıhhatinin muhafaza ve takviyesi, ölümlerin azaltılması, nüfusun artırılması, bu suretle efradı milletin dinç, çalışkan ve kabiliyetli bir halde yetiştirilmesi lazımdır” sözleriyle nüfusun artması gerektiğine dikkat çekmiştir. Atatürk bundan sonra da nüfusu artırma isteğini birçok kez dile getirmiş, böylece 1924’de Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılış konuşmasında da belirttiği gibi nüfusu artırma yaklaşımı yani “pronatalist nüfus politikası” devlet politikası haline gelmiştir (1).Burada hemen dikkat çeken Atatürk’ün “durup dururken” böyle bir politikayı dile getirmediği nüfusun sadece 13 Milyon civarında olması, çok yüksek anne ve çocuk ölümlerinin söz konusu olması, yıllarca süren savaşlar nedeni ile genç nüfusun kaybedilmiş olması gibi **somut bilgilere dayalı olarak her konuda olduğu gibi ülkenin o anki gereksinimlerine paralel “pronatalist nüfus politikasını” başlatmış olmasıdır.**

Pronatalist nüfus politikasının izlendiği bu dönemde Türkiye nüfusunda belirgin demografik değişiklikler meydana gelmiştir. Nüfusun hızla arttığı ve doğurganlık hızının dikkat çekici bir düzeye ulaştığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Ek olarak yasa dışı düşüklere ciddi ve hızlı bir artış meydana gelmiştir. Bütün bunlar toplumun, özellikle de kadın sağlığını belirgin olarak olumsuz etkilemiştir (2).

Esasen Türkiye’de nüfus sorunu, aşırı doğurganlığın, çocuk düşürmelerinin artması ve anne ölümlerine neden olması biçiminde ortaya çıkmıştır. 1927-1945 yılları arasında binde 18 olan nüfus artış hızı 1950’de binde 22 olmuştur.

Cumhuriyet’in ilk yıllarında 5,6 olan toplam doğurganlık hızı yapılan yasal teşvik ve uygulanan politikalarla ilk sayım yılı olan 1927 yılında 6,6’ya daha sonra 1930–1935 aralığında Türkiye tarihinin en yüksek noktasına, ortalama 7,1 çocuğa çıkmıştır. 1950–1955 tarihine kadar ise iniş-çıkışlı değişimler görülmüş 1950–1955 dönemi için toplam doğurganlık hızı 6,54 olarak tahmin edilmiştir. (3)

İzlenen pronatalist nüfus politikasının değiştirilmesi gerektiği 1950 li yıllarda ülkede varolan “aşırı doğurganlık”, toplumun istemesine rağmen, gebelikten korunma yöntemlerinin yasak olması, yasa dışı olmasına rağmen isteyerek düşüklere çok yaygın, bu düşüklere bağlı anne ölümlerinin adeta bir epidemik düzeyinde olması nedenleri ile gündeme gelmiştir (3,1). Bu yıllardan sonra artık nüfus politikasının değiştirilmesi gerektiği ile ilgili bilimsel araştırmalar, savunuculuk faaliyetleri vb. gibi çalışmalarla bu gerekliliğe karar vericilerin dikkati çekilmiştir.

1960 lı yılların başında yeni nüfus planlaması yasası için yapılan hazırlıklarda, SB çalışanları ile Türkiye’nin gerçekleri hakkında duyarlık sahibi olan STK’lar ve bilim insanları arasında yakın işbirliği sağlanmış, pronatalist nüfus politikasını değiştirme konusu ülke içinde giderek daha fazla destek bulmuştur.

Yine de pronatalist nüfus politikasının değiştirilmesi kolay olmamıştır. Oldukça uzun bir zaman almış ve ancak çeşitli sektörlerin, kişilerin ve Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK) çabaları ve işbirliği ile mümkün olmuştur. (4,5)

Türkiye’de bilimsel kanıtları ortaya çıkarmak için araştırmalar yapmak ve bu kanıtları politikacıları ve diğer karar vericileri, gerekli politik ve yasal değişiklikleri gerçekleştirmeleri için ikna etmek amacıyla kullanma

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

geleneği oldukça eskidir. Örneğin, o zamanki bilinen adı ile “Ankara Büyük Doğumevi” başhekimi, Dr. Zekai Tahir Burak, provoke düşüğe bağlı olarak ölümcül durumda hastanesine başvuran çok sayıda kadın olduğunu ve bunların çoğunun kaybedildiğini fark etmiş ve istenmeyen gebeliklerin ve güvenli olmayan düşüklerin kadın sağlığı için olumsuz sonuçlarını hastaneye başvuran vakaların bulgularını derleyerek göstermiştir. Benzer şekilde o yıllarda Orta Anadolu'nun 137 köyünde Prof. Dr. Nusret Fişek'in yönetiminde bir araştırma yürütülmüştür. Bu araştırmanın sonuçları kırsal alanda bebek ölüm hızı bir canlı doğumda 165, ana ölüm oranı ise yüz bin canlı doğumda 280 civarında olduğunu göstermiştir. Dahası, **anne ölümlerinin yüzde 53'ünün düşüklere bağlı olduğu saptanmıştır** (1).

Bu süre içinde, Türkiye'de halk sağlığının pek çok alanında öncü olan ve yeni antinatalist yasanın hazırlanmasındaki liderliği son derece değerli olan **Prof. Dr. N. Fişek**, konunun ulusal ve uluslar arası platformlarda savunuculuğunu yapmış, etkili kanaat önderleri ve ülkedeki STK'lar ile yakın iletişimde bulunmuştur. 1960 yılından sonra Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olarak yasal değişikliklerin gerçekleşmesi için gösterilen çabalara öncülük etmiştir. 1963 yılında BM-Nüfus Konseyi işbirliğinde, tüm ülkeyi temsil eden bir örnekleme, **Aile Planlamasında Bilgi, Tutum ve Davranış (BTD) Araştırması** düzenlemiştir. Bu, araştırma, doğurganlık konularında yapılan **ülke düzeyindeki ilk araştırma** olup önemli bilgiler sağlamış, daha sonraki aile planlaması programları için de yol gösterici olmuştur(1,6-9). Türkiye'de 27 Mayıs 1960'da yapılan askeri devrimden sonra ulusal kalkınma ile ilgili her alanda planlama kurumsallaşmış, düzenleyici ve yasal değişiklikleri de içeren bir dizi reform gerçekleştirilmiştir. Nüfus planlaması, bu doğrultuda, mevcut somut kanıtlar da göz önüne alınarak hükümetin ciddi hedeflerinden biri haline gelmiştir

Prof.Fişek ilk Nüfus ve Sağlık araştırma bulgularını da esas alarak ,1965 yılında kabul edilen Nüfus Planlaması Kanunu'nun taslağını kaleme almış, yasa 1965 yılında kabul edilmiştir (10). Yasa ile belirlenen çerçevede ulusal Aile Planlaması programı oluşturulmuştur. Yasada, nüfus planlamasının amacının kişilerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarının sağlanması olduğu ve gebeliğin önlenmesi için koruyucu önlemler kullanılmasının serbest olduğu belirtilmiştir. İsteyerek düşük ve cerrahi sterilizasyon yöntemlerine ise sadece tıbbi endikasyon varlığında izin verilmiştir.

Yasanın uygulanmaya başlanmasından sonra; Aile planlaması (AP) yöntemleri hakkında toplumun bilgisi, ve kullanımı artmış, bununla beraber geleneksel AP yöntemlerinin yaygın olarak kullanılması da sürmüştür. **Yasa, kısıtlamalara rağmen, isteyerek düşük yapmayı ve buna bağlı morbidite ve mortaliteleri önleyememiş, yasadışı isteyerek düşüklerin sıklığı artarak devam etmiştir** (1,8).

1963'de doğurganlık konularında yapılan ilk ülke çapındaki araştırmadan sonra, her beş yılda bir benzer ulusal araştırmaların yapılması tekrarlanmıştır. Böylece Türkiye'de nüfus ve üreme sağlığı konularındaki eğilimler iyi izlenebilmiştir. 1980'lerin başlarında yılda 300 bin isteyerek düşük gerçekleştiği, bunun yaklaşık 50 bininin sağlıksız yöntemlerle olduğu tahmin edilmiştir. Bu dönemde isteyerek düşüklerin çoğu, özel kliniklerde, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından ve yüksek ücretlerle gerçekleştirilmiştir. Güvenli olmayan düşükler ise Türkiye'de bu olanaklara sahip olmayan kadınlar için bir sağlık sorunu olmaya devam etmiştir. Bütün bu sonuçlar gerek bilim insanları gerekse Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından özenle yakından izlenmiş ve değerlendirilmiştir.

İlk antinatalist nüfus planlaması yasının artık toplumun ihtiyacını tam olarak karşılayamadığı ve değiştirilmesi gerektiği mevcut araştırma sonuçlarına dayalı düşünülmüş yasanın yenilenmesi için girişimler başlatılmıştır. **Bu aşamada yine, sıg söylemler yerine kanıta dayalı stratejiler izlenerek yine ilk yasada olduğu gibi araştırma bulgularına dayalı, toplumun talepleri göz önüne alınmıştır.**

İlk NP yasasından sonra Türkiye'de gerçekleşen durumlar özetlenecek olursa; Yukarıda da değinildiği gibi, ilk NP yasası isteyerek düşüklere bağlı anne ölümlerini önlemede yeterli olamamış, AP' da karşılanamayan gereksinim yüksek kalmaya devam etmiştir. Bu nedenle ilk NP yasasının var olan gereksinimleri karşılamak için daha gerçekçi olacak yönde değiştirilmesi ciddi olarak ele alınmıştır. Bu süre içinde yine Türkiye'de antinatalist nüfus politikasına öncülük eden Prof. Dr. Nusret Fişek ekibiyle birlikte ilgili etkinlikleri yönlendirmiş, Dünya Sağlık Örgütü'nün de iş birliği ile bir dizi “sağlık hizmet araştırması” yürütülmüştür (1,8-9).

Mevcut NP yasasının değiştirilmesi süreci de, ilk NP yasasında olduğu gibi Sağlık Bakanlığı önderliğinde Üniversitelerin ve diğer pek çok sektörün işbirliği ile gelişmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Titiz hazırlıklardan sonra hazırlanan ve Türkiye Büyük Millet Meclisine (TBMM) sunulan 2827 sayılı yasa 24 Mayıs 1983’de mecliste görüşülerek yapılan bazı tartışmalar sonunda kabul edilmiştir (11).

Bu yasa ile:

- On haftaya kadar olan gebelik süresinde, isteyerek düşükler yasallaşmış,
- Gerekli eğitimden sonra sertifikalandırılan ebe ve hemşireler RİA uygulaması için yetkilendirilmiş,
- Gerekli eğitimden sonra sertifikalandırılan pratisyen hekimler gebelik sonlandırılması için yetkilendirilmiş,
- Kadın ve erkek için cerrahi sterilizasyonun (tüp ligasyonu ve vazektomi) isteğe bağlı olarak yapılması yasallaştırılmıştır.

Kolayca fark edileceği gibi, yeni yasada yer alan tüm maddeler yıllardır ülkede yürütülen ve sonuçları son derece zamanlı olarak savunuculuk amacıyla kullanılan çalışmaların veya sağlık hizmet araştırmaları ile bilim insanları tarafından ortaya konulan, kanıtlanan hususlar olup bütün bu sonuçlar, yasada yer alan değişikliklerin gerçekleşmesine temel oluşturmuştur.

1983 yılında kabul edilmiş olan 2827 sayılı yeni Nüfus Planlaması Yasasının Türkiye’de kadın-anne sağlığı ve AP uygulamaları üzerine olan etkileri özetlenecek olursa; (1,9)

- Düşüğün yasallaşması, ülkedeki düşüğe bağlı komplikasyonların ve anne ölümlerinin önlenmesini sağlamış, güvenli olmayan düşüklere bağlı anne ölümleri yok denilecek kadar azalmıştır.
- İsteyerek düşüklerin sağlık hizmetleri üzerindeki yükü azalmıştır.
- İsteyerek düşük komplikasyonlarına bağlı hastane yataklarının işgali ortadan kalkmıştır.
- İsteyerek düşüklerin bireylere olan maliyeti azalmıştır.
- Yasadan hemen sonra isteyerek düşük prevalansı biraz artmış, ancak 1990’lardan sonra bu artış azalmaya başlamıştır. Halen azalma eğilimi devam etmektedir
- Yeni yasadaki RİA kullanma prevalansı sonraki beş yıl içinde ikiye katlanmıştır.
- İlk kez, etkili kontraseptif yöntem prevalansı geleneksel yöntemlerin prevalansını geçmiştir
- Bebek ölüm hızı ve anne ölüm oranında ciddi azalmalar meydana gelmiştir. Meydana gelen düşüşlerde de kuşkusuz izlenen nüfus politikasının etkisi büyük olmuştur (12)

Yazının bu ilk bölümünde Türkiye’de nüfusla ilgili olarak hangi politikalar neden izlendi ve sonuçta ne sağlandı konuları özetlenmiştir. Özetlenenler çok açık olarak, izlenen politikaların “bilimsel kanıtlara dayalı, toplumun gereksinimlerine paralel ve toplumsal mutabakatla” kara verilip uygulandığını göstermektedir. Ayrıca yapılan her değişikliğin kadın sağlığına olan olumlu katkısı, bilimsel olarak ülke çapındaki araştırmalarla ortaya konulmuştur.

Günümüzde siyasetin “her ailenin en az 3 çocuğu olmalı” söylemi ile yola çıkıp daha sonra bu sayının 5 olmasının ifade edildiği müdahaleye geçmeden önce, Türkiye’nin taraf olduğu ve ciddi bir devlet olarak hazırlık aşamalarına katılıp sonunda da imzaladığı, kabul edip “taahhüt ettiği” özellikle doğurganlığın düzenlenmesi konularında önemli olan uluslararası sözleşmeleri, sonuç belgelerini hatırlamakta yarar var.

Bunlardan ilki “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi - 1948” ; Birleşmiş Milletlerin (BM) 1979 yılında hazırladığı Türkiye’nin 1985 yılında imzaladığı ve TBMM tarafından onaylanmış olan **CEDAW (Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi)**; BM tarafından 1994 yılında Kahire’de düzenlenen **“Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı- International Population and Development Conference- ICPD”**; Yine BM tarafından 1995 yılında Pekin’de düzenlenen **“IV.Dünya Kadın Konferansı”**; Son 2 uluslararası toplantının beş,on,onbeş yıl sonraki değerlendirmeleri de yapılmıştır (13-15).

Sadece başlıkları belirtilen **bu uluslararası belgelerin ortak yönleri ve ele alınan konu ile ilgili vurgulanalar;**

- Kadının bir “birey” olduğu ve erkeklere eşit hakları olduğu, devletlerin/ hükümetlerin görevinin bu hakların eksiksiz olarak kullanılmasını garanti etmesi gereği,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Kadınların sağlık hakları ve üreme haklarının onların insan haklarının önemli bir bölümü olduğu ve hükümetlerin, bu hakkın kullanımı için gerekenleri yerine getirmelerinin onların anayasal görevi olduğu,
- Doğurganlığın düzenlenmesine her bireyin özgür iradesi ile başka hiç kimsenin etkisi olmaksızın, baskı yapılmaksızın kendisinin karar vermesi gerektiği,
- Nüfus ve Kalkınma ana temasında dünyanın gelecek 20 yılının planının yapıldığı Kahire toplantısında, üreme sağlığının ilk kez tanımı yapılmıştır. Belgede, üreme hakları, ulusal yasalarda, uluslar arası insan hakları bildirgelerinde ve diğer oybirliği ile kabul edilmiş belgelerde benimsenmiş belirli insan haklarını içermektedir. Bunlar **bütün çiftlerin, bireylerin, çocukların sayısına, doğum aralığına ve zamanlamasına özgürce ve sorumlulukla karar verme temel hakkı, bunu yapacak bilgiye ve araçlara sahip olma hakkı, cinsel sağlık ve üreme sağlığında en yüksek standarda ulaşma hakkıdır. İnsan hakları bildirgesinde ifade edildiği gibi ayırmacılık, baskı ve şiddete maruz kalmadan üremeyle ilgili konularda karar verme hakkı da bu haklara dahildir. İnsanlar bu hakkı kullanırken halen hayatta olan ve gelecekteki çocuklarının ihtiyaçlarını, kendilerinin topluma olan sorumluluklarını göz önüne almalıdırlar. Bütün insanların bu haklarını sorumlu bir biçimde kullanmalarını sağlamak aile planlamasının dahil olduğu üreme sağlığı alanıyla ilgili hükümet ve toplum destekli politikalarla programların temel amacı olmalıdır** denilmektedir (1994,ICPD paragraf 7.3) (14)
- ICPD dokümanının Nüfus bölümünde ise, “ Son zamanlarda, birçok ülkede, doğum hızlarında düşüş olmakla birlikte, nüfuslarında büyük artışlar olması kaçınılmazdır. Birçok ülkede, nüfus yapısının “genç” olması sonucu önümüzdeki on yıllar, ciddi boyutlarda sayısal artışlar getirecektir. Kentlerin hızlı büyümesi ve nüfusun dengesiz bölgesel dağılımının da dahil olduğu yurtiçi ve ülkelerarası nüfus hareketleri, gelecekte artarak devam edecektir denilmektedir (1994,ICPD paragraf 3.1) (14).
- **ICPD’de üreme sağlığı ile ilgili bütün belirtilenler 1995 yılında Pekin’de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansında kabul edilerek tekrar altı çizilmiştir** (15)

Sadece yukarıda belirtilenler bile doğurganlık, sağlık ve haklar bağlamında “siyasetin ne yapması gerektiğini çok açık olarak göstermektedir”.

Şimdi de Türkiye’de nüfusla ilgili durumu ve gelecek yıllar yönünden nelerin beklenebileceğini, bu tablo karşısında acaba siyasetin 3 çocuk, 5 çocuk müdahalesini ya da T.C Sağlık Bakanının 2007 yılındaki “Üreme Sağlığına “evet” ancak biz hükümet olarak aile planlamasına “hayır” diyoruz” söylemini değerlendirecek olursak; İnsanların “doğurganlık gibi, haklar bağlamında düşünülmesi, ele alınması gereken bir alana resmi otoritelerin bilimsel temeli de olmayan söylemlerle girmeleri, sadece akılları karıştırmaz, uluslar arası belgelerin hazırlanmasına da önemli katkıları olmuş, alınan kararları benimseyerek imzalamış taahhüt etmiş olan “Türkiye’nin” uluslar arası saygınlığını da zedeler.

2050 yılına kadar Türkiye nüfusu ve olası değişiklikler: Pek çok kuruluşun da konuyu incelediği gibi Türkiyenin, geçmiş yıllardaki yüksek doğurganlık hızları nedeni ile halen sayısal olarak büyük bir genç nüfusu olması nedeni ile 2050 yılına dek artmaya devam edecek, ancak 2050 yılından sonra 100 Milyon civarında durağanlaşacaktır (16-18)

Yapılan projeksiyonlara göre gelecek yıllarda Türkiye nüfusu:

Yapılan hesaplamalara göre, Türkiye’nin doğurganlık hızlarında yıllara göre düşüşler, sağlık göstergelerinde iyileşmeler meydana gelecektir (Tablo 1). Tabloda dikkat çekmesi gereken husus doğurganlık hızlarındaki düşüşlere, yaş gruplarının oransal olarak değişmesine rağmen hiçbir yaş grubunda nüfus büyüklüğü sayısal olarak azalmamakta, aksine artmaktadır. Karar vericilerin bu nüansı görmesi, ya da görenlerden öğrenmesi gerekmektedir. **Daha bu günden Türkiye nüfusunun “yaşlanıyor” olduğu kaygısının da haklı olmadığı** yine tablo 1 incelendiğinde görülmektedir. Şöyle ki, 2000 yılında % 5,69 olan 65 yaş ve üzeri yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı yıllar içinde artmakta 2030 yılında % 10,8’e 2040 yılında % 13,69’a ve 2050 yılında % 17, 32 ‘ye ulaşmaktadır (Tablo 1) (16)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Birleşmiş Milletler'in, toplam nüfusunun yüzde 15'i yaşlı olan ülkeleri "yaşlı nüfus" olarak adlandırdığı göz önünde bulundurulursa, nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye ancak 2040 yılından sonra "yaşlı nüfus" kategorisine girecektir. Yani, **gelişmiş ülkelerin günümüzde yaşadığı "nüfus yaşılanıyor" endişesini Türkiye'nin bugünden yaşayarak, doğurganlığı teşvik edici önlemler almasının bilimsel bir temeli ve gereği yoktur.** Diğer taraftan bu yazıda da vurgulandığı gibi doğurganlığa karar verme ve doğurganlık davranışındaki seçim Türkiye'nin de kabul ederek imzaladığı uluslararası belgelerde de belirtildiği gibi "kadın ve erkeğin", ancak özellikle de gebelik, doğum ve lohusalık gibi her anında risklerin de yaşanabileceği çok uzun bir süreyi yaşayan **kadının** bu konuda özgür iradesi ile herhangi bir yönlendirmeye maruz kalmadan karar vermesi, kendisinin temel bir "insan hakkıdır". Bu hakkın teslimi ise devletin anayasal görevi olmak durumundadır.

Türkiye tarihinde doğurganlık davranışı ve hakları bağlamında bir ilk de yine 2012 yılında T.C. Başbakanı'nın çeşitli toplantılarda "**Kürtaj Cinayettir**" nitelemesi ile yaşanmıştır.

Oysa Türkiyede, yine bu yazı kapsamında açıklandığı gibi isteyerek düşükler, anne ölümlerinin içindeki payının% 50 lere kadar çıkması ve anne ölüm nedenlerinin en başında gelen "sağlıksız düşükleri- unsafe abortion" önlemek amacı ile ele alınmış ve nitekim 1983 yılında isteyerek düşüklerin yasallaştırılmasından sonra düşüklerin anne ölümleri içindeki payı % 2 lere düşmüştür (UAÖA 2005).

Siyasi kimliği olanların dikkatini çekmesi gereken diğer bir husus da ; bazı öngörülerin aksine yasadan sonra isteyerek düşükler bir miktar artsa da daha sonra giderek azalmış, 2008 TNSA sonuçlarına göre 100 gebelikte 10'a düşmüştür ve bu azalma trendi hala devam etmektedir. Bu azalan eğilimde etkili olan Türkiye'nin bütün "Kalkınma Planlarında" da vurguladığı ve özellikle Sağlık Bakanlığının Türkiye gerçeklerini zamanında gerçekçi olarak kavraması, insan haklarına özellikle kadın haklarına saygılı olarak toplumun taleplerini yermesi , aile planlaması hizmetlerini başarılı olarak vermesinin bir sonucudur (Tablo 2). (18,5-6)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tablo: 1. Yıllara göre Nüfus Göstergeleri, Orta Düzey Projeksiyon Türkiye 2000, 2050

NÜFUS GÖSTERGELERİ	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Doğurganlık						
Toplam Doğurganlık Hızı	2,53	2,12	2,01	1,95	1,9	1,85
Brüt Yenilenme Hızı	1,23	1,03	0,98	0,95	0,93	0,9
Net Yenilenme Hızı	1,2	1	1	0,9	0,9	0,9
Ortalama İlk Doğum Yaşı	27,63	27,32	27,24	27,23	27,23	27,23
Ölümlülük						
Erkek Doğuştaki Yaşam Ümidi	67,6	69,3	71,1	72,6	74,1	75,6
Kadın Doğuştaki Yaşam Ümidi	74,2	76,5	78,8	80	80	80
Toplam Doğuştaki Yaşam Ümidi	70,8	72,9	74,9	76,3	77,1	77,8
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	26,9	20,2	14,4	11	9	7,1
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Binde)	32	24	16	12	10	8
Sağlıkla İlgili Hızlar						
Kaba Doğum Hızı (Binde)	21,6	18,1	15,2	14	12,8	11,7
Kaba Ölüm Hızı (Binde)	6,15	6,16	6,34	7,33	9	10,61
Doğal Artış Hızı (%) (Yüzde)	1,55	1,19	0,89	0,66	0,38	0,11
Yıllık Nüfus Artış Hızı (%) (Yüzde)	1,5	1,2	0,9	0,7	0,4	0,1
Nüfusun İkiye Katlanma Zamanı (Yıl)	45	58	78	105	183	619
Yıllık Doğumlar Ve Ölümler						
Doğumlar	1.467.026	1.401.046	1.309.374	1.294.360	1.247.493	1.170.936
Ölümler	416.934	477.382	544.608	680.150	877.777	1.059.113
Nüfus						
Toplam Nüfus	67.803.930	77.473.668	85.863.220	92.740.165	97.584.356	99.794.141
Erkek Nüfus	34.346.737	39.012.610	42.978.164	46.112.418	48.332.804	49.405.297
Kadın Nüfus	33.457.193	38.461.058	42.885.056	46.627.747	49.251.551	50.388.844
0-4 Yaş Nüfus Oranı	9,71	8,91	7,62	6,89	6,39	5,89
5-14 Yaş Nüfus Oranı	20,12	17,25	15,84	13,92	13,03	12,29
15-49 Yaş Nüfus Oranı	54,73	55,26	53,69	50,81	47,23	45,71
15-64 Yaş Nüfus Oranı	64,47	67,53	68,61	68,32	66,89	64,5
65+ Yaş Nüfus Oranı	5,69	6,3	7,93	10,88	13,69	17,32
15-49 Yaş Kadın Nüfus Oranı	54,42	54,59	52,81	49,77	46,25	44,84
Cinsiyet Oranı	102,66	101,43	100,22	98,89	98,13	98,05
Medyan Yaş (Ortanca Yaş)	25	28	32	35	38	40

Kaynak: 2000 DİE Nüfus Sayımı
2010-2050 HOŞGÖR (2010), Orta Düzey Nüfus Projeksiyonu.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tablo 2. Türkiye’de Yıllara Göre Kontraseptif Uygulamaları ve İsteyerek Düşükler (1963-2008)

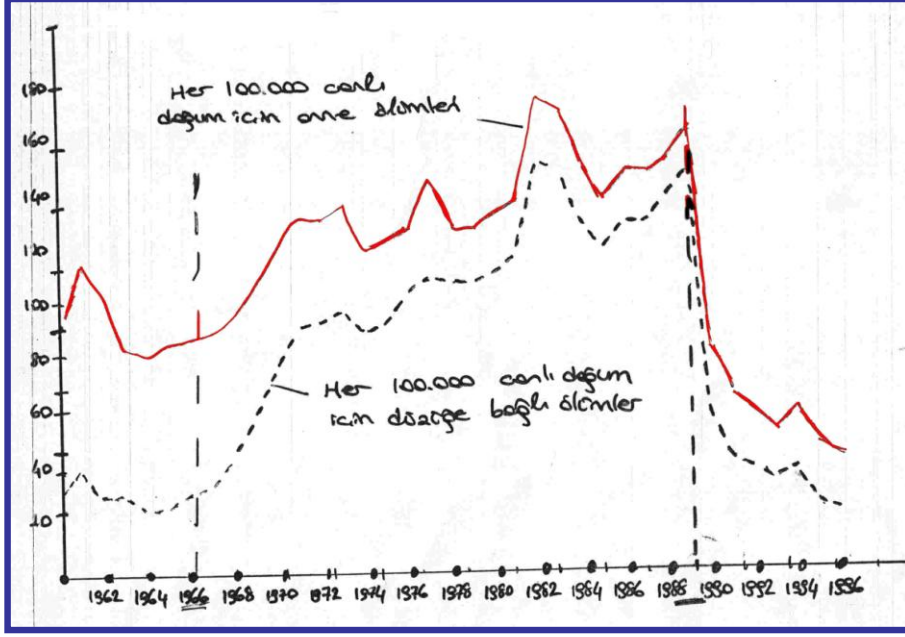
Yöntem	1963	1983	1993	1998	2003	2008
Herhangi bir Yöntem	22,0	61,5	62,6	63,9	71,0	73,0
RİA	0,0	8,9	18,8	19,8	20,2	16,9
KOK	1,0	9,0	4,9	4,4	4,7	5,3
Kondom	4,3	4,9	6,6	8,2	10,8	14,3
Tüp Ligasyonu	0,0	0,1	2,9	4,2	5,8	8,3
Geri Çekme	10,4	31,1	26,2	24,4	26,4	26,0
Diğer	12,0	8,6	3,2	2,8	4,1	1,1
Modern Yöntemler	5,3	27,2	34,5	37,7	42,5	46,0
Geleneksel Yöntemler	22,4	34,2	28,1	25,5	28,5	27,0
İsteyerek Düşükler (100 Gebelikte)	7,6	19,0	18,0	14,5	11,3	10,0

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1963-2008 (5,12,18)

Üst düzey yöneticilerin son aylarda telaffuz ettikleri, Türkiye’de haklı gerekçelerle kadınlara sağlanmış olan istek üzerine isteyerek düşük yapma hakkını geri alma düşünceleri, Türkiye’nin bu güne dek imzalamış olduğu uluslar arası kararları hiçe saymanın yanı sıra büyük çaba ve emeklerle çözümlenmiş olduğu düşüğe bağlı anne ölümlerinin geri gelmesine yol açar ki, nedeni ne olursa olsun böyle bir hakkın hiçbir makamda olmaması gerekir. Böyle bir girişime başta Türkiye’deki bütün kadınlar, bilim insanları, kadın konusunun savunucularının karşı çıkacağı ve izin vermeyeceği ve bunu başaracakları da hatırlanması gereken diğer bir husustur.

Belki politikacılara örnek olması ve ders alınması gereken Romanya örneği verilebilir şöyle ki; Şekil 1 de de görüleceği üzere, 1966 yılında Romanya’da

Şekil 1.Romanya’da 1966’da düşük karşıtı yasanın kabulünün ve 1989’da düşüklerin yasallaştırılmasının Anne Ölümlerine olan etkileri



Düşüğü yasaklayan bir yasa kabul edilmiştir, bunu izleyen yıllarda anne ölümleri çok artmış ve yapılan analizlerde bu artışın kadınların “sağlıksız yöntemlerle” yaptıkları düşüklere bağlı olduğu gösterilmiştir. **Romanya örneği, “ tarihin tekerrür etmemesi için” ders alınması gerektiğini gösteren son derece öğretici bir sonuçtur.** Sözü edilen etkiyi fark eden sağduyulu politikacılar 1989’da yasaı eski şekline döndürmüş ve anne ölümlerinde hemen dramatik bir düşüş izlenmiştir. Ne var ki 1966 - 1989 yılları arasındaki 23 yıl binlerce anne yanlış bir politika değişikliği sonucu kaybedilmiştir(19).

SONUÇ

Türkiye’de 1965 yılından sonra uygulanan nüfus politikaları daima liberal, birey haklarına saygılı, gönüllülüğü esas alan nitelikte olmuştur. Bazı ülkelerde olduğu gibi hiçbir zaman devlet, ailelerin çocuk sayısı ile ilgili ne fikir yürütmüştür ne de baskı yapmıştır. Sadece, devlet olmanın gereğini yaparak, anayasal görevini yerine getirmiş ve toplum, doğurganlığı ile ilgili ne arzu ediyorsa, bunu bilinçli seçim yaparak gerçekleştirebilmesi için hizmet vermiştir. Nasıl geçmişte Çin Halk Cumhuriyetinin tek çocuk politikası, Batı Ülkeleri tarafından “baskıcı, insan haklarına aykırı” bulundu ise, ailelere, bireylere doğurganlıkları ile ilgili bir şeylerin üstelik de haklı gerekçeleri olmaksızın “dayatılması” aynı ölçülerde yanlış ve haklar bağlamında kabul edilemezdir. Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin kadın sağlığı bağlamında yapacağı önerilerle kuşkusuz burada sözü edilen durumun dışında mütalaa edilmelidir. Türkiye’de kadın sağlığında en fazla özen gösterilmesi gereken konu, kadının erkekler gibi eşit hakları olan bir birey olduğu, kendi kararlarını kendisinin verebileceği gerçeğinden hareketle onun hizmetlere ulaşmasının önündeki her türlü engeli ortadan kaldırmak ve onun bütün insan haklarını eşit olarak kullanmasını sağlamak, geleneksel rolüne geri gitmesinin yollarını kapamak olmalıdır.

Türkiye’de “Aile Planlaması konusu” politik amaçla asla kullanılmamalıdır. Aksi takdirde, bu tür yaklaşımlar bu günün ve yarının kadın, anne, çocuk, aile ve toplumun sağlığına zarar verecektir. Özetle, Türkiye’de doğurganlığın düzenlenmesi / aile planlaması konusunda atılmış olumlu adımlar, isteğe bağlı gebelik sonlandırma dahil, sahip olunan haklar bağlamında daha da güçlendirilerek sürdürülmelidir.

Konu ile yakından ilgili son bir çalışmanın da bu yazı kapsamında paylaşılması uygun olacaktır. Bu çalışma , “halen sağlık hizmeti sunan personelin ve tıp ve hemşirelik fakültesi öğrencilerinin güvenli düşük ve tıbbi düşük konusundaki görüşleri, algıları ve uygulamalarına ilişkin” Başkent ve Hacettepe Üniversitelerinin, Dünya Sağlık Örgütü işbirliğinde, Ankara, İzmir, Manisa ve Van illerinde yürütülmüş olan bir araştırmadır. Bu araştırma

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sonuçlarının paylaşılması amacı ile Türkiye’de “isteyerek düşüklerin yasal yönünün tartışma konusu yapıldığı dönemde, yani “ 6 Haziran 2012 tarihinde”, Ankara’da araştırma bulgularının sunulduğu bir toplantı düzenlenmiştir. Çok sayıda uzmanın katıldığı bu toplantı sonunda görüş birliği içinde **“Güvenli olmayan düşüğün önlenmesi” konusunda bir sonuç bildirisi hazırlanmıştır. Türkiye’de düşüklerin yasaklanması gerektiği söylemlerine de bir yanıt teşkil etmesi nedeni ile bu bildiriye yazının konusu ile ilgili görüşler aşağıda özetlenmiştir (20);**

- Toplantıda sunulan bilimsel kanıtlar, dünya ve Türkiye istatistikleri, “güvenli koşullarda yapılmayan düşüğün” kadın sağlığı yönünden son derece tehlikeli ve de anne ölümlerinin en önemli nedenlerinden olduğunu ortaya koymuştur.
- Doğurganlığa karar verme hakkının, uluslararası belgelerde de vurgulandığı gibi “bireylerin, ailelerin özellikle de kadınların özgürce kullanacakları bir insan hakkı olduğu, bu karara kimsenin müdahale etmemesi gerektiği” vurgulanmıştır.
- Türkiye’nin geçmişte izlediği üreme sağlığı politikaları pek çok ülkeye örnek olacak özellikte olup, kadın anne ve çocuk sağlığına olan olumlu etki ve katkısı yıllar içinde yapılan bilimsel araştırmalarla ortaya konulmuştur.
- Türkiye’de sağlıksız koşullarda yapılan düşüklerin anne ölümlerine neden olmasının önüne geçmek amacı ile düşükler, 10 haftaya dek yasallaştırılmıştır. Bu yasa ile getirilen diğer önlemlerle, etkili gebeliği önleyici yöntem kullanımı da hızla artmıştır. Ayrıca bu yasanın uygulanması, isteyerek düşüklerin anne ölümlerinin içindeki payının % 2 lere kadar düşmesini sağlamıştır.
- İsteyerek düşüklerin yasa ile yasaklanması düşük yapmayı azaltmamakta aksine sağlıksız koşullarda yapılan düşükleri arttırarak anne ölümlerinin artmasına yol açmaktadır. Bunun yaşandığı pek çok ülke örneği bulunmaktadır.
- İsteğe bağlı düşüğe olan ihtiyacı azaltmanın en etkili yolu, danışmanlık dahil aile planlaması hizmetlerinin tümünün herkesçe erişilebilir şekilde genel sağlık sigortası kapsamı altına alınmasıdır.

KAYNAKLAR

1.Akın, A, “Emergence of the Family Planning Program in Turkey”, The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs kitabı içerisinde, Ed. Robinson, W. C. Ross, J. A. The World Bank, Washington DC, 2007, s.85-102.

2.10.Fişek H.N.; “Türkiye’de Aile Planlaması Program Stratejisi”: Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-II içinde- Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması” Derleyen Dirican R.. Türk Tabipleri Birliği Yayını. Ankara 1998,

3.“Fişek,N. Dünyada ve Türkiye’de Nüfus Sorunu”. Dirican Rahmi; Prof.Dr. Nusret Fişek’in kitaplaşmamış Yazıları- II, Ana –Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması kitabı içinde , Türk Tabipleri Birliği Yayını 1998, Ankara)

4. “Türkiye’de Nüfus Konuları - Politika Öncelikleri”, Ed. Toros, A., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara, 1993.

5. Akın A., Bahar Özvarış Ş. “Kadın Sağlığı, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması” Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde (Ed. Ç. Güler, L. Akın), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006, s. 188-314.

6.Fişek N.H.” Halk Sağlığına Giriş”; Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2 Çağ Matbaası Ankara,1983

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- 7.Kişnişçi H. Akın A. "Türkiye'de Düşüklerle ilgili Epidemiyolojik Bir Araştırma": Türkiye'de Nüfusun Yapısı ve Nüfus Sorunları"- 1973 Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, D-25, 1978 Ayyıldız Matbaası, Ankara, pp.113-132.
- 8.Özbyay, Ferhunde and Frederic C. Shorter (1970), "Turkey: Changes in Birth control practices, 1963 to 1968", Studies in Family Planning, No.51 (March), 1-7
- 9.Akın,A., "From Research to Practice: Use of Non-Physicians in Family Planning Services in Turkey"
Cah.Socio.Demo.Med., 50(4): 445-462 (September-December 2010)pp:445-461
- 10.Nüfus Planlaması Hakkında Kanun No.557,Resmi Gazete, 10 Nisan 1965
- 11.2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun; 27 Mayıs 1983 Tarihinde 18059 Sayılı Resmi Gazetede Yayınlanmıştır. Ankara 1983.
- 12.Akın, A. ve Ark. "Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler", T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, Afşaroğlu Matbaası, Ankara, 2008.
13. Kadınlara Karşı Her Türlü Ayırımıcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi (CEDAW), Rana Mullen UNICEF, Turkey yayını, 2004, Ankara.
- 14.Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı, Kahire, 5-13 Eylül 1994, Birleşmiş Milletler, Ankara, 1994
15. "The Beijing Declaration and The Platform for Action" Fourth World Conference on Women , Beijing,China 4-15 September 1995.United Nations , Department of Public Information UN,New York 1996
- 16.Hoşgör,Ş.,Tansel,A.; 2050 ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim:Eğitim,İşgücü,Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar (2000-2050)TÜSİAD ve UNFPA yayını 2010,İstanbul
- 17.Türkiye İstatistik Yıllığı (Turkey's Statistical Yearbook) 2011TÜİK Yayın No 3665 ISSN 0082-691X Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Turkish Statistical Institute, Ankara 2012. <http://www.tuik.gov.tr> ve ya <http://www.turkstat.gov.tr> (erişim Ağustos 2012)
- 18.Türkiye, Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Başbakanlık DPT Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, HÜ. Hastanesi Basımevi 2009 Ankara.
- 19."Preventing Unsafe Abortion and its Consequences Priorities for Research and Action" Ed.Warriner I.K., Shah H.I., Guttmacher Institute2006New York USA.
20. "sağlık hizmeti sunanlarının güvenli düşük ve tıbbi düşük konusundaki görüşleri ve algıları" Araştırma Raporu, Ed.Akın A. Ankara 2012

TÜRKİYE'DE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ NEREYE GİDİYOR?

Yrd. Doç. Dr. A.Nilüfer ÖZAYDIN

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Üreme Sağlığı (ÜS), üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece bir hastalık ya da sakatlığın olmaması değil fiziksel ve sosyal yönden bütünüyle iyi olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle ÜS, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine ve bunun ne zaman, nasıl olması gerektiğine karar verme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelir. Bu, kadın ve erkeklerin kendi seçecekleri doğurganlığı düzenleme yöntemleri kadar yine kendi seçecekleri güvenli, etkili, maliyeti uygun ve kabul edilebilir aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma ve bunlara ulaşabilme hakkını, kadının gebelik ve doğumunu güvenli koşullarda geçirmesini ve çiftlerin sağlıklı bir bebeğe sahip olabilecekleri en iyi koşulları sağlayacak uygun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanabilme haklarını içerir (1).

Bu tanıma uygun olarak ÜS hizmetleri, üreme sağlığı sorunlarını önleyecek ve çözerek üreme sağlığına katkıda bulunacak yöntemler, teknikler ve hizmetler bütünü olarak, Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda, 1994'de tanımlanmıştır. ÜS hizmetleri aynı zamanda amacı sadece üreme ve cinsel ilişkiyle geçen hastalıklarda bakım ve danışma değil, hayatı ve kişisel ilişkileri zenginleştirmek olan cinsel sağlığı da kapsamaktadır (1,2).

Üreme sağlığı yaklaşımı, öncesinde sunulmakta olan “ana çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇSAP)” hizmetlerinden çok daha fazlasını kapsamaktadır. Yaşam boyu yaklaşımı gereği artık yaşamın bebeklik, çocukluk ve 15-49 yaş doğurganlık dönemi gibi sadece belirli dönemlerine değil, kesintisiz olarak doğumdan ölüme kadar herkese yaşam boyu üreme sağlığı hizmetlerinin sunulmasını gerektirmektedir. Bu süreçte tek bir ÜS hizmeti değil, her yaşın üreme sağlığı gereksinimlerini dikkate alan ve ÜS sorunlarını çözmeye yönelik ÜS hizmetlerinin sunulması önerilmektedir. Bu haliyle ÜS hizmetlerinin 1994 öncesindeki AÇSAP hizmetlerine ek olarak erkekleri de kapsamına aldığı, adolesan dönemine ve doğurganlık dönemi sonrasına da ÜS hizmet sunumunu içerdiği anlaşılmaktadır (1,2)

Türkiye’de 1994 öncesinde “ana çocuk sağlığı ve aile planlaması” hizmetleri olarak yaşamın belirli dönemlerine birinci basamak sağlık kuruluşlarında ücretsiz, ikinci basamak kuruluşlarda da ücretsiz ve/veya az katkı payı ile bu hizmetler sunulmakta idi. Hizmetlerin organizasyonu Merkezde Sağlık Bakanlığı’nda bir genel müdürlük (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Gn Müd) tarafından koordine edilmekte ancak birinci basamak sağlık kuruluşlarının açılması, donanımı bir başka genel müdürlük (Temel Sağlık Hizmetleri Gn Müd) tarafından planlanmakta ve yürütülmekte idi. Sağlık personelinin atamaları ise bir başka genel müdürlük (Personel Gn Müd) tarafından yürütülmekte idi.

1994 sonrasında; önce Türkiye’de uluslararası destekli 2 Üreme Sağlığı pilot projesi uygulanarak deneyim kazanıldı. 2000 sonrasında ise ‘2003-Ocak ile 2007-Aralık’ arasında, Avrupa Komisyonu destekli 55 milyon euro’luk büyük bir Üreme Sağlığı Projesi ile bu alanda pek çok adım atıldı; Yeni üreme sağlığı yaklaşımının hizmet sunmakta olan sağlık personeline aktarılarak hemen hizmetlere yansıtılabilmesi ilk hedefti, 2006-2010 arasında birinci basamakta çalışan “18581” sağlık personeli yapılandırılmış, standart ve güncel Üreme Sağlığı Hizmet İçi eğitimine alındı.

İkinci basamak hizmet birimlerinde özellikle acil obstetrik bakım ve yenidoğana yaklaşım konusunda ulusal rehberler hazırlandı ve personel eğitimleri yapıldı. Önceden ülkemizde yapılandırılmamış olan gençlere üreme sağlığı hizmet sunumu için Gençlik Danışmanlık Merkezleri açıldı, donatıldı ve burada hizmet sunacak sağlık personelinin (Hekim, psikiyatrist, diyetisyen, hemşire v.b.) “genç-dostu hizmet sunabilmeleri” için özel eğitim modülleri hazırlandı ve eğitimler gerçekleştirildi.

Birinci basamakta hizmet sunacak sağlık personelinin hizmet içi eğitimlerinin projeler sonrasında da sürdürülebilirliği sağlamak amacıyla, en az 1 NUTS bölgesinde 1 tane olacak şekilde “Üreme Sağlığı Bölgesel

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Eğitim Merkezleri” ÜSBEM açıldı (14 adet; Adana, Ankara, Antalya, Balıkesir, Bolu, Bursa, Diyarbakır, Erzurum, İstanbul, İzmir, Malatya, Samsun, Sivas, Trabzon). Buralarda deneyimli hizmet sunucularının eğitim ve izleme – değerlendirme becerileri de geliştirildi ve sürekli iş-başında eğitimler planlandı ve uygulandı.

Buralarda yetiştirilen “üreme sağlığı eğiticileri” kendi illerindeki Üreme Sağlığı Eğitim Merkezleri’nde (81 ilde, 91 ÜSEM) hem hizmet sunmaya hem de üreme sağlığı hizmet içi eğitimlerini sürdürmeye başladılar.

ÜSBEM ve ÜSEM’ler hem standart-güncel eğitici ve katılımcı modülleri, hem maket ve modellerle de donatılarak hizmet sunacak personelin “güncel üreme sağlığı” bilgi ve becerisi ile donanması hedeflenmişti.

Mezuniyet öncesi eğitimlere üreme sağlığı konularının ve felsefesinin entegrasyonu için de ebe, hemşire ve hekim yetiştiren okullar için müfredat hazırlandı.

2007 31 Aralık’ta Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Projesinin sona ermesi ile proje kapsamında planlanan ve uygulanan etkinlikler ve hizmet sunumu devam etti ve “3 Kasım 2010 KHK” ile Merkez’de AÇSAP Gn Müd kapatılıncaya değin..

2004 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında kanun ile, Eylül 2005’de ilk kez Düzce’de pilot olarak uygulanmaya başladı. Sağlık Ocaklarının tabelaları indirildi, yerine Aile Hekimliği Merkezi tabelaları asıldı, İçeride odalar “Aile Hekim”lerine ve yanındaki Aile Sağlığı Elemanına tahsis edildi, Sağlık Ocağı’nda ilk kapanan oda “Aile Planlaması Odası” oldu, Laboratuvar ortak kullanım için açık bırakıldı, benzer şekilde aşı odaları da ortak kullanım için açık bırakıldı. “I.Basamak Sağlık hizmetlerinin çağdaş yaklaşımla yeniden düzenlenmesi, yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri için tercih edilebilir bir şekilde sunulmasının hedeflendiği belirtilen aile hekimliği sisteminde üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamı 1994 öncesine döndü. Hatta daha da geriye gittiğini söyleyebiliriz. Üreme Sağlığı hizmetleri sadece “bebek izlemleri ve antenatal bakım” ile sınırlandı. Aile hekimlerine verilen nüfusa göre, ağırlıklı poliklinik hizmetleri olarak yürüyen ve performans ile değerlendirilen etkinlikler arasında aile planlaması danışmanlığı ve yöntem sunumu yer almamaktadır.

Geçmişte önce her yüzbin nüfusa bir Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi açılarak, daha sonra her bir Sağlık Ocağı ve Sağlık Evinde en az bir “aile planlaması hizmet” sunumu yapabilecek RİA sertifikalı sağlık personeli yetiştirilerek, hizmetin ihtiyacı olanlara daha ulaşılabilir kılınması için yürütülen çabalar da sona erdi. Teorik olarak aile hekimlerine verilmiş ancak performans verilmemiş olan Aile Hekimliği sisteminde ilk terk edilen hizmet ve/veya verilemeyen hizmet aile planlaması hizmetleri oldu. Ancak toplumda talep yaratılmıştı, talepleri yönlendirebilmek için Sağlıkta Danışımın başında kapatılan ve/veya kapatılması hedeflenen AÇSAP Merkezleri işlev, bina, personel, kapsam olarak çok daraltılarak ve Toplum Sağlığı Merkezleri altında kimi yerlerde sadece 1 oda, geçici 1 sağlık personeli ve neredeyse sadece kontraseptif malzeme dağıtımı yapılan birer odacık haline getirildiler.

Gebeliği önleyici yöntemlerin etkin bir şekilde kullanımıyla istemli düşük hızları arasında negatif bir ilişki olduğu pek çok araştırmada vurgulanmıştır (4-6). Eğer ihtiyacı olan kişilerin kontraseptif yöntemlere ulaşmasında zorluk varsa, istemli düşüğe başvuran kadın sayısı artmaktadır. Bu kapının da ihtiyaç sahiplerine kapatılması girişimleri başlatılmış ancak şimdilik, henüz bir “yasal” değişiklik yürürlüğe konulmamıştır.

1983 yılında isteyerek düşüğün sonlandırılabilmesinin yasalaşması ülkemizde üreme ve cinsel sağlık haklarının gerçekleşmesi yönünde olumlu ve ilerici bir adımdı. Yasa gereği, sadece kadın doğum uzmanları değil, kadın doğum uzmanının bulunduğu bir sağlık kurumunda, eğitilerek sertifikalandırılmış pratisyen hekimlerin de gebelik tahliyesi yapabilecekleri belirtilmiş ve buna dayanarak, kadın doğum uzmanı bulunan kamu hastanelerinde ve AÇSAP Merkezlerinde klinikler açılarak bu alanda da ulaşılabilir-yaygın bir hizmet sunumu hedeflenmişti. Bu merkezler aynı zamanda hizmet içi eğitim merkezleri olarak da iş başında eğitim yapılabilen, standart sertifika programlarını sürdüren merkezler olarak da işlev görmekte ve örgütsel olarak İl Sağlık Müdürlüklerinde AÇSAP Şubesi, Sağlık Bakanlığı düzeyinde de AÇSAP Gn Müd ile bağlantıda idi. Merkezlerde sadece gebelik sonlandırma hizmeti değil, çok önemli olan “düşük öncesi/sonrası aile planlaması danışmanlığı”

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

hizmetleri ve bazı yerlerde de “vazektomi, tp ligasyonu” hizmetleri de sunulmakta, ikinci basamakta da etkili bir aile planlaması hizmeti sunulmakta idi.

Kanun Hükmündeki Kararname ile Sağlık Bakanlığının merkez teşkilatında ve perifer teşkilatında yapılan değişiklik ile bu hizmetlerin de örgütsel bağı koparılmıŐtır. Bu “Nüfus Planlaması Klinikleri” adı ile anılan kliniklerdeki hizmetin planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi önünde çok büyük bir engeldir.

Günümüzde Merkez ve Perifer teşkilatında, kadın, ocuk ve ergen sağlığından sorumlu birimler Merkezde “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu”ndaki 7 daire başkanlığından biri olan “Bulaşıcı olmayan hastalıklar, programlar ve kanser daire başka yardımcılığına” bağlı, “kadın ve üreme sağlığı” ve “ocuk ve ergen sağlığı” daire başkanlıklarına dönüştürülmüştür. Periferde ise İl Sağlık Müdürlüğü ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğü olarak ikiye bölünen yapıda, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü içinde “ocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı hizmetleri birimi”nde yer alırken, isteğe bağlı gebelik sonlandırması, vazektomi ve tüp ligasyonu yapılabilen klinikler bu örgüt sistemi dışında kalmışlardır. Kurulması hedeflenen ve alt yapı hazırlıkları neredeyse tamamlanmış olan Kamu Hastane Birlikleri sisteminde bu hizmetlerin ne oranda ve nasıl yapılandırılacağı merakla beklenmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm adı verilen ve merkezine “insan”ı değil “kar”ı alan bu köklü sistem değişikliğinin topluma etkisini ise 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nda görebileceğiz. Ancak henüz Türkiye’nin tamamında, İstanbul gibi büyük Şehirlerde başlamamış olan bu programın etkilerinin yansımalarını 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nda da görebiliyoruz. Kontraseptif yöntem kullanımına genel olarak bakıldığında modern kontraseptif kullanımının bir önceki dönemlere göre artmaya devam ettiği görülmektedir. Tp ligasyonundaki artışın bir önceki döneme göre %45.6, kondom kullanımında %32.4, hap kullanımında %12.8 olduğu görülürken, diğer modern yöntemlerde (DMPA, Mesigyna, İmplanon, spermisit, diyafram, servikal başlık v.b.) hiÇbir dięiŐiklik olmadığı ve en ilginci de 1988-2008 arasındaki dönemde ilk kez RİA kullanımının azaldığı ve bu oranın da %16 olduğu görülmektedir (TNSA_2008).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

<u>Gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki değişimler</u>					
Halen kullanılan gebeliği önleyici yönteme göre 15-49 yaşlarındaki evli kadınların yüzde dağılımı, TNSA-1988, TNSA-1993, TNSA-1998, TNSA-2003 ve TNSA-2008					
Gebeliği önleyici yöntem	TNSA-1988	TNSA-1993	TNSA-1998	TNSA-2003	TNSA-2008
Herhangi bir yöntem	63.4	62.6	63.9	71.0	73.0
Herhangi bir modern yöntem	31.0	34.5	37.7	42.5	46.0
Hap	6.2	4.9	4.4	4.7	5.3
RİA	14.0	18.8	19.8	20.2	16.9
Kondom	7.2	6.6	8.2	10.8	14.3
Tüp ligasyonu	1.7	2.9	4.2	5.7	8.3
Diğer modern yöntemler	2.0	1.3	1.1	1.1	1.1
Herhangi bir geleneksel yöntem	32.3	28.1	26.1	28.5	27.0
Takvim	3.5	1.0	1.1	1.1	0.6
Geri çekme	25.7	26.2	24.4	26.4	26.2
Diğer geleneksel yön.	3.1	0.9	0.6	1.0	0.2
Halen yöntem kullanmıyor	36.6	37.4	36.1	29.0	27.0
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kontraseptif yöntem başarısızlık hızlarına bakıldığında da; 1993 yılında %9.7 olan başarısızlık hızı, 2008 yılında %7.0'a düşmüştür. Başarısızlık hızlarındaki değişime, yönteme özel olarak baktığımızda, hap ve kondom gibi modern yöntemlerdeki başarısızlık hızlarının düştüğü, RİA'da ise bir miktar yükselme olduğu görülmektedir (TNSA_2008).

Yöntem başarısızlık hızlarının; Doğu bölgesinde, kırsal yerleşim yerlerinde, eğitimsiz kadınlar arasında, çalışmayan kadınlarda ve refah düzeyi en düşük hanelerde yaşayan kadınlar arasında daha yüksek olduğu görülmektedir (TNSA_2008)(4).

Yöntemlerin temin edildiği kaynaklardaki durum nasıl?

2003 yılında 15-49 yaş evli kadınlardan modern yöntem kullananlardan %58'i kamudan temin ederken, 2008'de %61'i kamudan temin etmiştir.

Kondomların 2003'te %59'u eczaneden, %5.5'i dükkan/marketlerden ve %34'ü kamudan (%30'u SO+SE, %2.9'u AÇSAP) temin edilmiştir. 2008'de eczaneden temin %48'e gerilerken dükkan/marketlerden temin %12.3'e yükselmiştir. 2008'de %39'u kamudan (%38'i SO+SE, %0 aile sağlığı merkezleri) temin edilmiştir.

Hapların 2003'de %66.4'ü eczaneden, %30.6'sı kamudan (%24.5'i SO+SE, %3.1 AÇSAP) temin edilmiş, 2008'de ise %61.5'i eczaneden, %6'sı market/dükkandan ve %36.8'i kamudan (%33.5'i SO+SE, %0 aile sağlığı merkezleri) temin edilmiştir.

Kontraseptif yöntemlerin iyi bir aile planlaması danışmanlığı sonrasında seçilmesi, seçilen AP yönteminin, daha uzun süre başarıyla (yöntem başarısızlığı olmadan, yöntem terki veya yöntem değiştirme isteği olmadan)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kullanılmasını etkilemektedir. Bir kadının doğurgan çağı çok uzun ancak bu süre boyunca kullanabileceği etkili yöntemlerin sayısı ne yazık ki çok değildir. Etkili ve güvenilir AP yöntemlerinden birisi hakkında hiç/yetersiz bilgilendirme, sadece bilgilendirme eksikliğine bağlı bir yöntem terkine ve o yöntem ile ilgili olumsuz ve yanlış bir algıya neden olabilecektir. İyi bir danışmanlık hizmeti, etkili yöntemlerin daha uzun süre ve başarıyla kullanılmasını sağlayacaktır. Kondom ve hapın eczaneden (danışmanlık hizmeti alınmaksızın) temininin daha yüksek olması bu yöntemlerin başarısını olumsuz etkileyeceği gibi bu yöntemlerin terkinin de artıracaktır.

2008'de herhangi bir modern AP yöntemi kullanmakta olan kadınların %43'üne, kullandığı yöntemle başlamadan önceki AP danışmanlığında tüm AP yöntemlerinin anlatıldığı, ancak %50'sinin kullanılan yöntemin yan etkileri hakkında bilgilendirildiği ve %44'ünün de yan etkiler ortaya çıktığında ne yapması gerektiği konusunda bilgilendirildiği görülmektedir. Yetersiz bir AP danışmanlığından sonra beklendiği üzere yöntem terki de Türkiye'de çok yüksektir. Herhangi bir AP yöntemi kullanmaya başlayanların %35'i kullanımı izleyen ilk 12. Aya kadar yöntemi bırakmaktadırlar. Yöntemler arasında en yüksek yöntem bırakma hızı oral kontraseptiflerdedir (%50). Yan etkiler önemli yöntem terk nedenlerinden birisi olarak belirtilmiştir.

2003'de kullanılmakta olan RİA'ların 71.3'ü, 2008'de %78'i kamudan temin edilmiştir. 2003'de RİA'ların %37'si sağlık ocaklarından, binde 2'si sağlık evlerinden, %8'i AÇSAP Merkezlerinden, %20.1'i Devlet hastanesi+doğumevlerinde, %5'i SSK dispanser/hastanelerinden ve sadece binde 7'si üniversite hastanelerinden temin edilmiştir.

2008'de ise RİA'ların %44.8'i sağlık ocağı/sağlık evlerinden, %7.2'si AÇSAP Merkezlerinden, %23.1'i Devlet hastanesi+doğumevlerinden, %1.1'i SSK dispanser/hastanelerinden, %1.8'i Aile hekimlerinden ve binde 1'i üniversite hastanelerinden temin edilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

<u>Gebeliği önleyici modern yöntemlerin temin edildiği kaynaklar</u>						
Gebeliği önleyici modern yöntem kullanan 15-49 yaşlarındaki kadınların son kullandıkları yöntemi temin ettikleri kaynağa ve kullandıkları yönteme göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008						
	Hap	RIA	Kondom	Tüp ligasyonu	Diğer tüm moder yöntemler ¹	Tüm modern yöntemler
Kamu sektörü	36.8	78.0	39.1	80.0	47.4	60.9
Devlet hastanesi	1.2	15.1	0.4	46.1	11.1	14.7
Doğumevi	0.9	8.0	0.1	18.5	2.9	6.6
AÇSAP merkezi	1.1	7.2	0.6	0.0	1.1	3.0
Sağlık ocağı/Sağlık evi	33.5	44.8	37.9	0.1	23.6	32.6
SSK hastanesi/dispenseri	0.0	1.1	0.0	9.0	3.8	2.2
Eğitim ve araştırma hastanesi	0.0	0.0	0.0	1.4	3.7	0.3
Aile Sağlığı Merkezi/Aile Hekimi	0.0	1.8	0.0	0.0	1.2	0.7
Üniversite hastanesi	0.0	0.1	0.0	4.7	0.0	0.9
Diğer kamu	0.1	0.1	0.0	0.0	10.0	0.0
Özel sektör	62.6	21.9	48.0	18.9	51.3	34.8
Özel hastane/poliklinik	0.1	9.9	0.0	17.9	0.0	7.0
Özel doktor	0.7	10.7	0.0	1.0	3.1	4.2
Özel hemşire/ebe	0.0	0.1	0.0	0.0	0.8	0.0
Eczane	61.5	0.8	47.9	0.0	47.3	23.3
Diğer özel tıbbi kurumlar	0.2	0.4	0.1	0.0	0.0	0.2
Diğer özel	0.2	0.0	12.4	0.0	1.3	3.9
Dükkan/market	0.0	0.0	12.3	0.0	0.0	3.8
Arkadaş/akraba	0.2	0.0	0.1	0.0	1.3	0.1
Diğer	0.2	0.0	0.1	0.2	0.0	0.1
Bilmiyor/cevapsız	0.2	0.1	0.3	0.9	0.0	0.3
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Kadın Sayısı	374	1,182	1,002	607	78	3,243

¹ Enjeksiyon, diyafram ve vazektomi kullananlar da dahildir.

RIA'nın 2003'de %27.6'sı özel sektörden temin edilmiş iken, 2008'de %21.9'a gerilemiştir. Ancak özel sektör içindeki dağılıma bakıldığında özel doktorlardan 2003'de %18.7'si temin edilmiş iken 2008'de %10.7'ye gerilemiş, özel hastane+poliklinikten 2003'deki RIA temini %6.7'den %9.9'a yükselmiştir. RIA hizmetinin farklı yerlerden alınmasındaki kullanıcıların tercihlerini etkileyen faktörlerin de araştırılmasına gerek olmakla birlikte, aile hekimliği sistemi içinde sunulan hizmetin daralması ve taleplerini bu sistemde karşılayamayanların özel hastane/polikliniklere mi yöneldikleri sorusu akla gelmektedir. Daha önce birinci basamak sağlık kuruluşlarında SO+SE'lerinde ücretsiz sunulmakta olan hizmete ancak özel hastane/polikliniklerden hizmeti satın alabileceklerin ulaşabileceği, hizmeti satın alamayanların kaderleri ile başbaşa kalacaklarını öngörebilir miyiz? Senaryoyu daha da ilerletirsek bunun isteğe bağlı gebeliklerini sonlandırmak isteyenlerde artış getireceğini, yine bu hizmeti de satın alamayan kadınların kendilerinin gebeliklerini sonlandırmaya çalışacaklarını ve Bin Yıl Hedefleri arasında da yer alan anne ölümlerinin azalmak yerine artacağını da öngörmek zor olmasa gerek. İstanbul'da 2012 yılının ilk 6 aylık döneminde, bir önceki yılın anne ölüm sayısının artmış olması bununla ilgili olabilir mi?

2008 yılında Türkiye'de evli, 15-49 yaşlar arasındaki kadınların %79'unun AP hizmeti talebi olup, bunların %92'si karşılanmıştır (7).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Türkiye’de halen evli kadınların %6’sının AP hizmet talebi karşılanmamıştır; bunun %4’ü doğurganlığı sonlandırma, %2’si de doğumların arasını açmak amaçlıdır. 2003-2008 arasında karşılanmamış AP ihtiyacı benzerdir. Kırsal alanda yaşayan kadınlarda karşılanmamış AP ihtiyacı kentlerde yaşayan kadınlara göre daha yüksektir (sırasıyla %9 ve %5).

Eğitimli kadınların doğurganlığı düzenleyen yöntem kullanma eğilimi, eğitimi olmayan kadınlara göre daha fazla olduğundan, karşılanmamış AP ihtiyacı da düşmektedir.

Hanehalkı refah düzeyi de benzer şekilde etkilemekte; en düşük refah düzeyine sahip olan kadınların karşılanmamış AP ihtiyaçları da diğerlerine göre en yüksektir (en düşük %12.5, en yüksek %3.7).

Bu metinde “Türkiye’de üreme sağlığından aile planlamasına ilişkin veriler” 2009’a kadar yapılmış olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları verilerinden sunulmuştur. TNSA’lar “15-49 yaş evli kadınların, araştırmanın yapıldığı tarihteki halen kullandıkları kontraseptif yöntemlere ilişkin bulgularını kapsamaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı merkezinden insanı uzaklaştıran bir sağlık sistemi değişikliğidir. Bu değişiklikten en fazla üreme sağlığı programları etkilenmiştir. “Yaşam boyu” yaklaşımı yerine, 1994 öncesi “yaşamın belli dönemlerine” ve kısıtlı hizmet sunumu getirilmiş, olumsuz etkilenen ve öncesinde çok yol katedilmiş olan hizmetlerden birisi aile planlaması hizmetleri ve gençlik danışma hizmetleri olmuştur. Getirilen yeni sağlık sisteminde birinci basamak ile ikinci basamak sağlık kurumlarının örgütsel bağlarının zayıflatılmasının da “isteğe bağlı gebelik sonlandırma” ve “doğum” hizmetlerine olumsuz yansımaları olabilecektir. Hele Kamu Hastane Birlikleri sisteminde ücretsiz ve/veya çok düşük ücretle bu hizmetlerin sunulup sunulamayacağı, hizmete ulaşılabilirliğe getirilen pek çok engelle bir de ücret engelinin ekleneceği beklenmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı 2010’dan sonra Türkiye’nin tamamında uygulanmaya geçilmiş, daha öncesinde yaygın olarak ve ücretsiz Sağlık Ocakları’nda, Sağlık Evlerinde, AÇSAP Merkezlerinde, Doğumevlerinde, Devlet Hastanelerinde sunulmakta olan AP Danışmanlığı hizmetleri, Aile Hekimleri’ne ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde bir alt birim haline dönüşen (eski) AÇSAP merkezlerine devredilmiştir. Ülkemizin sağlık sistemindeki bu köklü değişikliğin topluma etkilerini, aile planlaması hizmetlerine yansımalarını 2013 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında izleyebileceğiz.

Kaynaklar:

- 1) Üreme hakları ve üreme sağlığı. Nüfus ve Kalkınma, ICPD 1994. Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansında kabul edilen eylem planı. Kahire, 5-13 Eylül 1994. Birleşmiş Milletler. İngilizce Türkçe Birleşik Doküman, s:49.
- 2) Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Üreme Sağlığına Giriş, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
- 3) Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Aile Planlaması Danışmanlığı. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
- 4) Eryurt M.A, Adalı T, Şahin E. Türkiye’de Doğurganlığın Dönüşümü: Alt Nüfus Gruplarındaki Farklılaşmalar. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010) Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
- 5) Jones Eliza F, Jacqueline D. (1989). Pregnancy, Contraception And Family Planning Services In Industrialized Countries, New Haven, CT. Yale University Pres.
- 6) Westoff C, Sharmanov A, Sullivan J. (1998). Replacement of Abortion by Contraception in Three Central Asian Republics, Calverton MD. The Policy Project and Macro International.
- 7) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Türkiye Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara. Türkiye.

TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİğİ UYGULAMALARININ DEğERLENDİRİLMESİ

Aile Hekimliği Uygulamasında Ekip Hizmeti Anlayışı

Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM*

***Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı**

Ekip kavramı, “Birbirini tamamlayan yetenek ve becerilere sahip kişilerden oluşan ve kendilerini topluca sorumlu hissederek ortak bir amacı gerçekleştirmeye çalışan kişilerin oluşturduğu yapılar” olarak tanımlanmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasında söz konusu ekip, bir hekim ve bir aile sağlığı elemanı (ASE) olmak üzere iki kişiden oluşmaktadır. Aile hekimliğinde çalışanların görev tanımları incelendiğinde, ekip anlayışından ziyade yönetici pozisyonunda bir hekim ve birlikte bir amaç için çalışan değil daha çok hekime yardım etmekle yükümlendirilmiş bir aile sağlığı elemanından (ASE) söz edildiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı bürokratlarının aile hekimliğiyle ilgili beyanatlarında da aile sağlığı elemanları aile hekimine yardımcı olan diğer/yardımcı sağlık personeli olarak tanımlanmaktadır.

Ekip çalışmasının en önemli özelliklerinden birisi her biri farklı yetenek ve becerilere sahip olan ekip üyelerinin kendi uzmanlık alanlarında ekibe liderlik yapmasıdır. Bir başka anlatımla, ekip liderliği ekibin bir üyesi için sürekliliği olan bir pozisyon değildir, her bir üye kendi uzmanlık alanında ekibe liderlik yapabilir. Nitekim aile hekimliği modelinin fiili uygulamasında bebek, çocuk ve gebe izlemleri, aşılar gibi performans dayalı işler ASE’ler tarafından yürütülmektedir. Dolayısıyla bu görevlerde aile sağlığı elemanın performansı ekibin lideri olmasını gerektirir.

İnsanlara siz ekipsiniz demekle iyi bir ekip kurulamaz. Aile hekimliği uygulamasının ekip anlayışıyla çelişen en önemli yönü, birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsayan ve temelde iki sağlık profesyonelinin birlikte çalışmasını tanımlayan bu hizmetin ekibin bir üyesinin ismiyle (aile hekimliği uygulaması) tanımlanmasıdır. Ekibin hekim dışındaki diğer unsuru “eleman” olarak tanımlanarak mesleki statüsü yok sayılmıştır.

Ekip çalışmasında ekip üyelerinin uzmanlık alanları dikkate alınmalıdır. Aile hekimliği uygulamasında ASE tanımlamasıyla her biri farklı uzmanlık alanında eğitim alan hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni/teknikeri ve tıbbi sekreterlerin profesyonel alanlarının yok sayıldığı, bir anlamda kimliksizleştirildikleri söylenebilir. Sağlık Bakanlığının 2012 yılı verilerine göre ASE olarak çalışan meslek üyelerinin ağırlığını ebeler (12704) ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

hemşireler (6055) oluşturmaktadır. ASE olarak çalışan 898 ilk ve acil yardım teknisyeni/teknikeri (ATT), ve 531 toplum sağlığı teknisyeni bulunmaktadır. Temel eğitimi hamilelik, doğum ve doğum sonrası dönemle sınırlandırılmış ebelerden, ilk ve acil tıbbi destek sunması konusunda eğitilen ATT'lerden, bebek ve çocuk izlemi, evde hasta bakımı, toplumun sağlık eğitimi gibi uzmanlık alanları dışındaki konularda hizmet sunmasını istemek sağlık ekibi anlayışıyla örtüşmemektedir.

Ülkemizde 1955 yılından itibaren lisans düzeyindeki hemşirelik eğitiminde öğrenciler halk sağlığı hemşireliği dersinde birey, aile ve topluma sağlık bakım hizmeti sunacak yeterlilikte eğitilmektedirler. 2010 yılında yayınlanan ve 2011 yılındaki değişikliklerle genişletilen hemşirelik yönetmeliğinde, hemşireliğin 22 özel alanı için görev tanımları belirlenmiştir. Bu yönetmelikte, Türkiye'de sayıları çok az olan "Ceza ve Tutukevi Hemşiresi" ve yeni sağlık yapılanmasında işleriği azalan "AÇSAP Hemşiresi" için görev tanımı yapılmışken "toplum sağlığı hemşiresi", "halk sağlığı hemşiresi" ve "aile hemşiresi" tanımlamalarının yapılmayışı manidardır. Ekip içerisinde yönetilen ve edilgen bir pozisyonu çağrıştıran "Aile Sağlığı Elemanı" tanımlamasının ekip ruhunu bozduğu düşünölmektedir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesiyle ilgili yasada o günün şartlarının üstünde bir Halk Sağlığı Hemşiresi tanımı yapılmışken, 2011 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hemşire için, aile hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği görev tanımlarının yapılmamasına bir anlam verilememektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ekip anlayışı, ruhu, dinamiği ve başarısı için öncelikle bu uygulamada çalışan sağlık profesyonelinin "aile hemşiresi" olarak kimlik bulması ve görev tanımının profesyonel rollerine göre yeniden düzenlenmesi önerilmektedir.

SÖZEL BİLDİRİLER

1- Temel Halk Sağlığı

630

YETİŞKİNLERİN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ

Fevziye Çetinkaya¹, Zeynep Baykan², Melis Naçar²

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

Giriş-Amaç: Ülkemizde uzun bir dönemdir sağlıkta yeniden yapılanma çerçevesinde sağlık hizmeti sunumuyla ilgili reform çalışmaları gündeme getirilmiş ve Sağlıkta Dönüşüm Programı süreci başlatılmıştır. Sürecin bileşenlerinden biri Birinci Basamakta Aile Hekimliği Uygulamasıdır. Ülkemizde “5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile Aile hekimliği pilot uygulaması 2006 yılında Düzce İli’nde başlatılmış ve 2011 yılında ülke çapında Aile Hekimliği Sistemine geçilmiştir (1). Bu uygulama ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde kökten bir değişim süreci yaşanmaktadır. Sağlıkla ilgili kaynakların kısıtlılığı kaynakların maksimum sonuçları elde etmeye dönük kullanımını gerektirmektedir, bu nedenle de hizmetin kullanımı açısından bilgi sahibi olmanın önemi açıktır. Sağlık hizmetlerini alanların hizmetlerle ilgili algılama ve değerlendirmeleri sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi açısından önemli olduğu kadar sağlık hizmet sunumundaki eksiklikleri giderme ve iyileştirilmesine yönelik yapılacak düzenlemeler açısından da önemlidir. Hizmetler konusunda toplumun algılarına, tercihlerine ve hizmetin kullanımına odaklanan, topluma dayalı araştırmalar var olan duruma ilişkin bilgileri sağlamak, geçmişle karşılaştırmak ve yıllar içindeki değişimleri ölçebilmek ve bu yolla sağlık politikasına, yönetimine ve kaynak dağılımına dönük olumlu katkılar sağlayabilmesi açısından önem taşımaktadır. Ülkemizde uygulanmaya başlanan aile hekimliği sisteminden haberdar olma, tercih, kullanma durumu ve memnuniyet ile ilgili araştırmalara gerek duyulmaktadır. Bu çalışmanın amacı yetişkin kişilerin aile hekimliğine bakış açıları ve aile hekimliği hizmetlerinden yararlanma durumlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 2011 yılı Kasım ayında Kayseri İl merkezinde yürütülmüş tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Örneklem büyüklüğü, büyüklüğü bilinmeyen evrende, aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi sahibi olma oranı %50 kabul edilerek %5 sapma ve %5 yanılma düzeyinde en az 385 kişi olarak hesaplanmış ve araştırmaya 500 kişinin alınması planlanmıştır. Çalışma il merkezindeki dört Toplum Sağlığı Merkezine bağlı 226 aile hekiminden tesadüfi olarak seçilen 25 aile hekimine bağlı nüfus üzerinde yapılmıştır. Araştırmaya alınan aile hekimleri listesinden iki farklı nokta belirlenmiş, o noktalardan başlanarak rastgele seçilen 18 yaş üstü 10 kişi olmak üzere her bir aile hekiminin listesinden 20 kişiye anket uygulanmıştır. Çalışma Erciyes Üniversitesi etik kurulu tarafından onaylanmıştır. Araştırmada 500 kişiye anket uygulanmış; eksik anketler araştırma dışı bırakılarak 485 kişi üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Anket formu bu konuda eğitilmiş intern doktorlar tarafından, yüz yüze görüşme ile doldurulmuştur. Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı geliştirilen anket formunda kişilerin tanımlayıcı bilgilerini, aile hekimliği uygulamaları hakkındaki bilgi ve davranışları ile aile hekimliği hakkındaki düşüncelerini belirlemeye yönelik sorular yer almıştır. Uygulamada verilen hizmetleri bilme durumu, aile hekimine genellikle hangi amaçla gittiği, gitmiyorsa nedenleri, bu uygulamadan memnuniyet düzeyi ve aile bireylerinin sağlık hizmeti kullanımını değerlendirmeye yönelik toplam 30 soru sorulmuştur. Hane halkı gelirleri 600 lira ve altı olanlar düşük, 601–1500 lira olanlar orta ve 1501 lira ve üzeri olanlar yüksek olarak sınıflandırılmıştır. Verilerin sunumunda niteliksel veriler için frekans tabloları, istatistiksel analizlerde ki kare testi kullanılmıştır. p<0.05 değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya alınan 485 kişinin % 46.4’ü erkek, % 54.6’sı kadın olup yaş ortalaması 41.9±14.3’dür. Araştırma grubundaki 260 kadının %27,7’si çalışmaktadır. Ailedeki ortalama kişi sayısı 3.9±1.4’dür. Araştırmaya katılanların %50.1’i aile hekimliği uygulamaları hakkındaki bilgilerinin yeterli, %30.7’si yetersiz olduğunu düşünmekte olup %19.2’si ise bu konuda kararsızdır. Araştırma grubunun %23,9’u hekim seçme ve değiştirme hakkına sahip olduklarını bilmemektedir. Şimdiye kadar aile hekimini değiştirenlerin oranı %12,0, değiştirmeyi düşünenlerin oranı %9,5’dir. Ailelerin %90,9’unda aile bireylerinin hepsinin aile hekimi ayıdır. 34 kişi aynı olmadığını, 10 kişi ise bilmediğini ifade etmiştir. Araştırma grubunun %27,2’si aile sağlığı elemanlarını tanıdıklarını ve sadece %12,4’ü aile sağlığı elemanınca evde ziyaret edildiklerini söylemişlerdir. Araştırma grubunun %84.9’u bağlı olduğu aile hekimini, %27.2’si aile

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sağlığı elemanlarını tanıdıklarını ve %12.4'ü aile sağlığı elemanınca evde ziyaret edildiklerini belirtmişlerdir. Hanelerinde son bir yıl içinde gebelik ya da doğum hikâyesi olanların %40.8'i aile sağlığı elemanına gebelik takiplerini yaptırdığını, hanede 0-12 aylık bebek olanların ise %42.9'u bebek takiplerini ve aşısını aile sağlığı elemanına yaptırdığını belirtmiştir. "Siz ya da aile bireylerinden herhangi birisinin sağlık sorunu olduğunda hangi sağlık kurumuna gitmeyi tercih ediyorsunuz?" sorusuna %49.7'si genellikle aile hekimini tercih ettiklerini, %25.1'i özel poliklinik/hastaneleri, %16.5'i devlet hastanesini ve %8.7'si üniversite hastanesini tercih ettiğini belirtmiştir. Bu kurumları tercih etme nedenlerini; %39.2'si yakın olduğu için, %27.4'ü güvenilir olduğu için, %18.6'sı teknik imkânlar iyi olduğu için, %4.2'si tanıdık biri olduğu için ve %2.9'u ucuz olduğu için olarak belirtmiştir. Aile hekiminden almış olduğu hizmeti "çok iyi/iyi" olarak belirtenlerin oranı % 80.7'dir. Almış olduğu hizmeti değerlendirme açısından cinsiyete göre fark yoktur. Kişilerin %52,2'si kendi aile hekimlerini başkalarına da tavsiye ettiklerini belirtmişlerdir. Aile hekiminden memnun olma nedeni; sırasıyla ilgili olma (%18.8), iletişimin iyi olması (%8.0), bilgili olma (%5.2) olarak belirtilirken; memnun olmama nedenleri ise; ilgisizlik (%2.9), iletişimin iyi olmaması (%0.8) ve bilgisine güvenmeme (%0.8) olarak belirtilmiştir. Kişilere aile hekimlerinin muayene saatleri ile ilgili görüşleri sorulduğunda %26.5'i uygun olmadığını söylemiştir. Mesai saatleri dışında da aile hekiminden sağlık hizmeti aldıklarını ifade edenlerin oranı %11.5'dir. Araştırmaya katılan 485 kişiye hem kendinin hem de aile bireylerinin son bir yıl içinde aile hekimine başvurma durumları tek tek sorulduğunda 1693 aile bireyi için veri elde edilmiştir. Aile bireylerinin aile hekimine başvuru oranı %76.3 olup, başvuru ortalaması 3.9 ± 4.5 'dir. Aile hekimine başvuru oranı cinsiyete ve yaş gruplarına göre istatistikî açıdan anlamlı ölçüde farklıdır ($p < 0.05$). Kadınlar erkeklerden daha fazla oranda aile hekimlerine başvurumaktadırlar. Aile hekimine başvuru oranı 15-24 ve 25-44 yaş grubunda anlamlı ölçüde düşük, 1-6 ve 65 yaş ve üzeri yaş grubunda yüksektir. Araştırmaya katılanların % 61,8'i aile hekimliği uygulamasını genel olarak başarılı, %26,6'sı kısmen başarılı, %5,1'i başarısız bulunduğunu; %6,4'ü ise kararsız olduğunu söylemiştir.

Tartışma: Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gündeme gelen aile hekimliği uygulamasıyla mevcut birinci basamak sistemi yeniden yapılandırılmıştır. Uygulamaya Kayseri İlinde 2008 Aralık ayında geçilmiştir. Uygulamanın başlamasının üzerinden yaklaşık üç yıllık süre geçmesine rağmen kişilerin % 30,7'sinin aile hekimliği sistemi ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu düşünmesi ve % 19,2'sinin de kararsızım şeklinde yanıt vermesi bu konudaki bilgi açığını net bir şekilde göstermektedir. Topluma aile hekimliği sistemi ile ilgili bilgilendirmenin daha yoğun bir şekilde yapılması sistemle ilgili farkındalığı ve talepleri artıracaktır. Kişinin istediği hekimi seçme hakkının olmasının hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırması açısından önemi olabilir. Ancak, halen araştırma grubunun yaklaşık dörtte biri (%23.9) bu sistemde hekim seçme ve değiştirme hakkına sahip olduklarından haberdar değildir. Kişilerin çoğunluğunun uygulamanın başlangıcında sağlık müdürlüğünce belirlenen aile hekimine kayıtlarının devam ettiği, çok azının aile hekimini değiştirdiği yani çoğunun hekim seçme hakkını kullanmadığı görülmektedir. Kayseri'de Ocak 2010'da bir ilçe merkezinde yapılan çalışmada aile hekimini değiştirenlerin oranı %2.3 olarak bulunmuştur (2). Çalışmada aile sağlığı elemanlarınca evde ziyaret edildiklerini söyleyenlerin oranı daha düşük (%12.4) bulunmuştur. Bu bulgu başlangıçtaki ziyaretlerle ilgili öngörülenlerin pratikte pek de uygulanmadığının bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Aile hekimlerinin sadece kendine başvuranların değil, kendisine bağlı olan herkesin sağlığından sorumlu olması ilkesinin işlemediği kanısını desteklemektedir. Aile hekimlerinin yalnızca muayene değil aile sağlığı elemanı ile birlikte koruyucu hizmetleri yürüten kişiler olması görev tanımlarında yer almaktadır. Ancak katılımcıların büyük bir oranda sadece tedavi edici hizmetler için başvurdukları, aşılama, gebe izlemleri ve aile planlaması gibi hizmetleri aile hekiminden talep etmiyor olmaları ve bu hizmetleri aile sağlığı elemanlarından da yeterince almıyor olmaları düşündürücüdür. Çalışmamızda aile hekimlerine başvurular değerlendirildiğinde bebeklerin tamamının aile hekimi tarafından görülmüş olması beklenirken, aile hekimine 0 yaş grubunda başvuru oranı % 77.8'de kalmıştır. İngiltere'de aile hekimlerine başvuru nedenleri arasında ilk sırada sağlam çocuk muayenesi yer almaktadır (3). Bu sonuçlar, koruyucu hizmetlerin daha da geri plana atılacağı düşüncesini savunarak aile hekimliği sisteminin ülkemize uygun olmadığını tartışan akademisyenleri desteklemekte, sistemde bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana atıldığını ve işlevsizleştiğini göstermektedir. Ayrıca bu durum sistemdeki tedavi ağırlıklı hizmet koruyucu sağlık hizmetlerini birinci basamak sağlık kuruluşlarından alan düşük gelir grupları ve sosyal sınıflar için tehlike oluşturabilir. Ülkemizde şu anda uygulanan sağlık politikası gereği her birey, istediği sağlık kurumuna başvurabilmektedir. Nitekim çalışmamızda kişilerin ancak yarısının kendisinde ya da aile bireylerinde bir sorun olduğunda ilk önce aile hekimini tercih ettikleri görülmektedir. Bu sonuca dayanarak aile hekimliği uygulamasının 2. ve 3. Basamaktaki yığılmaya çözüm olabileceği düşüncesinin gerçekleştirilemediği söylenebilir. Çalışmamızda aile hekimine başvuranların

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

%80.7'sinin aile hekimlerini çok iyi/iyi olarak değerlendirdikleri ve %52.2' sinin başkalarına da kendi aile hekimlerini tavsiye ettikleri görülmektedir. Aile hekimliği uygulamasına geçilmeden önce yapılan pek çok çalışmada da sağlık ocaklarında verilen hizmet ve personelden memnuniyetlerin yüksek olduğu gösterilmiştir (4-5). Çalışmamızda katılımcılara aile hekimliği uygulaması ile daha önceki sağlık ocağı uygulaması arasında memnuniyetleri yönünden fark olup olmadığının sorulmamış olması çalışmamızın sınırlılığdır. Çalışmamızda aile bireylerinin aile hekimine başvuru oranı %76.3 olup, başvuru ortalaması 3.9±4.5'dir. Kişilerin dörtte üçünün aile hekimine başvurduğu görülmekle beraber aile sağlığı merkezinin ilk başvuru yeri olmaması ve daha çok reçete tekrarı için aile hekimine başvuruluyor olması sistemin gerçek kullanımını yansıtmamaktadır. Çalışmamızda aile hekimine başvuru oranı kadınlarda, yaşlılarda ve 1-6 yaş grubu çocuklarda daha yüksektir.

Sonuç: Kişilerin aile hekimliği uygulaması hakkında az da olsa bir fikre sahip oldukları, ancak ilk başvuru yeri olarak tercih etmedikleri ve aile hekimlerinden yeterince koruyucu hizmet almadıkları görülmüştür. Aile hekimlerine büyük oranda reçete tekrarı için başvurulmaktadır. Aile hekimliği sisteminin en zayıf kısmını başvuruya dayalı hizmet anlayışının olması ve aile sağlığı elemanını ev ziyaretini yapmaması oluşturmaktadır. Bu araştırmanın Kayseri il merkezinde yapılmış olması çalışmanın sınırlılığdır. Sonuçların genellenebilmesi için daha kapsamlı, kırsal alanı içerecek ileri araştırmalara gereksinim vardır. Çalışmamızın sonucuna dayanarak birinci basamağın periyodik sağlık muayeneleri, gebe-lohusa-bebek takipleri ve aşılama, aile planlaması hizmetleri gibi koruyucu hizmet yönünün geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta dönüşüm, Aile hekimliği, Başvuru, Sağlık hizmetleri

Kaynaklar:

1. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 09.12.2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazete.
2. Alagöz UÖ, Tengilimoğlu D, Ünal D. Kayseri İli Develi İlçesi'nde hizmet kullanıcıların bakış açısı ile aile hekimliği sistemi. Hastane Dergisi 2010;12 (66):106-113.
3. Green LA, Phillips RL, Fryer GE. The Nature of Primary Medical Care. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol L, Mant D, Silagy C, eds. Oxford Textbook of Primary Medical Care.1 st ed. New York: Oxford University Press; 2004.p.3-10.
4. Sünter AT., Dabaş K, Canbaz S, Pekşen Y. Samsun İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. OMÜ Tıp Dergisi 2003; 20(3):135-9.
5. Aslan D, Akın A, Akman B, Altınkurt E, Aktaş G, Akgül G et al. Ankara'da Bir Sağlık Ocağına Başvuran 15 yaş ve Üzeri Kişilerin Sunulan Bazı Hizmetler ve Özel Olarak da Döner Sermaye Uygulamaları ile İlgili Görüşleri. Sağlık ve Toplum 2005;15(1):71-76

655

AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARI ÇALIŞMA ORTAMLARI VE ÖZLÜK HAKLARI HAKKINDA NE DÜŞÜNÜYOR? GELECEĞE NASIL BAKIYOR?

Raziye Özdemir¹, Ummahan Yücel², ³Meltem Çiçeklioğlu, ³Zeliha Aslı Öcek

¹İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, ²Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, ³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Ülkemizde 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile Sosyalizasyon Yasası'na dayalı kamusal birinci basamak örgütlenme modeli ortadan kaldırılmıştır. SDP, tüm sağlık çalışanlarını etkilemekle birlikte, ülkemizde sağlık sisteminin hekim merkezli olması nedeniyle hekim dışı meslek gruplarının durumu daha da kritik hale gelmiştir. Mesleki örgütlenmeleri zaten yeterince gelişmemiş olan ebe, hemşire, sağlık memuru gibi sağlık emekçileri, aile hekimliği modeli ile "eleman" tanımlamasını alarak, mesleki kimliklerini tamamen kaybetme riski ile karşı karşıya bırakılmıştır.

SDP kapsamında uygulanmaya başlayan aile hekimliği modeli 2010 yılında tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır. Bu modelin olumlu ve olumsuz özelliklerinin ortaya konulması ve birinci basamakta görevli sağlık çalışanlarının

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sisteme yönelik değerlendirmelerinin anlaşılması, gerçekleştirilen uygulamaların ülkemizdeki sağlık sorunlarını hangi boyutta çözebileceğine işaret etmesi açısından çok önemlidir. Bu çıkış noktasından hareketle niteliksel verilere dayalı ve aile hekimliği modelini hem birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri hem de sağlık çalışanlarının çalışma koşulları açısından değerlendiren bir proje gerçekleştirilmiştir. Bu bildiri sunulan çalışma da, bu projenin bir bölümüdür. Çalışmada, Aile Sağlığı Elemanları (ASE)'nin çalışma ortamlarına, görev tanımlarına, özlük haklarına, iş ve gelecek güvencelerine yönelik değerlendirmelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu fenomenolojik ve niteliksel verilere dayalı çalışmanın evrenini Türkiye'deki tüm ASE'ler oluşturmuş, örnekleme yöntemi olarak maksimum çeşitlilik uygulanmıştır. İllere göre çeşitliliğin sağlanmasında İstatistik Bölge Birimleri Sınıflaması dikkate alınmış, Düzey 1'i oluşturan her bir 12 alt bölgeden en az bir ili içerecek şekilde 28 farklı ilden 41 ASE (ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni (ATT)) çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler doygunluğa ulaşıncaya ve yeni bilgi saptanmadığına emin olunana dek araştırmaya yeni katılımcılar dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmaya davet edilen üç ASE görüşme yapmayı kabul etmemiştir.

Araştırmanın verileri 41 derinlemesine görüşme aracılığı ile toplanmıştır. Görüşmelerde kullanılan yarı-yapılandırılmış soru formunun hazırlanması amacıyla öncelikle literatür taraması yapılmış ve konuyla ilgili tema ve başlıklar saptanmıştır. İki ASE ile pilot görüşme yapılarak, soruların anlaşılabilirliği ve alan için geçerliliği belirlenmiştir.

Görüşmeler mesai saatleri dışında gizliliğin sağlanabildiği ve ses kaydı almaya uygun ortamlarda gerçekleştirilmiş, yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Görüşmelerin ses kayıtlarının birebir çözümleri yapılmıştır. Tüm metinlerin iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı okunmasının ardından temaların kavramsal çerçevesi birlikte belirlenmiştir. Metinde ortaklaşan ve diğerlerinden ayrılan kavramlar saptanmış, her biri için kodlar tanımlanmıştır. Tüm görüşmelerin kodlanmasından ve temaların sınıflandırılmasından sonra katılımcılardan yapılacak alıntılar seçilmiştir. Bu sırada, katılımcıların ifadeleri üzerinden doğru bir analiz ve sınıflama yapıp yapılmadığı tüm araştırmacıların katılımı ile tekrar kontrol edilmiştir.

Bulgular: Görüşmeler sonucunda yedi tema ortaya çıkmıştır.

1) ASE Olma Süreci: ASE'lerin tümü, aile hekimliği sisteminde görev almalarının kendi tercihlerine bağlı ve bilinçli bir karar olmadığını, mevcut koşullar içinde başka çıkar yol bulamadıkları için bu sisteme geçtiklerini belirtmiştir. Her beş kişiden dördü, geçici görevlendirme korkusu nedeni ile ASE olduğunu belirtirken, diğer nedenler arasında il merkezinde çalışabilmek, 4/b statüsünde olup birinci basamakta hizmet vermeye mecbur olmak ve aile bütünlüğünü korumak bulunmaktadır.

2) İş Doymu: ASE'lerin büyük bölümü, mesleğinin gereklerini yerine getirememeye, özlük haklarına ilişkin sorunlar, iş yükü, mesleğin değersizleşmesi ve kendini geliştirme olanaklarının olmaması gibi gerekçelerle çalışma ortamında kendilerini mutsuz hissettiklerini ve sürekli motivasyon kaybı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

"Sağlık ocağı sisteminde çok daha huzurluyduk, mutluyduk. İsterse bir sürü iş olsun, seve seve yapıyorduk. Ama aile hekimliği geldi, şevkimiz falan kırıldı yani... Enerjimiz bitti, potansiyel kalmadı." (Ebe, Batman)

3. Çalışma Koşulları: ASE'lerin çalışma koşullarına yönelik olarak dile getirdiği görüşler hizmet vermekle yükümlü oldukları nüfusun fazlalığı, hasta muayenesi dışındaki tüm işlemlerin ASE'ler tarafından yapılması nedeni ile asli görevlerin gereğince yerine getirilememesi, iş yükünün sürekli artması ve ASM'lerin sınıflandırılmasının çalışma koşullarına olan olumsuz etkisi üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Bir ATT dışındaki tüm ASE'ler, sağlık ocağında ekip anlayışı ile yürütülen işlerin artık tek bir ASE'ye yüklendiğini düşünmektedir. Aşırı iş yükünün yanı sıra Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanabilirliği değerlendirilmeksizin sürekli olarak kendilerine yeni görevlerin eklenmesi ve insangücü planlamalarında bölgesel farklılıkların göz önüne alınmaması eleştirilmiştir.

"İş yüküm beş katı arttı. Ben şimdi 4000 nüfusa bakıyorum, bir sürü çocuğum var, 65 tane gebem var, 100 tane bebeğim var. Bunların takipleri, kayıtları, evrakları... her şeyi ben yapıyorum. Devlet sormuyor hiç, her geçen gün

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bir şey ekliyor. Mesela çocuk izlemlerini eklediler yeni. Tamam, ekleyin de bu kişi bunu yapabilecek mi?" (Ebe, Konya).

ASE'lerin büyük bölümü, sağlık ocaklarında hizmet standartlarının ve görev tanımlarının iyi belirlenmiş olmasına bağlı olarak çalışanların mesleklerini uygulayabildiklerini, günümüzde ise ASE'lerin yapmakla yükümlü olup olmamalarına bakılmaksızın aile hekimi ve/veya Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) tarafından verilen her görevi yerine getirmek zorunda kaldıklarını ifade etmiştir.

"... yani aile sağlığı elemanı mıyız, aile sağlığı hizmetçisi miyiz ne olduğumuz belli değil." (Ebe, Batman)

Yedi ASE, "A, B, C ve D" olmak üzere farklı sınıflara ayrılan ASM'lerin ait olduğu sınıfa göre devlet katkısının, fiziki donanımının, personel sayısının ve çalışma saatlerinin değiştiğini belirtmiştir. Esnek çalışma biçiminin, büyük bölümü kadın olan ASE'lerin iş ve aile rollerinde çatışmaya neden olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca sınıflandırma ile bazı ASM'lerde ek personel çalıştırılabilirken, diğerlerinde bu olanağın bulunmaması adaletsizlik olarak nitelendirilmiştir.

Her dört kişiden üçü, aile hekimliği sisteminin hizmet talebine dayanması ve yoğun mesai saatleri nedeni ile koruyucu hizmetleri gereğince yerine getiremediklerini, ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmemesine bağlı olarak hizmet verdiği toplumu tanıma olanaklarının olmadığını ve yeterli nitelikte ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmeti veremediklerini dile getirmiştir.

"Doğum öncesi izlemler inanılmaz azalmış durumda. Çünkü ayrılan süre çok kısıtlı artık. Bu sürede eğitimini mi vereceksiniz, anamnezini mi dolduracaksınız, geri bildirim mi alacaksınız..." (Ebe, Malatya)

Sağlık ocağındaki durumun tersine, aile hekimliği sisteminde yardımlaşma, dostluk ve ekip anlayışı kavramlarının yerini karşılıklı çıkar ilişkilerinin aldığı ve bu durumun çalışma ortamını daha da çekilmez hale getirdiği ifade edilen diğer görüşler arasında bulunmaktadır.

4) İş Güvencesi : ASE'lerin tümü, iş güvencesi açısından risk taşıdığı için sözleşmeli çalışmaya olumsuz yaklaşmaktadır. Bazı ASE'ler tarafından ASM'de çalışmaya devam edebilmede hekim ile olan iletişimin temel belirleyici olduğu, ilişkilerin bozulmaması için ASE'lerin sürekli taviz vermek zorunda kaldıkları, hekimler sözleşmeyi tek taraflı fesh edemeseler bile sözleşmenin iptalini karşılıklı hale getirmek için ASE üzerinde baskı kurarak istifaya zorlayabildikleri belirtilmiştir.

"...her an sanki işimizden olacağız, ortada kalacağız, sanki hiç bir şey konuşma yetkimiz yok, hekimler ne derse odur ya da müdürlük ne derse odur.. Bu şekilde baskı altında çalışıyoruz resmen." (Ebe, Muş)

5) Gelir Düzeyi ve Gelir Güvencesi: Bu tema altında dile getirilen başlıca sorunlar arasında, çalışma şartlarının ağırlığına karşın hak edilen ücretin alınmaması, hizmet verilen nüfusun zaman içinde değişmesine ve kesintilere bağlı olarak sabit bir gelirin olmaması ve sağlık personeli arasında ortaya çıkan eşitsizlikler bulunmaktadır.

Yaklaşık her üç ASE'den birisi, aile hekimleri ile ASE'lerin maaşları arasındaki farkın adil olmadığını ve çalışanlara standart bir ücret rejiminin uygulanmamasının ASE ile hem TSM çalışanları hem de diğer ASE'ler arasında gerginlik yarattığını belirtmiştir.

Negatif performans uygulaması en fazla eleştirilen konudur. Sağlık hizmeti sunumunun paraya endekslenmesinin ASE'leri baskılayan bir faktör olduğu ve hizmetlerin halkın sağlığına katkı yapmaktan ziyade performans kesintisine maruz kalmamak için verilmesine neden olduğu belirtilmiştir. Aile hekimliği sisteminde ev ziyaretleri yoluyla halka ulaşma olanağı sağlanmadığı için vatandaşların sorumluluklarının bilincinde olmasının önemli hale geldiği, ASM'ye gelmediği için yapılamayan bir izlem ya da aşının suçlusunun yalnızca sağlık personeli olmaması gerektiği vurgulanmıştır.

Yıllık izin kullanılması durumunda yapılan uygulama ve ücret kesintisine yönelik görüşler bir ASE tarafından şu şekilde özetlemiştir:

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

“İzin kullanıyorsunuz ücretiniz kesiliyor. Ya izin kullanmayacaksınız ya da arkadaşınız 8000 kişiyi idare edecek. Yasal hakkınızı bile kullanamıyorsunuz.” (Ebe, Kocaeli)

6) Mesleki Kimlik : ASE’lerin büyük bölümü, Sağlık Bakanlığı’nın meslek, eğitim düzeyi ve çalışma deneyimi gibi özellikleri dikkate alınmaksızın ebe, hemşire, sağlık memuru ve ATT’lerin ASE adı altında belli bir görev tanımı olmadan çalışmaya zorlanmasını eleştirmiştir. ASE’lerin kendi mesleğini uygulama hakkının elinden alındığı; hasta kabul memurluğu, tıbbi sekreterlik, ebelik, hemşirelik gibi birbirinden farklı mesleklerin gereğini yerine getirmek zorunda bırakıldığı; hekim/hekim dışı personel ilişkisinin işveren/işçi ilişkisine, hastaların ise müşteriye dönüştüğü ve ASE’lerin hem hekimler, hem de hastalar karşısında değersizleştirildiği yönünde görüşler bildirilmiştir.

“...hasta hakları tutulurken, aile sağlığı elemanları paspas konumuna geldi. Önceki sistemde bir kariyerin vardı, bir statün, değer, saygınlığın vardı.” (Ebe, Batman)

7) Gelecek Güvencesi: ASE’lerin tamamına yakını aile hekimliği sisteminde devam etmek istememesine karşın, sağlık sisteminde gerçekleştirilen değişimlerle ne TSM’lerde ne de hastanelerde güvenli bir çalışma ortamı bulabileceklerini düşünmemektedirler. ASE’lerin tümü gelecek konusunda kaygılıdır ve kendilerini belirsizlik ortamında hissetmektedir.

“Eskiden sorsanız sağlık ocağından emekli olurum derdim. Ama şimdi diyemiyorum. Hiçbir fikrim yok yani, ne olacağımızı bilmiyorum. Devletin elinde her şey, nasıl bir yol çizecek bize. Ben zaten 4/b’liydim, memuriyete yeni kavuşmuştum. Memuriyetimizin elimizden alınabileceğini bile düşünüyorum.” (Ebe, Kocaeli)

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: ‘Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan insangücü’, SDP’nin temel bir bileşeni olarak belirtilmektedir (1). Ancak bu çalışmanın sonuçları, ASE’lerin mevcut bilgi ve becerilerini bile kullanma olanağını bulamayan, mutsuz, kaygılı ve gelecekte umudunu kesmiş bir sağlık çalışanı grubu olduğunu göstermektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde yapılan değerlendirmelerde de, bu çalışmada ortaya çıkan bulgulara benzer sorunlar tanımlanmış, sağlık çalışanlarının özlük haklarındaki kayıplara, olumsuz çalışma koşullarına ve iş yüküne bağlı olarak fiziksel ve ruhsal performanslarının düştüğü bildirilmiştir (2, 3).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli işlevler yerine getirmesine karşın pek az önemsenen bir grup olan hekim dışı sağlık çalışanları, aile hekimliği sisteminde daha da fazla kayba uğramıştır. Aile hekimliği sisteminin ülke genelinde yaygınlaştırılması yakın bir tarihte gerçekleştiği için, uygulamanın olumlu ve olumsuz yönleri gelecekte netlik kazanacaktır. Bu nedenle, sistemin işleyişinin süreç içinde sürekli olarak değerlendirilmesine ve sistemde görevli kişilerin sorunlarının belirlenmesine yönelik araştırmalara gereksinim bulunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Aile sağlığı elemanı, çalışma koşulları, özlük hakkı

Kaynaklar:

1 Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, İlerleme raporu. Eds. Aydın S, Demirel H. Sağlık Bakanlığı yayın no: 749, Ankara 2008.

2. Üstü Y, Uğurlu M, Eğici MT, Yıldırım O, Örnek M. Aile hekimliği uygulamasında güncel problemler ve çözüm yolları-1. <http://www.ankaramedicaljournal.com/theme/pdfmakale/21/makale10.pdf> Erişim Tarihi: 30.09.2012

3. Uğurlu M, Eğici MT, Yıldırım O, Örnek M, Üstü Y. Aile hekimliği uygulamasında güncel problemler ve çözüm yolları-2. <http://www.ankaramedicaljournal.com/theme/pdfmakale/22/makale1.pdf> Erişim Tarihi: 30.09.2012

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ INTERNLERİNİN TIP EĞİTİMLERİ İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELERİ 2003-2012

Çiğdem Çağlayan, Nilay Etiler, Onur Hamzaoğlu, Cavit Işık Yavuz

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Son yıllarda uygulamaya konan sağlıkta dönüşüm politikaları, sağlık sisteminin bir parçası olarak tıp eğitiminin doğrudan ya da dolaylı etkilenmesine yol açmıştır. Özellikle sağlık emek gücünün piyasa koşullarında ucuzlatılması hedefiyle hekim sayısının arttırılmasına yönelik kararlar sonucu hızla açılan yeni tıp fakülteleri nedeniyle tıp eğitiminin niteliği sorgulanmaktadır. Öte yandan Tıp Eğitimi Dünya Federasyonu'nun 1988'de Edinburgh'ta tanımladığı biçimiyle amacı "tüm insanların sağlıklı yaşamalarını sağlamak için hekim yetiştirmek" olarak tanımlanan tıp eğitimi, günümüz koşullarında "sağlık hizmet piyasasına insangücü yetiştirmek" olarak işlev görmektedir. Bu süreçte birinci basamakta hizmet sunan sağlık ocaklarının kapatılarak aile hekimliği sistemine geçilmesi, performans dayalı ödeme biçimleri ve zorunlu mesleki sigorta gibi uygulamalar tıp eğitimi etkileyen diğer etmenler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği'nin iki yılda bir yayımladığı Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporlarında ülkemizdeki tıp eğitiminin sorunları ayrıntılı biçimde ele alınmaktadır. Yukarıda özetlemeye çalıştığımız sağlıkta dönüşüm politikalarının da etkisiyle bu raporlarda yer alan tıp eğitime ilişkin temel sorunlar şöyledir: Tıp fakültelerinin ve öğrenci sayısının artışına karşın öğretim elemanlarının sayısındaki artışın özellikle temel bilimlerdeki öğretim üyesi sayısının yetersiz olması, kadavra sayısının yetersiz olması, tam zamanlı çalışma oranlarında kısmi bir artışa karşın klinik bilimlerde bu oranın azalması ve performans uygulamalarının eğitime ayrılan zamanın azalmasına yol açması başlıca olumsuzluklar olarak belirtilmiştir. Bununla birlikte, tıp fakültelerinde eğitimdeki güncelleşme ve iyileştirmeye yönelik çabaların olması ve mesleki beceri eğitimi laboratuvarı, bilgisayar sayıları ve internet erişimi gibi altyapı eksikliklerinin giderilmesine yönelik çabaların olması olumlu bulunmuştur (1).

Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi tarafından 2002 yılında kabul edilen Ulusal Çekirdek Eğitim Programı(UÇEP)'nda, mezuniyet öncesi tıp eğitiminin amacı ülkenin sağlık sorunların üstesinden gelebilecek bilgi, beceri ve tutumlarla donanmış, birinci basamak sağlık kuruluşlarında hekimlik ve yöneticilik yapabilecek pratisyen hekimler yetiştirmek, olarak ifade edilmektedir (2). Buna karşın tıp fakültelerinin gerekli altyapı ve öğretim kadrosu olmadan açılması ya da kontenjanının arttırılması, mezuniyet öncesi eğitimin niteliği üzerinde olumsuz bir etki yaratmaktadır. Özellikle uygulamaların yetersiz kalması ile öğrencilerin pek çok uygulama becerisinden yoksun olarak meslek yaşamına atılmaları bu dönemin önemli sorunlarından biridir.

Diğer yandan, tıp eğitiminin ileri tanı ve tedavi olanaklarının olduğu aşırı uzmanlaşmış sağlık kuruluşlarında yürütülmesi ve birinci basamakta topluma dayalı eğitim olanaklarından yoksun olması, öğrencilerin pek çok uygulama becerisini kazanmasının önündeki diğer engellerdir

Bu bilgiler ışığında araştırmamızın amacı, Kocaeli Tıp Fakültesindeki internlerin, kendi tıp eğitimlerine ilişkin değerlendirmelerini saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Tıp eğitiminin niteliği konusunda yürütülen tartışmalara paralel olarak toplam beş tıp fakültesinde (Akdeniz, Dokuz Eylül, Ege, Uludağ ve Kocaeli Üniversiteleri Tıp Fakülteleri) eğitimin değerlendirilmesi amacıyla 2003 yılında çok merkezli bir araştırma yürütülmüştür. Kocaeli Üniversitesi'nde sonraki yıllarda da bu çalışmaya devam edilmiştir. İlki 2003 tarihinde, sonuncusu 2012 yılı olmak üzere her yıl Haziran ayı içerisinde yapılan kesitsel tipteki bu çalışmalar, öğrencilerin mezuniyet töreninden 3 hafta önce gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini her yılın Haziran ayında, internlik döneminin son stajını yapmakta olan internler (N=629, %77) oluşturmaktadır. Bu internlerden 580 (%92)'i araştırmaya katılmıştır.

Çalışmanın verileri, 2003 yılında benzer amaçla çok merkezli olarak gerçekleştirilen araştırma için hazırlanan soru formu (sorumlu araştırmacılardan sözlü izin alındıktan sonra) kullanılarak toplanmıştır. Soru formu sosyodemografik özellikler, tıp eğitiminin uygulamalı ve kuramsal yönlerinin değerlendirilmesi ile sağlık sistemi ve hekimlik mesleği ile ilgili görüşlerin saptanmasına yönelik üç bölümden oluşmaktadır. Bu çalışmada internlerin tıp eğitiminin kuramsal ve uygulamalı yönlerinin yeterliliği ve uygunluğuna ilişkin değerlendirmelerine ait veriler paylaşılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Veri toplama formu araştırmaya katılanlar tarafından kendi kendilerine doldurulmuştur. Araştırmanın değişkenlerini; intern öğrencilerin aldıkları tıp eğitiminin birinci basamağa uygunluğu, stajlarda koruyucu hekimlikle ilgili eğitim alma durumları, çeşitli tanıs ve tedavi amaçlı uygulama ve girişimler konusunda kendilerini yeterli hissetme durumları ve öğretim üyelerinin eğitici eğitimi alması konusundaki görüşleri oluşturmaktadır.

Araştırmanın verileri SPSS 13.0 programında değerlendirilmiş olup tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma katılımcılarının %51'i erkektir. Doğdukları yerleşim yeri %12'sinin köy, %34'ünün ilçe merkezi ve %54'ünün il merkezi olduğu saptanmıştır. İnternlerin %7'sinin annesi, %2'sinin babası okuryazar değilken, %37'sinin babası, %19'unun annesi üniversite mezunudur.

Araştırmaya katılanların %18.5'i aldıkları tıp eğitimini birinci basamağa uygun bulurken % 47.4'ü kısmen %34.1'i de hiç ya da çok az uygun bulmuşlardır. İnternlerin % 55.9'u stajlarda koruyucu hekimlikle ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir.

Öğrencilerin kendilerini yeterli hissettikleri tanıs amaçlı uygulama ve girişimlerden ilk üçü kan alma (%90,4), boğaz kültürü alma (%85,0) ve direkt grafi yorumlama(%55.9)'dır. Tanıs amaçlı girişimlerden lumbal ponksiyon (%69.1), dışkı yayması değerlendirme (%59.3), gözdibi muayenesi (%39.5) ise öğrencilerin kendilerini yetersiz hissettikleri ilk üç uygulamadır.

Tedavi amaçlı uygulama ve girişimler arasında internlerin %91.4'ü idrar sondası takma, %90.4'ü pansuman ve yara bakımı, %72.8'i nazogastrik sonda takma, %68.5'i sütür atma ve %61.6'sı damar yolu açma konusunda kendilerini yeterli bulmaktadır. Doğum yaptırma (%69.2) internlerin en fazla yetersiz olduklarını belirttikleri girişimdir. Atel uygulama, abse drenajı, burun tamponadı, resusitasyon ve entubasyon konularındaki yeterlilikler ise benzer düzeyde olup %31 ile %34.5 arasında değişmektedir.

İnternlerin öğretim üyelerinin eğitici eğitimi almaları konusundaki yanıtları değerlendirildiğinde % 72.0'si "kesinlikle almalılar" derken, %2.1'i yeterli olduklarını belirtmiştir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Araştırmada elde edilen bulgulara göre mezuniyet aşamasına gelen öğrenciler aldıkları tıp eğitimini birinci basamağa uygunluğu konusunda kendilerini yeterli bulmamaktadırlar. Ayrıca eğitimleri süresince koruyucu hekimlik konularının yeterince anlatılmadığını ifade etmişlerdir. Bu durum sağlık hizmetlerinin sunumunda tedavi edici hizmetlerin ön plana çıkması ve özellikle hastaların sağlık sorunlarının çözümü için birinci basamak sağlık kurumları yerine, doğrudan ikinci basamak sağlık kurumlarına başvurusunun tıp eğitimine bir yansıması olabileceği gibi, mezuniyet aşamasındaki öğrencilerin işle ilgili kaygılarının dışı vurumu da olabilir.

Araştırmada dikkat çekici bulgulardan bir diğeri ise öğrencilerin yeterli olduklarını düşündükleri uygulama ve becerilerin genellikle yatan hastalara yapılan rutin işlemler olmasıdır. Özellikle görev tanımı belirsiz olan internler hastanede bakım işlerinde görev alarak, bazen asistan hekimlerin bazen de hemşirelerin yaptıkları işleri yapmaktadırlar. Dolayısıyla klinik uygulama ve beceri kazandırma, sistematik bir eğitim yerine hizmet üretimine dayalı çalışmalar yapmanın bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Oysa araştırmamızda sorguladığımız beceriler UÇEP'da bir hekimin mutlaka sahip olması gereken beceriler olarak tanımlanmıştır(2).

Yine araştırma sonuçlarına bakıldığında öğrencilerin periferik yayma, idrar mikroskobisi, dışkı yayması gibi mikroskobik değerlendirme konularında yetersizlikleri, eğitimlerinin gelişmiş laboratuarlara sahip ve aşırı uzmanlaşmanın olduğu üniversite hastanelerinde verilmesi ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir.

Tıp öğrencilerinin klinik becerileri kazanabilmesi amacıyla beceri laboratuvarlarından yararlanılması son dönemde giderek yaygınlaşan bir yaklaşımdır. Bu laboratuvarlarda, hasta üzerinde yapıldığında tolere edilemeyecek bir takım sorunlara neden olabilecek girişimler yetkinlik kazanana kadar defalarca yapılabilmektedir(3). Ancak beceri laboratuvarları her tıp fakültesinde olmadığı gibi laboratuvarların olanakları de

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yetersiz olabilmektedir(1). Diğer yandan, gerek klinikte gerekse laboratuarda bazı becerilerin aktarılabilmesi için öğretim üyesi sayısının yeterli olması da önemlidir. Yıllar içinde giderek artan tıp öğrencisi sayısı, hem öğretim üyelerinin sayıca yetersiz kalmasında hem de eğitimin örgütlenmesinin önemli faktörlerdir. Kocaeli Tıp Fakültesi klinik beceri laboratuvarına sahip olup birinci sınıftan itibaren uygulamalı eğitimler için kullanılmaktadır.

Öğrencilerin klinik beceri ve uygulamalar konusundaki yetersizliklerinde diğer bir faktör, öğrencilerin uzmanlık sınavı konusunda yaşadıkları kaygı olabilmektedir. Her ne kadar araştırmamızda sorgulanmamış olsa da yapılan bir çalışmada internler arasında en çok kaygı yaratan konu TUS'a girememe ve TUS'u kazanamama olarak saptanmıştır(4). Bu kaygı internlerin stajları sırasında klinik becerileri edinme çabasından çok TUS'a yönelik ders çalışmayı motive etmekte, klinik beceri edinme konusunda karşılına çıkan fırsatları göz ardı etmelerine yol açabilmektedir.

Sonuç olarak tıp eğitiminin ağırlıklı olarak hastanelerde yürütülmesi, tanı ve tedavi süreçlerinde aşırı teknoloji kullanımı, internlerin hizmet sunumunda görünmeyen emekçiler olarak yer alması, artan uzmanlaşma isteği, tıp fakültelerinden birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak bilgi, beceri ve donanıma sahip pratisyen hekimler yerine uzman adayları olan ve sistemdeki yeri "kapı tutucu" olarak tanımlanan hekimlerin mezun olmasına yol açmaktadır.

UÇEP'te amaçlandığı gibi ülkenin sağlık sorunların üstesinden gelebilecek bilgi, beceri ve tutumlarla donanmış hekimlerin yetiştirilmesi için tıp eğitiminin standardizasyonu ve akredite edilmesi gibi çabaların yanı sıra sağlık sisteminin tüm diğer bileşenlerinin ele alındığı kapsamlı bir çalışma gereklidir.

Anahtar Sözcükler: tıp eğitimi, intern, mesleki beceri

Kaynaklar:

1. Sayek İ, Odabaşı O, Kiper N. TTB Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu - 2010. Birinci Baskı. TTB Yayınları. Aralık 2010. Ankara.
2. Üniversitelerarası Kurul Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi (2002) "Türkiye'deki Tıp Fakülteleri İçin Ulusal Çekirdek Eğitim Programı".
3. Yücesoy M, Taşkiran HC, Çelebi İ ve ark. Tıp eğitiminde mesleksi becerilerin yeri: Dokuz Eylül Üniversitesi Deneyimi. DEU Tıp Fakültesi Dergisi. 2002. Aktif Eğitim Özel Sayısı. Sf: 67-71.
4. Yeniçeri N, Mevsim V, Özçakar N ve ark. Tıp Eğitimi Son Sınıf Öğrencilerinin Gelecek Meslek Yaşamları İle İlgili Yaşadıkları Anksiyete İle Sürekli Anksiyetelerinin Karşılaştırılması. DEU Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;21(1):19-24

434

BOLOGNA SÜRECİ VE YÜKSEK ÖĞRENİM: TÜRKİYE NEREYE KOŞUYOR?

Hatice Şahin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Magna Charta Universitatum (1988) ve Sorbonne Deklerasyonu (1998) kararlarına dayanarak 1999 yılında 29 Avrupa Birliği ülkesinin Milli Eğitim Bakanları tarafından imzalanan Bologna Süreci ile Sorbone kararlarını destekleme, Avrupa Yüksek Öğrenim Alanını oluşturma ve Avrupa Yüksek Öğrenim sistemini dünya çapında tanıtmaya amaçlanmaktadır. Böylece yüksek öğrenimde kaliteyi artırmak ve tek tip bir eğitim geliştirmekten ziyade uzlaşmayı sağlama ve karmaşık sistemlerin aydınlatılması sağlanacaktır. Süreç hem politik hem de ekonomik bir süreçtir. Başlangıçta altı olan ve zaman içinde ona çıkarılan hedeflere 2010 yılına kadar ulaşılması için çalışmalar yürütülmüştür. Sürecin başından itibaren diploma eki uygulaması başlatılmış, AKTS belirlenmiş, hareketlilik-değişim programları uygulanmaya başlamış, kalite güvence sistemleri geliştirilmiş (European Association for Quality Assurance in Higher Education, European Accreditation Council for Continuing Medical

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Education), sürece bazı kurumlar ve öğrenciler dahil edilmiş (European Universities Association, National Unions of Students in Europe), yaşam boyu öğrenme etkinlikleri uygulamaya konulmuştur. Başlangıçta ikili halka uygulaması zaman içinde üçlü halka sistemine dönüştürülmüştür. Halen 47 ülkenin dahil olduğu Bologna Süreci'nde iki yılda bir yapılan trend toplantıları ile hedeflere ulaşma düzeyi değerlendirilmiştir. Türkiye Bologna Sürecine 2001 yılında dahil olmuştur. Tıp, Diş hekimliği, Eczacılık, Veterinerlik, Hemşirelik, Ebelik ve Mimarlık eğitiminde yaşanan uyum sorunları nedeniyle 2010 yılında geldiğinde hedefler karşılanamamış ve Yüksek Öğrenim Alanı oluşturma hedefi 2020 yılına kadar uzatılmıştır.

Bologna sürecinin bazı eğitim alanlarına uyumlandırılmasında sorun yaşanmaktadır. Tıp, Diş hekimliği, Eczacılık, Veterinerlik, Hemşirelik, Ebelik ve Mimarlık alanlarında uyumlaştırma yapılamadığı için hedeflenen 2010 yılında süreç tamamlanamamıştır. The AMEE/MEDINE two-cycle system questionnaire-2007 çalışmasının sonuçları bazı ülkelerde sürece tıp eğitiminin katılımının yasaklandığını, bazı ülkelerde ise henüz politika belirlenmediğini göstermektedir. MEDINE2 çalışması ve Association for Medical Education in Europe metinleri tıp eğitimi programının Bologna Sürecine uyumlaştırılması için yöntemler tanımlamaktadır. Patricio ve Harden tarafından yazılan "The Bologna Process – A global vision for the future of medical education" isimli yayında tıp eğitiminin ülkelerin sağlık-hastalık profilleri ve sağlık hizmet sunum modellerine sıkıştırılamayacağı, uluslar üzeri (transnational education) bir yapıda olduğu belirtilmektedir. Çalışma ile Bologna sürecine uyumlaştırmanın tıp eğitimine olan etkisinde çok çarpıcı bulgular elde edilmiştir. Sürece imza koyan AB bünyesindeki ülkelerin % 40'ı, AB dışı ülkelerin yaklaşık % 52'si sürecin tıp eğitimine yansımaları yasaklamıştır. Yine bazı ülkelerin ise uyumlaştırma kararını tıp fakültelerinin kendi kararına bırakmıştır. Türkiye'nin bu çalışmadaki yeri ise henüz tıp fakültelerinde ne yapılacağı ile ilgili politika belirlemeyenler arasındadır. Ancak 2010 yılından itibaren ülkemizde uyum konusunda oldukça yoğun çalışmaların yürütüldüğü görülmektedir.

Tıp fakültesi eğitim programı birkaç gerekçe ile diğer yükseköğretim programları gibi Bologna sürecine uyumlaştırılmamaktadır. Uyumlaştırılmama nedenleri şunlardır. 1990'lı yılların başından beri tüm dünyada yürütülen çalışmalar ile tıp eğitimi programında entegrasyon sağlanmaya çalışılmaktadır. Yatay entegrasyon ile yıl içindeki konu bütünlüğü belli temalar etrafında toplanırken, dikey entegrasyon ile de birinci sınıftan son sınıfa kadar hem temel bilimlerin hem de klinik bilimlerin birlikte öğretilmesi amaçlanmıştır. Eğitim programları da bu anlayışla organize edilmiştir. Öğrencilerin ilk yıllardan itibaren hasta ile temas etmesine özel bir özen gösterilmektedir. Bologna sürecinin üçlü halka sistemi ile **temel bilimler ilk halkada, klinik bilimler ikinci halkada öğretilenektir**. Bu durum 1910'lardaki eğitim programı yapısına geri dönüştür ve hekim olmak için **erken dönem hasta ile temas** öngörülürken, bu tip bir planla master öncesi hasta ile temas olmayacaktır. Tıp eğitimi **uzun süre alan, pahalı** bir eğitimidir. İlk halka sonunda okul bırakma ile kaynak israfı olacaktır. Bologna sürecinde tanımlanan lisans eğitimi yani ilk halka iş (pazar) sektörüne **ara eleman yetiştirmeye uygundur**, tıp öğrencisi için uygun bir istihdam alanı değildir. Üç halkalı sistem ile hiç kimse okulu bitirmede hevesli olmayacaktır oysa toplumun tıp lisans mezununa (sağlık memuru gibi), değil bütünlük bir eğitim alan **hekime ihtiyacı vardır**.

Avrupa Parlamentosu ve Konseyi tarafından 2005 yılında onaylanan **European Directive on the Recognition for Professional Qualifications (Directive 2005 / 36 / EC)** ile Avrupa'daki sağlık çalışanlarının eğitiminin önemi vurgulanmakta, eğitimin süresi ve saat karşılığı, mezuniyetteki unvan konusunda bilgi verilmekte ve eğitimde temel ve klinik eğitimin bütünlük verilmesini öngörülmektedir. Buna göre tıp fakültesi eğitiminin **tek bütün halinde altı yıl** (5500 saat), mezunların **unvanlarının tıp doktoru** olması önerilmektedir.

Avrupa Birliği içinde yürütülen Bologna süreci ve yukarıda belirtilen direktif ile tıp eğitimi programlarındaki çatışma durumu göz önüne serilmektedir. Aynı sakıncalar Türkiye'de yürütülen tıp eğitimi programları için de geçerlidir. Ayrıca ülkemize özel bazı nedenlerle **tıp eğitimi programlarının Bologna süreci kapsamında yer almaması gereklidir**. Çünkü; ülkemizde üniversiteye **giriş sistemi gereği öğrenci** altı yıllık bütünlük bir program olan tıp fakültesini tercih etmekte, **halka sisteminden haberdar değildir**. Gençlerin hayali doktor olmaktır. Tıp eğitim programlarının içeriğinin oluşturulmasında "öncelikli sağlık sorunları" kavramı dikkate alınmakta böylece ülkedeki sağlık hastalık profiline göre hekimlerin yetiştirilmesi amaçlanmaktadır. Bologna sürecinde halka sisteminin benimsendiği programla **öncelikli sağlık sorunları kavramı ile ancak ikinci halkada karşılaşılabilecek**, hasta ile geç temas edilecek ve entegrasyon kavramı zarar görecektir. Böylece hekim adayı ülkesindeki sağlık - hastalık profiline hakim olamayacak, yıllar içindeki değişimi takip edemeyecektir. Tıp eğitimi programının içeriği, örgütlenmesi ve yetiştirdiği mezun profili Bologna sürecinin (değişim gibi) diğer hedeflerinden çok daha önemlidir. Üçlü halka sistemine göre ara eleman yetiştirilen bir eğitim programı ülkemize özgü sağlık (tıp) insan

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

gücü planlamasını olumsuz etkileyecektir. Avrupa Birliği Direktifinde de ifade edilen diploma ünvanının “**tıp doktoru**” olması bu süreç ile göz ardı edilmekte, yüksek lisans derecesi olarak ifade edilmektedir. Unvan ve diplomada bu ünvanın görünmesi tıp mezunu açısından önemlidir. 2005 yılında YÖK tarafından alınan bir karar ile diplomalarda unvan alınmış, mezuniyet derecesi yazılması istenmiştir. Böylece 2006 yılından itibaren tıp fakültesi mezunları “tıp doktoru” diploması alamamaktadır. Bologna sürecindeki yeterlilikler çerçevesine göre program çıktılarının, öğrenme hedeflerinin belirlenmesi ve bunların üzerinden dersin başarı kriterlerinin oluşturulması süreci **öğretim üyesi odaklı** bir yaklaşımdır. Oysa tıp eğitimi programlarında entegrasyon ile sağlanan en önemli avantaj öğretim üyesinin değil eğitim programının ön planda olmasıdır. Sürece uyum ile bu yaklaşım tersine dönecek ve 1910’lardaki eğiticiye bağımlı tıp eğitimi programı geri gelecektir. Uyumlandırma çalışmalarında ülkelere özgü **hekim-hasta etkileşimindeki kültürel nitelikler göz ardı edilmektedir**. Oysa sürecin değişim, istihdam gibi başlıkları ile ülke sınırları kaldırılmakta ve kültürel nitelikler dikkate alınmamaktadır. Tıp eğitiminin Tıpta Uzmanlık Sınavı ile girilen **Uzmanlık Eğitimi süreci** farklı bir yönetmelikle düzenlenen, mezunların farklı unvan aldıkları **Bologna sürecinin üçüncü halkasına sıkıştırılmayacak nitelikte farklı bir eğitimidir**. Uzmanlık eğitimi hem giriş koşulları, hem hedeflerin ülke gereksinimine göre belirlenmesi hem de dayandığı yasal süreç ile uyumlaştırma çalışmalarında doktora derecesi ile eş değer görülemez.

YÖK tarafından halen hazırlığı devam eden yeterlikler çerçevesi yönetmelik taslağı Bologna süreci ile ilgili çalışmaları yasal zorunluluk haline getirecek, üniversitelerin sürece katılımı ilgi eleştirel bakış geliştirmesini önleyecektir.

Süreci başlatan ülkelerin (İngiltere, Fransa, Almanya ve İtalya) bil tüm yüksek öğrenim programlarını uyumlandırmada temkinli oldukları bir ortamda Türkiye’nin süreci, AB uyum sürecin parçası gibi değerlendirilerek sorgulamadan merkezîyetçi bakış açısı ile kabulü şaşkınlık yaratmaktadır. Ülke gereksinimleri dikkate alındığında Bologna sürecinin başta tıp eğitimi olmak üzere yüksek öğrenim üzerine oluşturacağı olumsuz etkilerin boyutu henüz bilinmemektedir. Bu nedenle Bologna Süreci üniversiteler tarafından iyi bilinmeli ve eleştirel olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Bologna Süreci, Yükseköğrenim, Tıp eğitimi

618

ANKARA’DA BAZI AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURANLARDA TÜTÜN YASAĞI SONRASI KULLANIMI VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Mustafa Necmi İlhan, Müzeyyen Zeynep Tunca, Emine Avcı, Emine Füsün Civil, Sefer Aycan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı tüm dünyada artış göstermesi, morbidite ve mortalitesi yüksek olan hastalıklara zemin hazırlaması ve insan sağlığını olumsuz etkilemesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Dünya genelinde sigara kullanımını azaltmaya ve bırakmaya yönelik birçok yasa ve düzenleme bulunmaktadır. Türkiye’de de bu kapsamda son yıllarda yasal düzenlemeler yapılarak sigara kullanımının azaltılması hedeflenmiştir. 1996 yılında yürürlüğe girmiş olan Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolüne Dair Yasa’da 2008 yılında yapılan değişiklik ile uygulamaların güçlendirilmesi amaçlanmıştır.

Ülkemizde tütün ürünlerinin kullanımı halen yüksek düzeyde bulunmaktadır. Bu nedenle yasalarla getirilmiş olan uygulamaların ciddi şekilde izlenmesi gerekmektedir. Toplumun konu hakkındaki görüşleri, yaklaşımları ve davranışları hakkında yapılacak değerlendirmelerin, yasanın uygulamaya konulması ile birlikte kişinin ve çevresinin uygulamadan nasıl etkilendiğinin saptanmasının tütün ve ürünlerinin kullanılmasının azaltılması konusunda fayda sağlayacağı düşünülmüştür.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bu çalışmada Ankara İl Merkezinde bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerde tütün yasağı sonrası tütün kullanım alışkanlığı ve ilişkili etmenlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Kesitsel-tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Ankara İl Merkezi Sincan, Etimesgut, Gölbaşı İlçeleri'ndeki bazı aile sağlığı merkezlerine 17-21/10/2011 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü 937 kişinin katılımıyla yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini bu süreler arasında 5 Aile Sağlığı Merkezine herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü 4800 kişi oluşturmaktadır. Evrenden %50 bilinmeyen sıklık, %2,5 sapma ve %95 güven aralığında 1164 kişiye ulaşılması hedeflenmiş, araştırma kapsamında toplam 937 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşım yüzdesi %81'dir.

Araştırmada veri kaynağı olarak geliştirilen anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış olup bir anketin uygulama süresi ortalama 8-10 dakikadır. Araştırma kapsamına dahil olan her kişiye çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve sonrasında onamları alınmıştır.

Ankette kişilerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, çalışma anında gelir getiren bir işte çalışıp çalışmadığı, çalışma zamanı, günlük ortalama çalışma süresi, sosyal güvence durumu, aylık gelir düzeyi, çocuk, kronik hastalık varlığı sorgulanmıştır.

Yaşamı boyunca, son bir yıl, son bir ay içinde ve halen tütün ve ürünlerinin(sigara,nargile,pipo gibi) kullanımı sorusuna verilen yanıtlar ile tütün ve ürünlerinin kullanım sıklığı değerlendirilmiştir.

İlk kez sigara içme yaşı, tütün ve ürünlerini kullanma süresi, haftalık harcanılan tutar, sigara harcamasını azaltmak için marka değiştirme durumu, sigara ile ilişkili olduğu düşünülen sağlık problemleri, ailede ve çalışma arkadaşları içinde sigara içen kişi varlığı, kullanmaya başlamada en etkili faktör, sigara kullanım alışkanlığı ve etkileyen faktörler, sigarayı bırakmayı düşünme durumu ve nedenleri, bırakmayı deneme durumu, bırakmada etkili olabileceği düşünülen durumlar değerlendirilmiştir.

Tütün mamullerinin zararlarının önlenmesine dair; kapalı yerlerde sigara içilmesini yasaklayan yasanın kişinin, ailesinin, çalışma arkadaşlarının sigara kullanımını etkileme durumu ve etkisi, sosyal yaşamı etkileme durumu, yasa sonrası sigarayı bırakmayı düşünme/deneme durumu, çalışılan kurumda, kurumun bahçesinde yasanın uygulanma ve uygulanmasından memnun olma durumu ve yasa ile ilgili bazı hükümler hakkındaki görüşleri sorgulanmıştır.

Veriler SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi kullanılmıştır. Veriler ortalama(\pm)standart sapma, frekans dağılımı yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 937 katılımcının %26,5'i 21-30 yaş, %23,1'i 41-50 yaş, %22,7'si 51 yaş ve üzeri grupta yer almakta olup, yaş ortalamaları $39,50\pm 14,22$ 'dir. İncelenenlerin %52,5'i erkek, %63,6'si evlidir. Katılımcıların %47,6'sı yüksekokul- üniversite, %32,0'ı lise, %18,0'ı ilkokul-ortaokul mezunu olup, %33,8'i memur, %14,8'i ev hanımı, %13,9'u öğrencidir. İncelenenlerin %59,5'i şu an gelir getiren bir işte çalışmakta olup, %24,1'inin aylık geliri ≤ 1000 TL, %44,1'inin 1001-2000 TL, %31,8'inin ≥ 2001 TL'dir. Katılımcıların %74,8'inin kronik hastalığı, %87,1'inin şu anda sigara ile ilişkili olduğunu düşündüğü bir sağlık problemi bulunmamakta, sigara ile ilişkili olduğu düşünülen hastalıklar içerisinde %20 ile en sık kalp hastalıkları bulunmaktadır.

İncelenenlerin %57,5'i yaşamı boyunca en az bir kez, %43,2'si son bir yılda, %39,3'ü son bir ayda tütün ve ürünlerini kullandığını, %37,2'si ise halen kullanmakta olduğunu ifade etmiştir. Sigaraya başlama yaşının ortalaması $18,84\pm 5,09$ yıldır.

Tütün ve ürünlerini kullanmaya başlamada etkili faktörlerin değerlendirildiği soruya katılımcıların verdikleri yanıtların %22,0'ı arkadaşlardan etkilenme, %19,0'ı özentisi ve heves, %15,0'i keyif ve zevk, %11,0'ı sıkıntı ve sorunlardan uzaklaşmak, %9,0'ı stres ve gerilimin azalmasıdır. Halen tütün ve ürünlerini kullanmakta olan 348 katılımcının %77,3'ü sigarayı bırakmayı düşündüklerini, düşünme nedenleri olarak %18,0 sağlığa zarar vermesi, %14,0 ilerde sağlığa zarar vereceği düşüncesi, %11,0 çocukların sağlığına zarar vereceği düşüncesi, %10,0 ekonomik nedenler, %10,0 çocuklarına kötü örnek olmama isteği şeklinde belirtmişlerdir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırmaya katılan 678 kişiden %45,3'ü yasanın çalıştıkları kurumda kısmen, %40,6'sı tam olarak uygulandığını, %59,1'i ise yasanın çalıştıkları kurumun bahçesinde uygulanmadığını belirtmişlerdir.

Tütün ve ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü hakkında kanunun kişileri etkileme durumunun değerlendirildiği soruya katılımcıların %28,9'u 'Kişileri ve aileleri rahatlatı.', %25,4'ü ise 'Sigara kullanımını azalttı.', %15,0'i ise 'Sigara bırakanların sayısını arttırdı.' şeklinde yanıt vermişlerdir.

Katılımcılardan 889 kişinin %74,0'ı yasanın sosyal yaşamını etkilemediğini düşünmekte, 500 kişiden %59,4'ü ailede sigara kullanımını etkilemediğini belirtmektedir. İncelenen 880 kişiden %94,1'i çalışma arkadaşları içinde sigara içen olduğunu, 804 kişiden %51,6'sı yasanın çalışma arkadaşlarının sigara kullanımını azalttığını belirtmiştir. Sigara kullanan 451 kişiden %50,1'i yasanın sigara içme davranışını etkilemediğini, %49,9'u etkilediğini, etkilediğini düşünen 225 kişinin %83,2'si sigara içme davranışını azalttığını, %12,0'ı bırakmasına neden olduğunu, %4,8'i arttırdığını ifade etmiştir. İncelenen 427 kişiden %55,5'i yasadan sonra sigara bırakmayı düşünmediğini, %70,2'si yasadan sonra sigara bırakmayı denemediğini belirtmişlerdir. İncelenen 912 kişiden %86,7'si yasanın kişi ve çevresinin sağlığını olumlu etkilediğini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılanlardan 20 yaş ve altı gruptakilerin %49,1'i, 21-30 yaş grubundakilerin %49,0'ı, 31-40 yaş grubundakilerin %58,5'i, 41-50 yaş grubundakilerin %66,0'ı, 51 yaş ve üzeri gruptakilerin %59,9'u yaşamı boyunca en az bir kez tütün ve ürünlerini kullandıklarını belirtmiştir. Yaş arttıkça kullanma sıklığı artmaktadır. Kadınların %47,0'ı, erkeklerin 67,0'ı yaşamı boyunca en az bir kez tütün ve ürünlerini kullandıklarını belirtmiştir. Evlilerin %60,3'ü, bekarların %53,5'i yaşamı boyunca en az bir kez tütün ve ürünlerini kullandıklarını belirtmiştir. Okuryazar olmayan/okuryazar/ilkokul mezunu katılımcıların %43,0'ı, ortaokul mezunu katılımcıların %62,5'i, lise mezunu katılımcıların %59,2'si, yüksekokul-üniversite mezunu katılımcıların %58,3'ü yaşamı boyunca en az bir kez tütün ve ürünlerini kullandıklarını belirtmiştir. Öğrencilerin %46,9'u, ev hanımlarının %35,8'i, işsizlerin %46,4'ü, işçilerin %68,8'i, memurların %62,1'i, emeklilerin %70,9'u, serbest meslek sahiplerinin %60,0'ı yaşam boyunca en az bir kez tütün ve ürünlerini kullandıklarını belirtmiştir. Gelir getiren bir işte çalışan katılımcıların %63,3'ü, çalışmayan katılımcıların %48,8'i yaşam boyunca en az bir kez tütün ve ürünlerini kullandıklarını belirtmiştir.

Yaşa, cinsiyete, medeni duruma, öğrenim durumuna, mesleğe, gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre yaşamı boyunca en az bir kez tütün ve ürünlerini kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmışken($p<0.05$), çalışma zamanı, günlük ortalama çalışma saati, aylık aile toplam geliri, çocuk varlığı, kronik hastalık varlığına göre fark saptanmamıştır($p>0.05$).

Katılımcıların yaş gruplarına, medeni durumuna, öğrenim, meslek, şu an gelir getiren bir işte çalışma durumuna, günlük ortalama çalışma saatine, çocuk, kronik hastalık varlığına göre halen tütün ve ürünlerini kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p<0.05$). Yaş arttıkça halen tütün ve ürünlerini kullanma sıklığı azalmakta, öğrenim düzeyi arttıkça artmakta ve bekarlar, gelir getiren bir işte çalışanlar, günlük ortalama 9 saat ve üzerinde çalışanlar, kronik hastalığı olmayanlar daha yüksek sıklıkta halen tütün ve ürünlerini kullanmaktadır.

İncelenenlerin yaş gruplarına, cinsiyetine, medeni, sosyal güvence durumuna, çalışma zamanına, saatine, çocuk varlığına göre yasanın sigara içme davranışını etkileme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış($p>0.05$), öğrenim, meslek, gelir getiren bir işte çalışma, kronik hastalık durumuna, aylık aile toplam gelirine göre fark saptanmıştır($p<0.05$). Öğrenim düzeyi, aylık aile toplam geliri arttıkça yasanın sigara içme davranışını etkilediğini belirtmişler, gelir getiren bir işte çalışanlar, kronik hastalığı olmayanlar daha yüksek sıklıkta yasanın sigara içme davranışını etkilediğini ifade etmişlerdir.

Tartışma: Ankara İl Merkezinde bazı aile sağlığı merkezlerine başvuranlarda tütün yasağı sonrası tütün kullanımı ve etkileyen faktörlerin değerlendirildiği çalışmada incelenenlerin %57,5'i yaşamı boyunca en az bir kez, %37,2'si ise halen kullanmakta olduğunu belirtmiştir. 2004'de yapılan Ulusal Hane Halkı Çalışması'nda ≥ 18 yaş her gün sigara içenlerin sıklığı %33,8, Aile Araştırma Kurumu ve Türkiye İstatistik Kurumu'na yapılan çalışmada %33,4, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2010 Raporunda %31,2, yaşamı boyunca en az bir kez kullanımı %47,1 olarak bulunmuştur(1,2). Çalışmaların bulgularıyla bu çalışma benzerlik göstermektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bilir, Ögel, Demirel'in yaptıkları araştırmalarda kişilerin çoğunlukla 16-20 yaşlarında sigara kullanmaya başladıkları saptanmıştır(3,4).Bu çalışmada sigara kullanmaya başlama yaşı 18 olarak bulunmuş, katılımcıların %46.6'sı geç adolesan dönemde sigaraya başladıklarını ifade etmiştir. Sosyal, psikolojik, genetik faktörlere bağlı olarak oluşan sigara alışkanlığı daha çok çocukluk ve gençlik çağında kazanılan bir davranıştır. Bu sonuç; adolesan dönemin risk davranışların kazanıldığı bir dönem olmasından kaynaklanmaktadır.

Halen tütün ve ürünlerini kullanma sıklığı yaş arttıkça azalmakta, öğrenim düzeyi arttıkça artmakta, yaşam boyunca kullanma sıklığı erkeklerde daha yüksek saptanmaktadır. Denizli'de yapılan bir araştırmada; yaş arttıkça sigara içme sıklığının azaldığı, eğitim düzeyi arttıkça arttığı, erkeklerin daha yüksek sıklıkta sigara içtiği, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Raporunda eğitim düzeyi arttıkça sıklığın arttığı gösterilmiştir(5,2).Bu sonuçlar yaş arttıkça oluşan kronik hastalıkların temelinde sigara kullanımının önemli rolü olduğunun bilinmesi, bu konudaki duyarlılığın artması, eğitim düzeyi arttıkça artan ekonomik güçle sigaraya ulaşımın dolayısıyla sigara içme davranışının artmasından kaynaklanmış olabilir.

Katılımcıların %44,5'i yasadan sonra sigara bırakmayı düşündüğünü, %29,8'i denediğini belirtmiştir. Yasanın sigara bırakma konusunda kişilerde tutum değişikliğine yol açtığını ancak davranış değişikliği oluşturabilmesi için tek başına yeterli olmadığını göstermektedir.

İncelenenlerin %59,4'ü yasanın çalıştıkları kurumda kısmen uygulandığını/uygulanmadığını, %40,6'sı tam olarak uygulandığını belirtmişlerdir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Raporunda yetişkinlerin üçte birinden fazlasının (%38,5) işyerinde sigara dumanından pasif olarak etkilendiği saptanmıştır(2). Çalışmada daha yüksek saptanan sıklık yasağın kamu ve özel alanda tam, etkin şekilde uygulanmasıyla ilgili eksiklikler olduğunu, pasif etkilenimin giderek arttığını göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler: Ülkemizde tüm dünyada olduğu gibi son yıllarda tütün ve ürünlerinin kullanımının azaltılması ve önlenmesine yönelik yasal düzenlemeler, çalışmalar, kampanyalar başlatılmıştır. Yapılan çalışmalara yönelik denetimlerin, kamu ve özel kurumlarda konuyla ilgili hizmet içi eğitimlerin artırılması, tütün ve ürünlerinin kullanımında riskli olan gençlere, eğitim düzeyi yüksek gruba, çalışanlara yönelik önlemlerin alınması, programların artırılması, denetimlerin uygulanması, okullarda tütün kullanılmasını engellemeye, yol açtığı negatif psikososyal etkilere yönelik eğitim programlarına yer verilmesi gerekmektedir. Katılımcıların yarısı sigarayı bırakmayı düşünmesine rağmen üçte birinden azı denemiştir. Sigara bırakma konusunda sağlık kurumlarının oluşturulacak programlarda yer almasının faydalı olacağı düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Tütün ve ürünleri, tütün yasağı, kullanım sıklığı, ilişkili etmenler

Kaynaklar:

1. Refik Saydam Hygiene Center Presidency, School of Public Health and Başkent University. National Burden of Disease and Cost Effectiveness Project. Burden of Disease. Final Report. Ankara, 2004.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010
3. Başer S, Hacıoğlu M, Evyapan F ve ark. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Sigara İçme Özellikleri. Toraks Dergisi 2007;8(3):179-184
4. Ögel K, Tamar D, Özmen E, Aker T, Sağduyu A, Boratav C, Liman O. İstanbul Örneğinde Sigara Kullanım Yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi 2003;4(3):105-8.
5. Demirel Y, Toktamış A, Nur N, Sezer RE. İlköğretim okullarındaki öğretmenlerde sigara içme durumu. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2004; 24: 492-97.

İSTANBUL İLİ HALK SAĞLIĞI ÇALIŞANLARINDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE İŞ DOYUM DURUMU

Ebru Yücel Tüfekçioğlu, Sabanur Çavdar, Ahmet Ayhan Yüceokur, Ethem Erginöz

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı, İstanbul ili Devlet ve Vakıf Üniversiteleri Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda çalışan akademik personel ile İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (İSM) ve Halk Sağlığı Müdürlüğü (HSM) kadrolarında çalışan Halk Sağlığı uzmanlarının sosyodemografik özellikleri ve iş doyum durumlarını saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa ve İstanbul Tıp Fakülteleri, Marmara, Acıbadem, Bilim, Medipol ve Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakülteleri Halk Sağlığı Anabilim dalları ile İstanbul İl Sağlık ve Halk Sağlığı Müdürlükleri'nde görevli 61 akademik personel ve halk sağlığı uzmanına ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırma, ulaşılabilen ve katılmayı kabul eden 44 kişi ile tamamlanmıştır. Sosyodemografik özellikler ve iş doyum durumunu saptamaya yönelik sorular ile Minnesota İş doyum ölçeğinden oluşan anket ile veriler toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS v15.0 ve Graphpad InStat 3.06 istatistik paket programları ile yapılmıştır. İstatistiki analizde, normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testi ile kontrol edilip, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U ve Dunn testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden 12 kişi (%29,5), İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 11 kişi (%27,3), Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 6 kişi (%13,6), Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2 kişi (%4,5), Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1 kişi (%2,3), İstanbul İl HSM'den 8 kişi (%18,2), İstanbul İSM'den 2 kişi (%4,5) katılmıştır. Katılımcıların 8'i profesör, 4'ü doçent, 6'sı yardımcı doçent, 11'i araştırma görevlisidir. Araştırmaya katılanların 21'i erkek (%47,7), 23'ü kadın (%52,3)'dir. Araştırmaya katılanlardan 9 kişi (%20,5) 29 yaş altında, 9 kişi (%20,5) 30-39 yaşları arasında, 12 kişi (%27,3) 40-49 yaşları arasında, 11 kişi (%25) 50 yaş üstündedir. 3 kişi yaşını belirtmemiştir. 34 kişi (%77,3) evli, 10 kişi (%22,7) bekar. 19 kişinin (%43,2) çocuğu olmayıp, 11 kişinin (%25) 1 çocuğu, 12 kişinin (%27,3) 2 çocuğu, 2 kişinin de (%4,5) 3 çocuğu mevcuttur. Katılımcıların 29'u (%65,9) kendisine ait evinin olduğunu, 31'i (%70,5) otomobili olduğunu belirtmiştir. Son bir yıl içinde tatil amaçlı yolculuğa hiç çıkmadığını belirtenler 7 kişi (%15,9), 1 kere çıktığını belirtenler 16 kişi (%36,4), 2 kere çıktığını belirtenler 9 kişi (%20,5), 2 kereden fazla çıktığını belirtenler 12 kişi (%27,3)'dir. 24 kişi (%54,5) hobilerine vakit ayırabildiğini, 20 kişi (%45,5) ise vakit ayıramadığını belirtmiştir. Katılımcıların 38'i (%86,4) sigara içmemekte iken, 9'u (%13,6) halen sigara içmekte olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların 27'si (%61,4) kronik hastalığı olmadığını, 17'si (%38,6) ise olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılanlardan 36 kişi (%81,8) tıp fakültesi mezunu, 4 kişi (%9,1) fen fakültesi mezunu, 3 kişi (%6,8) mühendislik fakültesi mezunu olduğunu belirtmiştir. Katılımcılardan 29 kişi (%65,9) halk sağlığı ile ilgili bir meslek örgütü/sivil toplum kuruluşuna üye olduğunu belirtirken, sadece 7 kişi (%15,9) üyeliği sırasında aktif çalıştığını belirtmiştir. Katılımcılardan 38 kişi (%86,4) halk sağlığı alanını isteyerek seçtiğini, 6 kişi (%13,6) isteyerek seçmediğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılanların Minnesota iş doyum ölçeği puan ortalaması 71,02 (SD±15,74) olarak hesaplanmıştır. 24 ve altı puan alan 1 kişi (%2,3), 25-74 puan arası alan 21 kişi (%47,7), 75 ve üzeri puan alan 22 kişi (%50) saptanmıştır.

Minnesota puan ortalaması erkeklerde 72,42 (SD±10,73), kadınlarda 69,73 (SD±19,40) olarak hesaplanmıştır (p=0.944). Yaş grupları ile Minnesota puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.192). Medeni durum ile Minnesota puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.174).

Halk sağlığı alanını isteyerek seçtiğini belirtenlerin Minnesota puan ortalaması 72,47 (SD±14,03) iken, isteyerek seçmediğini belirtenlerin puan ortalaması 61,88 (SD±14,03) olarak saptanmıştır (p=0.108).

Devlet üniversiteleri akademik personeli, vakıf üniversiteleri akademik personeli ve İSM ile HSM personelinin Minnesota puan ortalamaları ayrı ayrı hesaplandığında, devlet üniversiteleri puan ortalaması 71,12 (SD±16,42), vakıf üniversiteleri puan ortalaması 88,33 (SD±5,77), İSM ve HSM personeli puan ortalaması 65,5 (SD±12,03)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

olarak saptanmıştır. Tüm akademik personelin Minnesota puan ortalaması 72,64 (SD±16,4) iken, İSM ve HSM personelinin puan ortalaması 65.5 (SD±12,3) olarak hesaplanmıştır (p=0.069). Araştırma görevlilerinin Minnesota puan ortalaması 62,6 (SD±17,00), diğer akademik personelin puan ortalaması 77,4 (SD±14,21), İSM ve HSM personelinin puan ortalaması 65,5 (SD±12,03) olarak hesaplanmıştır (p=0.003). Bu fark araştırma görevlileri dışındaki akademik personelin puan ortalamasının diğer 2 gruba göre yüksekliğinden kaynaklanmaktadır (p<0.05).

Halk sağlığı alanında çalışma süresi 1 yıldan az olan 7 kişi (%15,9), 1-9 yıl arası olan 14 kişi (%31,8), 10-19 yıl arası olan 7 kişi (%15,9), 20 yıldan fazla olan 16 kişi (% 36,4) bulunmaktadır. Minnesota puan ortalamaları halk sağlığı alanında çalışma süresi 1 yıldan az olanlarda 61,57 (SD±14,5), 1-9 yıl olanlarda 67,64 (SD±16,2), 10-19 yıl olanlarda 72,8 (SD±10,09), 20 yıldan fazla olanlarda 71,02 (SD±16,15) olarak saptanmıştır (p=0.023). Bu farkın, halk sağlığı alanında çalışma süresi 1 yıldan az olanlar ile 20 yıldan fazla olanlar arasında olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Halk sağlığı alanında kendini mutlu hissettiğini ifade eden 38 kişinin Minnesota puan ortalaması 75,34 (SD±11,34) iken, bu önermeye katılmayan 6 kişinin puan ortalaması 43,66 (SD±11,84) olarak saptanmıştır (p<0.001). Meslek hayatına tekrar başlaması durumunda yine halk sağlığını seçeceğini ifade eden 38 kişinin Minnesota puan ortalaması 74,23 (SD±12,31) iken, bu önermeye katılmayan 6 kişinin puan ortalaması 50,66 (SD±20,87) olarak saptanmıştır (p=0.013). Genel halk sağlığı ile birlikte belirli bir alanında uzmanlaşmak istediğini ifade eden 41 kişinin Minnesota puan ortalaması 72,26 (SD±14,68) iken, bu önermeye katılmayan 3 kişinin puan ortalaması 54,00 (SD±23,51) olarak saptanmıştır. Halk sağlığı alanında aldığı eğitimin mesleğinde faydalı olduğunu düşünen 42 kişinin Minnesota puan ortalaması 72,92 (SD±13,26) iken, bu önermeye katılmayan 2 kişinin puan ortalaması 31,00 (SD±9,89) olarak saptanmıştır. Halk sağlığı alanındaki kazancından memnun olduğunu ifade eden 18 kişinin Minnesota puan ortalaması 74,44 (SD±14,11) iken, bu önermeye katılmayan 24 kişinin puan ortalaması 67,95 (SD±16,99) olarak saptanmıştır (p=0.242).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: İstanbul ili halk sağlığı çalışanlarının Minnesota iş doyum ölçeği puan ortalaması 71,02 olarak saptanmıştır. İş doyum durumu “orta düzeyde” olarak değerlendirilmiştir. Yaş ve cinsiyete göre Minnesota iş doyum ölçek puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Cinsiyete göre iş doyumunda artış saptanmaması önceki çalışmaları destekler niteliktedir (1). Başka çalışmalarda evli hekimlerin iş doyum puanlarının, bekar olanlara göre anlamlı yüksek bulunmasına rağmen (2), araştırmamızda medeni duruma göre Minnesota ölçek puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Halk sağlığı alanını isteyerek seçmediğini belirtenlerin Minnesota iş doyum puan ortalaması, isteyerek seçtiğini belirtenlere göre daha düşük olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Meslekte çalışma süresi arttıkça doğru işi seçme düşüncesi ve çalışma alanı ile ilgili konulara ilgi artışı ile iş doyumunun artması beklenmektedir (2). Araştırmamızda da, çalışma süresi 1 yıldan az olanlar ile 20 yıldan fazla olanlar arasında Minnesota iş doyum ölçeği puanları anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Bu farkı oluşturan etmenler ayrıntılı sorgulanarak, ileri analiz yöntemleriyle belirlenmelidir.

Devlet üniversiteleri akademik personeli, vakıf üniversiteleri akademik personeli ve İSM ile HSM personelinin Minnesota iş doyum ölçeği puan ortalamaları ayrı ayrı hesaplandığında, vakıf üniversiteleri akademik personelinin puan ortalamasının diğerlerinden dikkat çekici şekilde yüksek olduğu, sahada çalışanların ise diğerlerine göre düşük olduğu görülmüştür. Ancak, İstanbul’da vakıf üniversitelerinde çalışan akademik personelin sayısı istatistiksel analiz için yetersiz olduğu için değerlendirme yapılmamıştır. Daha geniş katılımlı çalışmalar ile gözlenen bu yüksekliğin anlamlılığı tespit edilebilir.

Tüm akademik personel ile İSM ve HSM’de çalışan personelin Minnesota iş doyum ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamışken; akademik personel, araştırma görevlileri ve diğer akademik personel olarak 2 gruba ayrılıp 3’lü değerlendirme yapıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Bu fark araştırma görevlileri dışındaki akademik personelin iş doyum puanlarının anlamlı yüksekliğinden kaynaklanmaktadır. Bu durum literatürde, akademisyen hekimlerde ilerleme olanaklarının olmasının, yapılan işte bağımsız olmalarının, bilgi ve becerilerini kullanma olanaklarının fazla olmasının iş doyumunu arttırdığı şekilde yorumlanmıştır (3).

Halk sağlığı çalışanlarının iş doyum durumu araştırmaları, katılımı ilgili çekinceler giderilerek ülke çapında yapılmalıdır. Bu sayede mevcut sorunlarla ilgili duyarlılık geliştirilip çözüm yolları ve fırsatlar oluşturulmalıdır. Vakıf üniversitelerinin katılımı ile değerlendirmeler geliştirilmelidir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İş doyumunu yüksek olan bireylerin işyerlerinde, aile içinde ve toplum yaşamında olumlu davranışlar gösterdiği bilinmektedir. Halk sağlığı çalışanlarının toplum yaşamında etkinlikleri, iş doyumlarının yksekligi ile artacaktır.

Kaynaklar:

(1) Bireysel demografik değişkenlerin iş doyumunu ile ilişkisinin finans sektöründe incelenmesi, Atilla Yelboğa, Sosyal Bilimler Dergisi, 4(2), Aralık 2007

(2) Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumunu, Dr. Figen SEVİMLİ, Yrd. Doç. Dr. Ömer Faruk İşCAN, 2005

(3) Kırıkkale ilinde üç farklı hastanede çalışan hekimlerin mesleki iş doyumunu, Dr.Meral SAYGUN, Dr.Aytül ÇAKMAK, Dr.S. Kenan KÖSE, Turkiye Klinikleri J Med Sci 2004, 24:219-229

Anahtar sözcükler: Halk Sağlığı, iş doyum, Minnesota leği, İstanbul

2- Sağlık Yönetimi

848

ŞANLIURFA'DA AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İbrahim Koruk, Mesut Hamidanoğlu

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık seviyesini en üst düzeye çıkarmak için önleyici, iyileştirici, rehabilite edici hizmetlerle toplumdaki en genel problemleri odağına almaktadır.

Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sağlığı geliştirmeye olan katkılarının ortaya konması gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilebilir durumunu çok boyutlu ölçmek ve değerlendirmek gittikçe önem kazanmakta bunun için de sağlık sistemlerinin yapısal ve sürece ilişkin özellikleri ölçülebilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetinin başarısını "faaliyet" bileşeninin içerdiği 4 (dört) ana özelliği ölçerek değerlendirmek mümkündür. Bu özellikler: İlk Başvuru Hizmeti, Süreklilik, Kapsayıcılık, Eşgüdümdür. Ana ve çocuk sağlığı açısından çok büyük önem taşıyan aile planlaması hizmetlerinin de çok boyutlu ölçülmesi hizmetin niteliğini ve kullanılabilirliğini arttırmak için yol gösterici olacaktır.

Bu araştırmada Şanlıurfa'da sağlık ocaklarında aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın saha çalışması Ekim 2009-Nisan 2010 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Şanlıurfa İli'nde yaşayan, 15-49 yaş grubunda olan, evli kadınlar araştırmaya alınmıştır.

Örnek 30 küme örnekleme tekniği ile seçilmiştir. Sonuçların güvenilirliğini arttırmak amacıyla sayı arttırılarak her kümede 10 kişiye ve toplamda 300 kişiye ulaşılmıştır.

Her bir sağlık ocağı bir küme olarak kabul edilmiştir. Küme seçimi nüfusa orantılı olarak 92 sağlık ocağından seçilmiştir.

Her sağlık ocağı bölgesinde rastgele yöntemle bir sokak ve her sokakta başlangıç hanesi rastgele yöntemle seçilmiş ve 10 kişiye ulaşılan kadar devam edilmiştir

Veri toplama aracı olarak 'Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Formu'(APHDF) geliştirilmiştir.

APHDF, hizmet kullanıcı bölümü ve kurumda değerlendirme bölümlerinden oluşmuştur. Hizmet kullanıcı bölümü sosyo-demografik bilgiler, kapsama düzeyini belirlemek için kullanılacak bilgiler ile ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm puanlarını elde etmeye yarayacak sorulardan oluşmuştur. Bu bilgiler araştırmaya katılan tüm hizmet kullanıcılarından elde edilmiştir.

Kurum değerlendirmesi, kurumla ilgili bazı özellikler ile kurumda ilk başvuru ve kurumda kapsayıcılık alt bölümlerini sorgulayan sorulardan oluşmuştur. Bu değerlendirme 30 kuruluşa yapılmıştır.

APHDF, Barbara Starfield tarafından geliştirilen Primary Care Assessment Tools(PCAT)(1) aile planlaması hizmetlerine uyarlanarak, Quick Investigation of Quality of Family Planning(QIQ) (2) anketinden de yararlanılarak oluşturulmuştur.

Aile Planlaması Hizmetleri Kapsama Düzeyi

Aile planlaması hizmetleri açısından, çocuk istemeyenler, emziciler, istemeden gebe kalanlar gereksinimi olanlar olarak kabul edilmiştir. Çocuk istememesine rağmen etkili AP yöntemi kullanmayanlar, 6 aydan daha az süredir emzirenler ancak laktasyonel amenore yöntemini etkin olarak kullanmayanlar, 6 aydan daha fazla

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

süredir emzikli olduğu halde etkin bir yöntemle korunmayanlar, etkili bir AP yöntemi kullanmayıp istenmeyen gebelik geçirenler kapsanmayanlar olarak kabul edilmiştir.

APHDF Sorularının İçeriği

İlk başvuru değerlendirmesi için oluşturulan sorular; sağlık ocağından aile planlaması hizmeti alma, başka sağlık hizmeti de alma, 30 dakikadan fazla beklemek zorunda kalma, konuşulan dil nedeniyle sağlık çalışanları ile iletişim kuramama, yürüyerek gidebilme ve cepten ödeme yapmak zorunda kalma ile ilgilidir.

Kapsayıcılık değerlendirmesi için oluşturulan sorular, sağlık ocağında tüm yöntemlerin tanıtımı, kullanılacak yöntem ile ilgili yan etkilerin anlatımı, kullanılacak yöntem ile ilgili kontrendikasyonların(sakıncası) anlatımı, yöntemler için kontrendikasyona(sakıncası) yönelik değerlendirme, aile planlaması yöntemi alındığında tekrar kontrole çağırma, aile planlaması yöntemlerinin kullanım sürelerine yönelik bilgi verme, aile planlaması almaya gidildiğinde gebelik- doğum öyküsü- aile planlaması deneyimlerinin sorgulanması, aile planlaması hizmeti alma sırasında görüşme ve muayenede mahremiyetin sağlanması, aile planlaması hizmeti almaya gidildiğinde saygısız (aşağılayıcı-küçük düşürücü) davranılması, ücretsiz olarak dağıtılması gereken rahim içi araç—hap- kondom alabilme, rahim içi araç uygulamaları yapılması, istenilen aile planlaması yönteminin bulunması, ücretsiz olarak verilseydi kullanırdım denilen aile planlaması yöntemi, sağlık personelinin bir yöntemi kullanmaya zorlaması ile ilgilidir.

Süreklilik değerlendirmesi için oluşturulan sorular, sağlık ocağında mahalleden sorumlu ebe/hemşireyi tanıma adını bilme, sorumlu ebe/hemşirenin ev ziyareti yapması, aile planlaması hizmetini mahallesinden sorumlu ebe/hemşireden alma, sağlık personelinin sorulan soruların anlayabileceği şekilde cevaplaması, sağlık personelinin endişeleri hakkında yeterince zaman ayırması, sağlık personeli ile konuşurken kendini rahat hissetme, sağlık personelinin tıbbi geçmişini bilmesi, sağlık personelinin hizmet alanın mesleğini bilmesi, sağlık personelinin kullanılan ilaçları bilmesi, istenildiği zaman hizmet alınan sağlık personelinin değiştirilebilmesi ile ilgilidir. Ayrıca 15-49 kadın izleme formu olup olmadığı varsa izlemin zamanına uygun yapıp yapılmadığını sorgulayan iki soru daha vardır. Bu iki soru doğrudan 15-49 Kadın İzleme Formu görülerek cevaplanmaktadır.

Eşgüdüm değerlendirmesi için oluşturulan sorular, sağlık ocağından aile planlaması hizmeti için bir uzmana yönlendirdiğinde bilgi notu yazılıp yazılmadığı, sağlık ocağının aile planlaması hizmeti almak için başka bir yere yapılan(uzmana, özel klinik, AÇSAP, hastane vs) ziyaretlerden haberdar olup olmadığı ile ilgilidir.

Kurumda ilk başvuru değerlendirmesi için oluşturulan sorular, kurumda aile planlaması odası varlığı, her gün tüm aile planlaması hizmetleri sunumu, aile planlaması araç gereçlerinin sürekli hazır bulunması, aile planlaması odasının ortam ve ekipmanlar açısından yeterliliği, odanın pelvik muayene yapmaya uygunluğu(dışarıdan görülmeyi önleyecek önlemler alınmış mı?), kurumda rahim içi araç takabilecek sertifikalı personelin varlığı ile ilgilidir.

Kurumda kapsayıcılık değerlendirmesi ile ilgili sorular, Ria, kombine oral kontraseptif, kondom yöntemlerinin uygulaması ve ücretsiz dağıtımının yapıp yapılmadığı ile ilgilidir.

Kurum incelemesinde ayrıca, fiilen çalışan toplam hekim sayısı, fiilen çalışan toplam ebe/hemşire sayısı, sağlık ocağına bağlı nüfus, sağlık Ocağının kent merkezine uzaklığı verileri toplanmış ve analizlerde kullanılmıştır.

Puan Hesaplaması

Puanların elde edilmesi hem hizmet kullanıcısının bildirimine hem de kurumda yapılan incelemeye göre yapılmıştır. İlk başvuru, kapsayıcılık, eşgüdüm puanları sadece katılımcıların bildirimlerine göre elde edilirken, kurumda ilk başvuru ve kurumda kapsayıcılık puanları kurumlarda yapılan incelemelere göre belirlenmiştir. Süreklilik puanı ise katılımcıların bildirimleri ve aynı katılımcılara ait kurumlardaki 15-49 Yaş Kadın İzleme Formu incelenerek elde edilmiştir. Hizmet kullanıcılarına yöneltilen sorular ve kurumlarda yapılan değerlendirme çalışmaları “evet” ve “hayır” olarak cevaplanmıştır.

Geliştirilen ‘Aile Planlaması Hizmetleri Değerlendirme Formu’nda(APHDF) belirlenen her bir bölüm puanı 100 üzerinden hesaplanmıştır.

İlk başvuru değerlendirmesinde 6 soru kullanılmıştır. Belirlenen 3 soru için “Evet” cevabı, diğer 3 soru için “Hayır” cevabı olumlu cevap olarak kabul edilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Kapsayıcılık değerlendirmesinde 14 soru kullanılmıştır. Belirlenen 11 soru için “Evet” cevabı, diğer 3 soru için “Hayır” cevabı olumlu cevap olarak kabul edilmiştir.

Süreklilik değerlendirmesinde 10 soru kullanılmıştır. Hizmet kullanıcıya sorulan 8 soru için “Evet” cevabı ile kurumlarda her bir katılımcı kadın için 15-49 Yaş Kadın İzleme Formu incelenerek derlenen 2 soru için “Evet” cevabı olumlu kabul edilmiştir

Eşgüdüm değerlendirmesinde 2 soru kullanılmıştır. 2 soru için “Evet” belirtilenler olumlu cevap olarak kabul edilmiştir.

Kurumda ilk başvuru değerlendirmesinde 6 soru kullanılmıştır. 6 soru için “Evet” belirtilenler olumlu cevap olarak kabul edilmiştir.

Kurumda kapsayıcılık değerlendirmesinde 1 soru kullanılmıştır. “Evet” belirtilenler olumlu cevap olarak kabul edilmiştir.

Hanenin işe/mesleğe dayalı sosyal sınıfı, Prof. Dr. Korkut Boratav’ın kentsel ve kırsal sosyal sınıf şemasına göre belirlenmiştir.

Araştırmamanın bağımlı değişkenleri: İlk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık, eş güdüm, kurum ilk başvuru ve kurum kapsayıcılık puanlarıdır. İkili analizler için elde edilen değerlendirme puanları ortancaya göre düşük ve yüksek puanlı olarak kategorik veriye dönüştürülmüştür.

Araştırmamanın bağımsız değişkenleri: Yerleşim yeri, ikamet süresi, yaş, ilk evlenme yaşı, gebelik sayısı, çocuk sayısı, kendiliğinden düşük yapma, istemli düşük yapma, ölü doğum yapma, AP yöntemine karar veren, sosyal sınıf, evde konuşulan dil, Türkçe bilme durumu, kadın öğrenim durumu, koca öğrenim durumudur. Ayrıca, hekim başına düşen nüfus, ebe-hemşire başına düşen nüfus, sağlık kurumunun kent merkezine uzaklığı kurum ilk başvuru ve kurum kapsayıcılık puanı ile yapılan ikili analizlerde kullanılmıştır.

Verilerin analizinde SPSS 11.5 istatistik programı kullanılmıştır. Veriler, mann-whitney u testi, ki kare testi ve lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kadınların yaşı 32.3 ± 8.1 (ortanca 32), evlenme yaşı 20.1 ± 4.4 (ortanca 18), gebelik sayısı 4.7 ± 2.9 (ortanca 4), çocuk sayısı 3.8 ± 2.4 (ortanca 4), kendiliğinden düşük sayısı 0.5 ± 0.9 (ortanca 0), istemli düşük sayısı 0.09 ± 0.3 (ortanca 0), ölü doğum sayısı 0.1 ± 0.5 (ortanca 0) olarak saptanmıştır.

Kadınların ailelerinin %74.0’ı işsiz ve alt sosyal statüdedir

Kadınların %59.4’ ü, eşlerinin %25.3’ünün ilköğretim altı öğrenim düzeyindedir. Evde en çok konuşulan dil %41.7 ile Kürtçe’dir.

Şanlıurfa genelinde verilen hizmetlerin aile planlaması hizmetine ihtiyacı olanları kapsama düzeyi %63.44(n=170)’tür.

Şanlıurfa’ya aile planlaması hizmetlerinde ilk başvuru puanı 72.6 ± 16.9 , kapsayıcılık puanı 69.3 ± 28.8 , süreklilik puanı 59.0 ± 33.7 , eşgüdüm puanı 30.3 ± 37.8 , kurum ilk başvuru puanı 74.4 ± 26.12 , kurum kapsayıcılık puanı 63.3 ± 49.0 ’dir.

İkili analizlerde ilk başvuru puanında farklılık oluşturan ikamet süresi, yerleşim yeri, Türkçe bilme, evde konuşulan dil, koca öğrenim durumu ve dört ayrı değişken halinde aile planlaması yöntemine karar veren kişi, ölü doğum durumu değişkenleri ile lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Bu modelin sonuçlarına göre; ilk başvuru puanını yerleşim yerinin kır olması 2.84 kat, Türkçe bilmeme 3.51 kat, ölü doğumun 1 ve üzerinde olması 3.91 kat, karar verenin akraba /arkadaş olması 9.24 kat, karar verenin tek başına kadının eşinin olması 3.51 kat, karar verenin sağlık personeli olması 3.3 kat olumsuz etkilemektedir.

İkili analizlerde kapsayıcılık puanında farklılık oluşturan yerleşim yeri, dört ayrı değişken halinde aile planlaması yöntemine karar veren kişi, kendiliğinden düşük sayısı değişkenleri ile lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Bu modelin sonuçlarına göre; kapsayıcılık puanını yerleşim yerinin kent olması 6.08 kat, karar verenin akraba/arkadaş olması 5.46 kat, karar verenin tek başına kadının eşinin olması 3.84 kat olumsuz etkilemektedir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İkili analizlerde süreklilik puanında farklılık oluşturan yerleşim yeri değişkeni ile lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Süreklilik puanını yerleşim yerinin kent olması 2.84 kat olumsuz etkilemektedir.

İkili analizlerde eşgüdüm puanında farklılık oluşturan yerleşim yeri değişkeni, dört ayrı değişken halinde aile planlaması yöntemine karar veren kişi ile lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Bu modelin sonuçlarına göre; eşgüdüm puanını yerleşim yerinin kent olması 6.81 kat, karar verenin akraba/arkadaş olması 5.35 kat, karar verenin tek başına kadının eşinin olması 3.73 kat olumsuz etkilemektedir

Yerleşim yeri, hekim başına düşen nüfus, hemşire başına düşen nüfus, merkez ilçeye uzaklık açısından yüksek ve düşük kurum ilk başvuru puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Yerleşim yeri, hekim başına düşen nüfus, hemşire başına düşen nüfus, merkez ilçeye uzaklık açısından yüksek ve düşük kurum kapsayıcılık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Şanlıurfa işsizliğin yüksek olduğu, çoğunluğun alt sosyal statüde olduğu, kadın öğrenim düzeyinin çok düşük ve bu değişkenlerle önemli derecede ilişkili olarak doğurganlığın da yüksek olduğu illerden birisidir.

Aile planlama hizmetleri açısından hala Şanlıurfa'da önemli bir kesimin kapsamadığı görülmektedir.

Hizmet kullanıcılarına sorarak elde edilen ilk başvuru puanı ulaşılabilirliği ve hizmet kullanımındaki davranışsal özellikleri göstermektedir. İlk başvuru puanı ortalamasının diğer değerlendirme puanları ile karşılaştırıldığında daha iyi olduğu söylenebilir.

Hizmet kullanıcılarından elde edilen ilk başvuru puanı ile kurum değerlendirmesi ile yapılan ilk başvuru puanı bir birine yakın olması kurumda hizmetin ulaşılabilirliğini sağlayan alt yapı olanaklarının hizmet kullanıcılarının davranışsal özelliklerine de benzer düzeyde yansıdığını söylemek mümkündür. Birinci basamak kurumunun kırsal alanda olması, hizmet kullanıcıların Türkçe bilmemesi ilk başvuruyu azaltmaktadır. Kadının ölü doğum yapması muhtemelen uzman hekim gereksinimine neden olmakta ve aile planlaması hizmetleri için sağlık ocağına ilk başvuruyu olumsuz etkilemektedir. Aile planlaması yöntemi seçimi, kullanımı konusunda kadının kendisi dışında bir başkasının karara katılımı ya da etkilemesi de önemli düzeyde birinci basamak sağlık kuruluşlarına aile planlaması hizmeti için ilk başvuruyu olumsuz etkilemektedir.

Hizmet kullanıcılarından elde edilen puan ile kurum değerlendirmesinden elde edilen puanların bir birine yakın olması elde edilen puanların tutarlı olduğunu düşündürmektedir. Kentsel bölgedeki sağlık ocakları kapsayıcı aile planlaması hizmeti sunmamakta ya da sunmamaktadır. Kent merkezindeki Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanelerinin bu hizmeti verdiği algısı nedenlerden biri olabilir. Aile planlaması yöntemi seçimi, kullanımı konusunda kadının kendisi dışında bir başkasının karara katılımı kadının gereksinimlerini yönlendirmekte ve ilk başvuru puanında olduğu gibi kapsayıcılık puanını olumsuz etkilemektedir.

Karşılaştırmak için net bir kriter olmamakla birlikte bu sonuçlara göre süreklilik puanının orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. AP hizmetleri süreklilik puanı, ilk başvuru ve kapsayıcılık puanlarından daha düşük bulunmuştur. Benzer sonuç Bambal ve arkadaşlarının Manisa'da bir aile sağlığı merkezinde yaptıkları çalışmada da belirtilmiş ve bu durum tutumun davranışa dönüştürülemediği ile açıklanmıştır(3). Özellikle, Şanlıurfa'da kentsel alanda bulunmak birinci basamak sağlık kurumlarında aile planlaması hizmetleri sürekliliğini olumsuz etkilemektedir.

Lağarlı ve arkadaşları tarafından Manisa'da yapılan aile hekimliği pilot birimlerindeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi çalışmasında da eşgüdüm puanı en düşük puandır. Aynı çalışmada eşgüdümün sağlanması için sevk zincirinin bir an önce yapılması gerektiği vurgulanmaktadır(4). Şanlıurfa'da birinci basamak kurumunun kentsel alanda olması AP hizmetleri açısından eşgüdümü olumsuz etkilemektedir. Aile planlaması yöntemi seçimi, kullanımı konusunda akraba-arkadaş, tek başına eşi gibi kadının kendisi dışında bir başkasının kararı belirlemesi ya da etkilemesi de eşgüdümü olumsuz etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, sağlık hizmeti değerlendirme, birinci basamak

Kaynaklar:

1. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001;50(2).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

2. Monitoring Quality of Care in Family Planning by the Quick Investigation of Quality (QIQ): Country Reports. Editors: Tara M. Sullivan, Jane T. Bertrand. MEASURE Evaluation Technical Report Series, No. 5, July,2000

3. Bambal Özkan Ö. ve ark. Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2010;(3):176-190

4. Lağarlı T. ve ark. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9(1): 16-32

345

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI BİLİNİRLİĞİ: MANİSA

Ayşe Nur Tuncal, Ayşe Öğrük, Ayla Alpgiray, Osman Öztürk

Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü

Amaç: Aile hekimliği uygulamasının vatandaşlar arasındaki bilinirlik düzeyini -uygulamanın ne kadar duyulmuş, tanınmış olduğunu- ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Koordinatörlüğü tarafından belirlenen metodoloji ile yürütülmüştür. Çalışma, aile hekimliği uygulamasına geçen en az 1 yılını tamamlamış olan 40 ilde uygulanmıştır. Bu çalışmada Manisa İlinde uygulanan kısmı sunulmuştur. Manisa'da kent (il ve ilçeler) ve kır (köy ve beldeler) nüfuslarını temsil eden iki ayrı grup olarak toplamda 150 kişiye anket uygulanmıştır.

Anket uygulanacak kişiler, ilçelerin nüfuslarına göre oransal olarak dağıtılmıştır. Anket, anketörler (Toplum Sağlığı Merkezi sağlık çalışanları) tarafından, yüz yüze görüşme yöntemiyle hane halkı ziyareti yapılarak uygulanmıştır. Ulaşılabilirlik açısından sorun yaşanabilecek kır (köy/ belde) örneklemindeki hane halkına telefon aracılığıyla ulaşılmıştır. TSM çalışanları, anket uygulanacak kişileri, kendi bölgesinde yaşayan 18 yaşından büyük kişiler arasından rastgele örneklem, kura veya benzer bir yöntemle seçmişlerdir. Çalışma Mart 2011 tarihinde yürütülmüştür.

Veriler SPSS 16.0 for Windows programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri, yüzde olarak verilmiştir. Ortalamalar aritmetik ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir. Çözümlemede Ki-kare, Eğitimde Ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: İlde 97 kentsel (%64.7), 53 kırsal (%35.3) olmak üzere 150 kişiye 15 soruluk bir anket uygulanmıştır. Katılımcıların %51,3'ü kadın, %48,7'si erkektir. Yaş ortalaması 43±13.08 (en az 18, en çok 71)'tür. Katılımcıların %65,4'ü il ve ilçe merkezinde, %34,6'sı köy ve beldede ikamet etmektedir. %8,0'ı okuryazar değil, %4,7'si okuryazar, %48,0'ı ilköğretim, %17,3'ü lise, %22,0'ı üniversite ve üstü eğitilidir. %10,0'ının sosyal güvencesi yoktur, olanların ise çoğunluğu SSK'lıdır.

Katılımcılara yöneltilen "Aile hekiminizi biliyor musunuz?" sorusuna %94,7'si, "Aile hekimliğiyle ilgili bilginiz var mı?" sorusuna %72,7'si "Evet" yanıtı vermiştir. Ankette "Aile hekimliği uygulamasından haberim yoktu" yanıtını işaretleyen olmamıştır.

Aile hekimliği ile ilgili mevcut bilgiyi hangi kaynaktan sağladığı sorgusuna, sırayla Aile hekimim ya da aile sağlığı merkezinden (%33,1), yazılı ve görsel medya (gazete, dergi, televizyon vb) (%27,5), tanıdık arkadaş, komşu vb. (%22,5), Sağlık Bakanlığı ya da İl Sağlık Müdürlüğü (%13,1), el ilanları, broşürler, afişler, reklam panosu ilanları (%3,8) yanıtları alınmıştır. Aile hekimliğiyle ilgili bilgisi olanların hangi kaynaklardan bilgi almak istedikleri yine aynı sıralamayla yanıtlanmıştır. Kaynaklardan alınan bilgilerin yeterliği olduğunu düşünenler %74,3, yeterli olmadığını düşünenler %25,7'dir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcıların son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma oranları %85,1'dir. Başvuranların çoğunluğu (%81,0) kendi aile hekimine başvurmuş olmakla birlikte diğerleri hem başka bir aile hekimine misafir hasta olarak hem kendi aile hekimine başvurmuştur. Son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurmayanların gerekçeleri; sağlık hizmeti ihtiyacı olmaması (%62,5) ve sağlık hizmeti ihtiyacını başka bir kurum ya da kuruluştaki karşılaması (%37,5)dir.

Sağlık hizmeti ihtiyacını başka bir kurum ya da kuruluştaki karşılayanlardan %91,3 ile hastane (devlet ya da üniversite) yanıtı alınmıştır. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğunda ilk başvuru noktası olarak %74,0 ile aile sağlığı merkezi/aile hekimi, %20,0 ile devlet hastanesi/hekimi, %4,0 ile özel hastane/hekimi ve %2,0 ile üniversite hastanesi/ hekimi belirtilmiştir.

Katılımcıların aile hekimini biliyor olma durumunu, kişilerin yerleşim yeri, ikamet yeri ve sosyal güvence durumları etkilememektedir. Ancak kadınlar erkeklere göre ($p=0,005$) aile hekimini daha çok bilmektedirler. Ayrıca kişilerin eğitim durumu arttıkça aile hekimini bilme durumu da artmaktadır ($p=0,000$).

Sonuç: Anketin yapıldığı süreçte aile hekimliği uygulamasında iki yılını tamamlayan ilimizde aile hekimliği yüksek oranda bilinmektedir. Uygulamanın süreç içerisinde daha iyi kavranabilmesi için tanıtım faaliyetlerine ve birinci basamak sağlık hizmetinden yararlanmayı teşvik edici yöntemler geliştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, bilinirlik.

577

MANİSA İLİNDE SEÇİLMİŞ AİLE SAĞLIĞI BİRİMLERİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMET ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Öznur Özkan Bambal, Pınar Erbay Dünder, Erhan Eser

Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: BSH'nin (Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri) değerlendirilmesinde dört temel yaklaşımdan söz edilmektedir. Bunlar, toplumun sağlık düzeyi göstergeleri, 10.000 nüfus başına düşen birinci basamak hekimi, birinci basamak hekimi ve/veya kurumu tarafından düzenli olarak izlenmek, BSH'nin "özelliklerinin" gerçekleştirilebilme durumudur. BSH özellikleri, ilk başvuru hizmeti (first contact care), kişi odaklı süreklilik (longitudinality), kapsayıcılık (comprehensiveness) ve koordinasyonu (coordination) içermektedir. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti "özelliklerinin" gerçekleştirilebilme durumu hizmetin niteliğinin değerlendirilmesinde en sık başvurulan en etkin yaklaşım olarak kabul edilmektedir.[1][2] Sosyodemografik özelliklerin birinci basamak sağlık hizmeti kullanımına etkisini ortaya koymak için Starfield ve arkadaşları tarafından Primary Care Assessment Toll (PCAT) ölçeği geliştirilmiştir.¹ Ölçeğin (PCAT= Birinci Basamak Değerlendirme Gereci -BDG) Türkçe geçerlilik çalışması 2011 yılında Manisa'da yapılmıştır.[3]

Bu çalışmanın amacı: Manisa'da kentsel ve yarı kentsel bölgelerden seçilen Aile Sağlığı Birimlerinde (ASB) birinci basamak hizmet özelliklerinin, BDG ölçeğinin erişkin sürümünü kullanarak değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 25.04.2012-15.05.2012 tarihleri arasında yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Manisa kent merkezinde iki kentsel ve iki yarı kentsel bölgede bulunan toplam dört Aile Sağlığı Biriminde (ASB)'de görev yapan Aile Hekimlerine (AH) kayıtlı ve bu bölgelerde ikamet eden bireyler oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde küme örneklem yöntemi kullanılmış ve ASB'lerin nüfusları birbirine benzer olduğundan, her bir ASB'den yedişer küme seçilmiş, her bir kümenin 10 haneden oluşmasına karar verilmiştir. Örnek grubu 280 kişiden oluşmaktadır. Küme başı haneler (toplam 28 kümebaşı) İl Sağlık Müdürlüğü Bilgi İşlem Müdürlüğünde kayıtlı hane listesinden rastgele yöntemle seçilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Veri Kırsal Hekimlik Dönem 6 öğrencileri tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Her bir görüşmenin bu yöntemle ortalama 35-40 dakikada bitirilmesi planlanmıştır. Evlere gidildiğinde 15 yaş ve üstünde evde bulunan yetişkinlerden birisi ile görüşme yapılmıştır. Gündüz saatlerinde veri toplanacağı dikkate alınarak, evde erkek yetişkin varlığında erkekle, erkek birey olmadığı durumda evde bulunan kadın ile veri toplama işlemi gerçekleştirilmiştir. Evde birden fazla kadın yetişkin varlığında doğum günü veri toplanan güne en yakın olan kadından veri toplanmıştır. Katılım oranı %98.2 (n=275) olarak gerçekleşmiştir.

Veri toplama gereci olarak BDG ölçeği kullanılmıştır. Ölçek toplamda 7 boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutların ilk dört tanesi çekirdek boyutlar olup birinci basamak sağlık hizmeti değerlendirmede temel olarak kabul edilirler. Bu dört boyut ilk başvuru (ulaşılabilirlik), süreklilik, koordinasyon, kapsayıcılıktır. Diğer üç boyut ise türetilmiş boyutlar olarak tanımlanır ve birinci basamak sağlık hizmetinin aile ve toplum tabanlı kimi yönelimlerini ölçmeyi hedefler. Bu boyutlarda aile merkezli hizmet, toplumsal yönelim ve kültürel uyumdur. Gerecin yetişkinler, çocuklar, hizmet sunucular ve hizmeti sunan kurumlar için farklı sürümleri bulunmaktadır. Bu çalışmada BDG ölçeğinin yetişkin sürümü kullanılmıştır. BDG boyut puanlarının hesaplanmasında ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışmasının sintaks dosyaları kullanılmıştır.²

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: İlk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdümünden oluşan dört çekirdek boyut puanları ve bu dört boyut puanının toplanması ile elde edilen puana aile merkezlilik, toplumsal yönelim, kültürel yetkinlik, türetilmiş boyut puanlarının eklenmesi ile oluşan genişletilmiş BDG puanıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: bölge, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, kronik hastalık varlığı, toplam çocuk sayısı, eşin eğitim düzeyi, sosyal sınıf, gelir algısı, evde bakıma muhtaç kişi varlığı, aile tipi, göç durumu, göç etme yılı ve göç ettiği bölge ve sağlık güvencesidir.

Analizler: Tanımlayıcı bulgular ort \pm ss ve yüzde dağılımları şeklinde sunulmuştur. Tek değişkenli analizlerde parametrik koşullar sağlandığında Student's T testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Parametrik koşullar sağlanmadığında Man Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Post hoc test olarak Bonferoni testi kullanılmıştır. Çok değişkenli analizlerde logistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun %74.9'u kadın, %77.8'i evli, %58.2'si 35 yaş ve üstü bireylerden oluşmaktadır. Evde bakıma muhtaç kişi varlığı %28.7'dir. Araştırma grubunun %20.7'si eğitimsizdir, %27.3'ü gelirini giderinden az olarak ifade etmiştir. Araştırma grubunun %59.7'si Manisalıdır ve %31.6'sının kronik bir hastalığı vardır.

BDG'ne göre ilk başvuru (ulaşılabilirlik) puan ortalaması kadınlarda, ilköğretim eğitim seviyesinde olanlarda, eşi eğitilmiş olanlarda anlamlı olarak yüksek olarak bulunmuştur. İlk başvuru için oluşturulan çok değişkenli analiz modelinde cinsiyet modelde kalan tek değişken olmuştur. Kadın olmak ilk başvuru açısından koruyucu bir faktördür [0.349 (0.174-0.701)] .

Süreklilik puan ortalaması tek değişkenli analizde kentsel bölgede yaşayanlarda, çekirdek ailelerde, evde bakıma muhtaç kişi olanlarda, eşi eğitilmiş olanlarda, üst sosyal sınıftakilerde, Doğu Anadolu dışındaki yerlerden göç edenlerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Süreklilik için kurulan lojistik modelde çekirdek aile olmak 0.172 (0.055-0.545) ve evde bakıma muhtaç kişi varlığı 0.107 (0.032-0.358) koruyucu faktörler olarak anlamını korumuştur.

Eşgüdüm puanı kentsel bölgelerde, çekirdek ailelerde, evde bakıma muhtaç kişi olmayanlarda, üst sosyal sınıfta, Doğu Anadolu dışındaki yerlerden göç edenlerde, çocuk sayısı iki ve altında olanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Eşgüdüm için kurulan son modelde kentsel bölge yaşamak 0.107 (0.028-0.402) ve Doğu Anadolu dışındaki bölgelerden göç etmek 0.122 (0.020-0.734) koruyucu faktörlerdir.

Kapsayıcılık puan ortalaması kentsel bölgede, çekirdek aile, evde bakıma muhtaç kişi varlığında, Doğu Anadolu bölgesi dışında kalan bölgelerden göç edenlerde, daha ileri yaştakilerde, üst sosyal sınıfta, çocuk sayısı iki ve altında olanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kapsayıcılık için kurulan son modelde kentsel bölgede yaşamak 0.196 (0.079-0.484) koruyucudur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Genişletilmiş BDG puanı açısından kentsel bölgede yaşamak, çekirdek aile, evde bakıma muhtaç kişi varlığı, eşin eğitilmiş olması, çocuk sayısının ikiden az olması, 35 yaştan büyük olma, ilkokul ve üstü eğitilmiş olma, Doğu Anadolu dışındaki bölgelerden göç etme, ve üst sosyal sınıfta olma tek değişkenli analizlerde anlamlı değişkenlerdir. Genişletilmiş BDG alanı için kurulmuş olan son modelde kentsel bölge 0.094 (0.000-0.151), evde bakıma muhtaç kişi varlığı 0.094 (0.015-0.606) ve eşi eğitilmiş olanlar 0.042 (0.002-0.799) anlamlılığını korumuştur.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Çalışmamızın en temel bulgularından biri kentsel bölgede yaşamının BDG'nin iki temel boyutunda (kapsayıcılık ve eşgüdüm) ve dört boyuta türetilmiş üç boyutun da eklenmesi ile oluşturulan genişletilmiş BDG alanında birinci basamak hizmet yelpazesinden daha fazla yararlanmayı sağlayan değişken olduğunu göstermektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan ilk başvuru kadınlarda yüksek olarak bulunmuştur. Evde bakıma muhtaç kişi varlığında hizmetin sürekliliği artmaktadır.

Kadınlarda ilk başvuru puanı 2011 yılında yapılan Manisa kent merkezinde yürütülen çalışmayla karşılaştırıldığında benzerdir. Ancak Lağarlı'nın çalışmasında kadın olmak hizmetin süreklilik ve kapsayıcılığını arttırırken bizim çalışmamızda ilk başvuruyu arttırmaktadır. Tez çalışmasının yapılmasından itibaren geçen bir yılda ilk başvuru ve süreklilik puanlarında artış olurken, kapsayıcılık ve eşgüdüm puanlarında düşüş olduğu gözlenmiştir.³

Çalışmamızın bulguları kentsel bölgede birinci basamak hizmet özelliklerinin daha iyi sağlandığını gösterir niteliktedir. Yarı kentsel bölgelerde hizmetin çeşitliliğinin artırılması, hekim başına düşen nüfusun azaltılması ve ev ziyaretlerinin aktif olarak yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: BDG ölçeği, ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm.

Kaynaklar:

[1] Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001;50.

[2] Safran D G, Kosinski M, Tarlov AR. The Primary Care Assessment Survey Tests of Data Quality and Measurement Performance Medical Care, Vol. 36, No. 5 (May, 1998), pp. 728-739

[3] Lağarlı T, Eser E. Bir Kentsel Bölgede Bazı Yapılandırılmış Ölçüm Gereçleri İle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi. Manisa 2011

594

İZMİR İLİ KAMU SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN LİDERLİK DAVRANIŞLARI

Fatma Yeşilkayalı¹, Bülent Kılıç²

¹İzmir 13 No'lu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu, ²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Sağlık yönetimi, bir bölgede veya kurumda sağlık hizmetleriyle ilgili durum saptaması yaparak çözülmesi gereken öncelikli sorunları ve ulaşılmaması hedeflenen amaçları belirledikten sonra saptanan hedeflere ulaşmak için kurum ve çalışanlar düzeyinde liderlik, motivasyon, örgütlenme, denetleme, yönlendirme ve planlamalar yaparak alınan kararları uygulamak veya uygulatmak ve sonuçlarını değerlendirmektir. Etkin bir sağlık yönetimi için sağlık yöneticilerinin yöneticilik özelliklerinin bilinmesi ve geliştirilmesi gereklidir. Sağlıklı bir topluma sahip olabilmek için kamu sağlık hizmetlerinin herkese, sürekli ve kapsayıcı bir şekilde ulaştırılması gerekir. Ancak günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumu, ekonomik nedenler, teknolojinin gelişimi ve sosyal etmenlerden dolayı giderek daha eşitsiz bir hal almaktadır. Bu eşitsizlikler içerisinde sunulan hizmetin nitelik ve niceliğinin korunması, arttırılması ve sağlık hizmetinin toplumun her kesimine eşit bir şekilde sunulabilmesinde kamu sağlık yöneticilerinin "yöneticilik" özellikleri daha da fazla önem kazanmaktadır. Öte yandan Türkiye'de

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kamu sağlık yöneticilerini kapsayan araştırmalar oldukça azdır. Bu yüzden kamu hizmeti veren kurumlarda görev yapan sağlık yöneticilerinin liderlik davranış özelliklerinin neler olduğu ve bunların hangi faktörlerden etkilendiği henüz yeterince bilinmemektedir.

Bu araştırmada, İzmir ilindeki kamu sağlık yöneticilerinin liderlik davranışlarını tanımlamak ve bu davranış özelliklerine göre nasıl bir yönetici özelliğine sahip olduklarını ve bunları etkileyen çeşitli faktörleri tanımlamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, İzmir ili kamu sağlık yöneticilerinin liderlik davranış boyutlarını değerlendirerek, liderlik tiplerini belirleyen kesitsel ve analitik bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini İzmir ilinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kuruluşlarında ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nde görev yapan sağlık yöneticileri oluşturmaktadır. Bu araştırmada kamu sağlık yöneticisi olarak birinci basamakta TSM sorumlu hekimleri ve yardımcıları, dispanser ve AÇSAP merkezi başhekimleri, halk sağlığı laboratuvarı müdürleri, 112 Acil Sağlık Hizmeti birimlerinde ise başhekim, başhekim yardımcısı, müdür ve müdür yardımcısı alınmıştır. İkinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumlarında (hastaneler) ise başhekim, başhekim yardımcısı, müdür ve müdür yardımcısı; İl Sağlık Müdürlüğü'nde de sağlık müdürü, müdür yardımcısı ve şube müdürleri araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın evrenini İzmir ilindeki 393 kamu sağlık yöneticisi oluşturmaktadır, örnek seçimi yapılmamış ve evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Bu araştırma sonucunda kamu sağlık yöneticilerinin 227'sine (evrenin %57'si) ulaşılabilmektedir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, meslek, çalıştığı kurum, eğitim düzeyi, çalışma süresi, yöneticilik süresi, çalışma saati, diğer görevleri, yönettiği kişi sayısı, kurumda üst yönetici varlığı, yönetim eğitimi alma durumu ve yönetim eğitimi gereksinimidir. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise yönetici tipidir. Yönetici tipi 1955-1974 yılları arasında Stogdill ve Coons önderliğinde Ohio State Üniversitesi içinde yapılan bir seri araştırma sonucunda geliştirilmiş ve literatürde Ohio State çalışmaları diye bilinen "Lider Davranışlarını Tanımlama Ölçeği" (Leader Behaviour Description Questionnaire) kullanılarak belirlenmiştir (1). Ölçeğe göre yöneticiler öncelikle "iş yönelimli" ve "çalışan yönelimli" olarak iki ana özellik açısından değerlendirilmekte ve daha sonra bu özelliklerinin olup olmama durumuna göre "güçlü", "zayıf", "demokrat" ve "otokrat" yönetici olmak üzere 4 gruba ayrılmaktadır. Yöneticilerin iş yönelimli davranışları 5 özellik açısından incelenmektedir: hükmetme, yapıyı harekete geçirme, amaçların bütünleştirilmesi, örgütlenme ve üretim. Yöneticilerin çalışana yönelik davranışları da 5 ayrı özellikte; üyeliğin korunması, örgütün temsili, tanıma, yukarıdan aşağıya ve aşağıdan yukarıya iletişim açısından ölçülmektedir. Böylece iş ve çalışan yönelimi başlıkları altında toplam 10 değişken sorgulanmaktadır. Ölçekte her davranış boyutu için 6'şar soru (toplam 60 soru) bulunmakta ve yöneticiden her soru için kendisini 0 ile 4 arasında bir puan vererek değerlendirmesi istenmektedir. 0 puan "hiçbir zaman", 1 puan "nadiren", 2 puan "bazen", 3 puan "genellikle" ve 4 puan "her zaman" anlamına gelmektedir. Araştırma sonucunda hem toplam 10 davranış boyutu için ve hem de "iş" ve "çalışan" boyutları için puan ortalamaları alınmıştır. Daha sonra hesaplanan iş ve çalışan puanları dağılımı çeyrekliklere ayrılmış ve üçüncü çeyrek (%75) sınır değer olarak kabul edilerek, bu sınır değer altında kalan davranış boyutu 0 (yok), üstünde kalan davranış boyutu ise 1 (var) şeklinde yeniden kodlanmıştır. Sonuçta araştırmaya katılan her yöneticinin işe ve çalışana yönelik olarak 2 değeri (var/yok şeklinde) elde edilmiş ve bu değerler sayesinde yöneticilik tipleri tanımlanmıştır. Eğer yöneticinin iş yönelimi var, çalışan yönelimi yoksa "otokrat yönetici", her ikisi de varsa "güçlü yönetici"; eğer yöneticinin iş yönelimi yok, çalışan yönelimi varsa "demokrat yönetici", her ikisi de yoksa "zayıf yönetici" olarak tanımlanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin Türkçe çevirisi, faktör analizi ve geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları 1981 yılında Türkiye'deki kamu yöneticileri üzerinde yapılan bir çalışma ile T. Ergun tarafından TODAİE'de yapılmıştır (2). Aynı ölçek G. Saatli tarafından 1998 yılında İzmir'de yönetici hemşirelerde uygulanarak faktör analizi yapılmış ve ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği tekrar saptanmıştır (3). Bu çalışmada Ergun tarafından oluşturulan ölçek kullanılmıştır. Araştırmamızda elde edilen veriler SPSS 16.0 programı aracılığıyla çözümlenmiştir. Veri analizi için dağılım ortalamaları, çeyreklikler ve ki-kare analizi kullanılmıştır. Veri toplama her yöneticiye yüz yüze anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Kullanılan anketin birinci bölümünde yöneticinin sosyo-demografik özellikleri, ikinci bölümünde ise "Lider Davranışlarını Tanımlama Ölçeği" soruları bulunmaktadır.

Araştırma Ocak 2011 – Temmuz 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş, veriler Mayıs-Aralık 2011 tarihlerinde toplanmış, analizler Ocak-Nisan 2012 tarihlerinde yapılmıştır. Araştırma için gerekli izinler İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulu ve anketin uygulandığı hastanelerin başhekimliklerinden yazılı olarak alınmıştır.

Bulgular: Bu araştırmada İzmir ilinde çalışmakta olan toplam 227 kamu sağlık yöneticisi incelenmiştir. Bu yöneticilerin %47'si birinci basamakta, %41'i ikinci basamakta ve % 12'si ise il sağlık müdürlüğünde çalışmaktadır. Araştırmada incelenen yöneticilerin %63'ü erkek, %37'si kadındır. Yöneticilerin %53'ü 40-49 yaş aralığında yer almaktadır. Araştırmaya katılan kamu sağlık yöneticilerinin %64'ü doktor, %36'sı doktor dışı mesleklerdendir. Yöneticilerin %65'i meslekte 20 yıl üzerinde çalışma süresine sahipken, yöneticilik yaptıkları süre açısından bakıldığında %60'ının 10 yıl ve daha az bir süredir yöneticilik yaptığı saptanmıştır. Yöneticilerin yaklaşık yarısının (%46) yöneticilik dışında ek bir görev daha üstlendiği ve yaklaşık yarısının (%44) yöneticilikle ilgili ek bir eğitim almadığı belirlenmiştir.

Ohio State Liderlik Davranış Ölçeğine göre İzmir ilindeki kamu sağlık yöneticilerinin %64'ü zayıf yönetici, %15'i güçlü yönetici, %12'si demokrat yönetici ve %8'i otokrat yönetici olarak saptanmıştır. Yönetici tipleri erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermektedir. Kadın yöneticilerin %23'ü, erkek yöneticilerin %11'i güçlü yönetici iken (iş ve çalışan yönelimi yüksek); erkeklerin %71'i, kadınların %51'i zayıf yöneticidir (iş ve çalışan yönelimi düşük) (p=0.005). Bu farklılık erkek yöneticilerin kadınlara göre daha yüksek oranda zayıf yönetici tipi içermesinden kaynaklanmaktadır. İzmir ili kamu sağlık yöneticilerinde doktor olanlarının %14'ü, doktor olmayanların ise %17'si güçlü yönetici olarak saptanmıştır. Her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur (p=0.135). Benzer şekilde görev yapılan yer (birinci, ikinci basamak, müdürlük), yaş, eğitim düzeyi, çalışılan süre, yöneticilik süresi, mezuniyet sonrası örgün eğitim alma, mesai sonrası çalışma, yöneticilik dışında ek görev varlığı, birlikte çalışılan ast sayısı, yönetim eğitimi alma durumu ve yönetim eğitime ihtiyaç duyma değişkenleri açısından analiz yapıldığında da yöneticilik tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p değerleri sırasıyla 0,927; 0,159; 0,173; 0,907; 0,877; 0,748; 0,834; 0,719; 0,876; 0,166; 0,187). Yöneticilerin çalışan yönelimi açısından daha ileri analizleri yapıldığında ise yaş grupları arasında çalışana yönelik olumlu davranış özellikleri açısından anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,028). Gruplar arasındaki bu fark orta yaş (40-49) grubunun çalışanlara yönelik davranış özelliklerinin daha zayıf olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca bu araştırmada erkek yöneticilerde, kadınlara göre çalışana yönelik davranış özellikleri daha zayıf bulunmuştur (p=0.001).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırmaya katılım oranının düşük olmasının nedenleri, yöneticilerin iş yoğunluğu ve kamu sağlık sektöründe bu tür araştırmalara fazla yatkın olmamalarından kaynaklanmış olabilir. Bu araştırma sonucunda İzmir ilinde çalışmakta olan kamu sağlık yöneticilerinin çoğunlukla erkek olduğu dikkati çekmektedir. Yöneticilerin büyük çoğunluğunun erkek olduğu ve cinsiyet eşitsizlik indeksleri açısından Batılı ülkelere göre gerilerde yer alan Türkiye için bu durum normaldir. Ancak diğer illerdeki dağılımlar dikkate alındığında İzmir ilinin birçok ile göre daha iyi bir konumda olduğu dikkate alınmalıdır. Sağlık yöneticilerinin yaklaşık üçte birinin doktor dışı mesleklerden olması hastanelerdeki yönetim birimlerinin yapılanmasından kaynaklanmaktadır. Beklendiği üzere yöneticilerin yarısından çoğu 40 yaş üzerindedir ve 10 yıldan az bir süredir yöneticilik yapmaktadırlar. Bu durum yönetici atamalarında yaş ve meslekte çalışma süresinin etkili olduğunu göstermektedir. 40 yaş altında ve 50 yaş üzerindeki yöneticilerde çalışanlara yönelik tutumun daha olumlu olması ise yaşın liderlik davranışları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Yapılan başka bir araştırmada da yöneticilerin yaşları ilerledikçe işe yönelik davranış özelliklerinin güçlendiği saptanmıştır (4).

Yöneticilerin yaklaşık yarısının yöneticilikle ilgili ek bir eğitim almaması dikkati çekmektedir. Yönetim alanında genel bir eğitim eksikliği dikkati çekerken, eğitim alan yöneticilerle, almayan yöneticiler arasında yönetici tipi açısından fark olmaması, eğitimlerin içeriğinin de sorgulanmasını ayrıca yönetim eğitimlerini değerlendiren çalışmaların uygulamaya konulmasını gerektirmektedir. Ohio State Liderlik Davranış Ölçeğine göre İzmir ilindeki kamu sağlık yöneticilerinin büyük bir çoğunluğu zayıf yönetici olarak saptanmıştır. Bu durum yöneticilerin işe hükmetme, yapıyı harekete geçirme, amaçların bütünleştirilmesi, örgütlenme, üretim, çalışanın korunması, örgütün temsili, çalışana tanıma ve iletişim açılarından oldukça yetersiz olduklarını ortaya koymaktadır. Kamu sağlık yöneticilerinin sadece %15'i bu özellikleri yeterli olan güçlü yöneticilerdir. Yönetici tipleri açısından erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunması son derece ilgi çekicidir. Finlandiya'da da kamu dışı sağlık hizmetlerinde çalışan yöneticiler arasında yapılan bir araştırmada kadın yöneticilerin erkeklere göre daha fazla çalışan yönelimli, daha az iş yönelimli olduğu belirlenmiştir (5). Kadın ve erkek yöneticiler arasındaki bu farklılık kadın yöneticilerin erkeklere göre işle/çalışan arasındaki dengeyi daha iyi sağlamalarından kaynaklanabilir. Meslek, görev yapılan yer, yaş, eğitim düzeyi, çalışılan süre, yöneticilik süresi, mezuniyet sonrası örgün eğitim alma gibi değişkenlerin yöneticilik tipini etkilememesi ise kamu sağlık yöneticilerinin seçilme, atanma ve eğitilme gibi süreçlerinin tekrar değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ergun'un "Türk Kamu Yönetiminde Önderlik Davranışı" adlı çalışmasından elde edilen bulgularda Türk kamu yöneticilerinin aşırı merkezci oldukları, yöneticilerin erk eğiliminin güçlü olduğu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

belirtmiştir. Bu araştırmada ise yöneticilerin çoğunluğunun “zayıf yönetici” olarak saptanması kamu yöneticilik alanında kötüye gidişin bulunduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak bu araştırmada cinsiyetin yöneticilerin davranış özellikleri üzerine etkili olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle kamu sağlık kurumlarında kadın yönetici oranının artırılması önerilmektedir. Ayrıca İzmir ilinde kamu sağlık hizmeti veren kuruluşların yöneticilerinin çoğunluğunun zayıf yönetici özellikleri taşıdığı saptanmış olup bu durumun düzeltilmesi için de içeriği profesyonelce hazırlanmış yeni yönetici eğitimlerinin düzenlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yönetim, Liderlik, Kamu Sağlık Yöneticisi, Ohio State Liderlik Ölçeği

Kaynaklar:

1. Stogdill R, Shartle CL. Methods in the Study of Administrative Leadership. Bureau of Business Research, The Ohio State University, Columbus, 1955.
2. Ergun T. Türk Kamu Yönetiminde Önderlik Davranışı. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Yayınları, Ankara, 1981.
3. Saatlı G. Ohio Eyalet Üniversitesi modeline göre yönetici hemşirelerin liderlik davranışlarının belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998.
4. Özbek K. İzmir İli Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Yönetici Profili, Dokuz Eylül Üni. Sosyal Bilimler Enst., Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 1996.
5. Alestalo P, Widstrom E, Womens Leadership in the Public Dental Service in Finland. Oral Health Dent. Manag., 2012 Jun, 11(2):74-82

965

KAYSERİ’DE AİLE HEKİMLERİNE BAŞVURU DURUMU VE MEMNUNİYET DÜZEYİ

Ahmet Öztürk, Mehmet Sağıroğlu, İskender Gün, Elçin Balcı

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: İhtiyacı olan herkese ulaşılabilir ve kaliteli bir hizmet sunmak, bunu yaparken de hem hizmet verenin hem de alanın memnuniyetini sağlamak ülkelerin sağlık hizmeti planlayıcılarının en başta gelen hedefleri arasındadır. Bunu gerçekleştirebilmek için çeşitli arayışlar içerisinde girilmektedir, 2010 yılı Aralık ayından buyana Türkiye genelinde Aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Bu değişimin gerekçelerinden biri olarak da halkın birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnun olmadığı ve bu nedenle yeterince kullanmadığı iddiaları gösterilmiştir. O nedenle sağlıkta dönüşüm adıyla ortaya konulan programın ana hedeflerden birisini “Yaygın, erişimi kolay ve güleryüzlü sağlık hizmeti verilmesi” oluşturmuştur. Birbirleriyle rekabet edeceği düşünülen aile hekimlerinin kendisine kayıtlı kişileri kaybetmemek için onları memnun edecek tutum ve davranışlarda bulunacağı ve sonuçta bir bakıma “müşteri” olarak görülen hastaların memnuniyetinin de artacağı beklenmektedir. Öte yandan, yeni sistemin uygulamaya geçmesinden sonra aile hekimlerinin ne ölçüde kullanıldığına dair çalışma yapılmamıştır. Bu çalışmada 2008 yılı Aralık ayında sisteme dahil olmuş olan Kayseri’de aradan geçen 3 yıldan sonra aile hekimlerinin bilinme ve kullanılma durumunun belirlenmesi, ayrıca aile hekimlerini kullananların ne ölçüde memnun olduklarının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Kasım-Aralık 2011 tarihinde, Kayseri Merkezi ve yakın çevrede bulunan toplam yaklaşık 890.000 nüfuslu Melikgazi, Kocasinan, Talas ve Hacılar Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) bölgelerinde yaşayan 800 kişi üzerinde yürütülmüş tanımlayıcı bir çalışmadır. Daha önce Sağlık Bakanlığınca EUROPEP ölçeği ile yapılmış benzer çalışmada % 81.4 olarak bulunan (1) aile hekiminden memnuniyet oranı ile % 95 güven aralığında ve % 5 sapma esas alınarak çalışmaya 372 kişinin alınması gerektiği; öte yandan aile hekimine başvurma oranı ile ilgili bir veri bulunmadığından, genel olarak toplumun yarısının aile hekimine başvurmuş olabileceği varsayılarak örnekleme bu rakamın

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

en az 2 katının alınması gerektiği hesaplanmıştır. Sonuç olarak çalışmanın 800 kişi üzerinde yapılması ve her TSM bölgesinden eşit sayıda (200'er) bireyin örnekleme alınması planlanmıştır. Her TSM bölgesinden kura ile 2'şer olmak üzere toplam 8 Aile hekimi bölgesi belirlenmiş, sonrasında bu aile hekimlerinin kayıtlarından yararlanarak her bölgeden dörder hane basit rasgele örnekleme yöntemiyle başlangıç noktası olarak seçilmiştir. Bu başlangıç noktalarından itibaren (toplam 32 örnekleme birimi) hane numarası sırası izlenerek örnekleme çıkan ev ve işyerlerinde bulunan 18 yaş üzeri 25'er birey tamamlanincaya kadar araştırmaya alınmıştır.

Bu şekilde örnekleme alınan bireylere yüz yüze görüşme tekniği ile 20 sorudan oluşan ve araştırmacılar tarafından hazırlanmış tanımlayıcı bilgilerle aile hekimine ilişkin bilgileri içeren bir anket ve EUROPEP hasta memnuniyet ölçeği uygulanmıştır. EUROPEP ölçeği, Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir, Türkçeye uyarlanması ve geçerliliği Aktürk ve arkadaşları (2) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5'li Likert ölçeği şeklinde düzenlenmiş olup (1. çok kötü, 2. kötü, 3. normal, 4. iyi, 5. çok iyi), hekimin klinik davranışı ve hizmet organizasyon yapısına ilişkin 23 soru içermektedir. Ülkemizde standart anket formuna Europep ölçeğinin her bir boyutuna ilişkin genel memnuniyet düzeylerini ölçmek üzere 3 soru eklenmiştir, bu sorularla sırasıyla hekimlerin davranışına (24. soru), hizmet organizasyon yapısına (25. soru) ve hizmet verilen yerin genel fiziki koşullarına (26. soru) ilişkin memnuniyetin ölçülmesi hedeflenmektedir. Bu sorulara "5. çok iyi" veya "4. iyi" yanıtları verenler "memnun" olarak alınmışlardır. Aile hekiminden genel memnuniyetin değerlendirilmesinde 24. soru (aile hekiminin davranışlarına ilişkin genel değerlendirme) dikkate alınmıştır.

Çalışma için yerel Etik Kurulundan etik onay, anket öncesinde de bireylerden sözel onamları alınmıştır. Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS programında değerlendirilmiştir. Aile hekimine kayıtlı olma durumu, aile hekimine başvuru durumu ve aile hekiminden memnun olma durumu bağımlı değişkenler; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, ekonomik durum, TSM bölgesi, aile hekimine olan uzaklık, sosyal güvence durumu, sürekli ilaç kullandığı kronik hastalık bulunma durumu, aile hekimini seçme durumu ve aile hekiminin evini ziyaret etme durumu ise bağımsız değişkenler olarak alınmıştır. İstatistiksel analizlerde Ki-kare, t ve one-way anova testleri kullanılmıştır, p<0.05 değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular : Araştırmaya katılanların yaş ortalamaları 39.0 ±11.8 olup % 50.4'ü erkek, % 59.1'i lise ve üzeri okul mezunu, % 31.4'ü ev kadını, % 64.1'i evli, % 18.1'inin ekonomik durumu kötü, % 4.5'inin sosyal güvencesi yoktur ve % 22.3'ünün sürekli ilaç kullandığı kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Aile hekimine uzaklık ortancası 500 metredir (min 60- max 5000 m).

Bireylerin % 23.0'ı herhangi bir aile hekimine kayıtlı olmadığını ya da kaydının olup olmadığını bilmediğini ifade etmişlerdir. Bu oran erkeklerde, bekarlarda ve kronik hastalığı bulunmayanlarda diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksektir, sosyal güvencesi olmayanlarda ise % 52.8'e yükselmektedir (p<0.05). Bir aile hekimine kayıtlı olduğunu belirtenlerin % 8.0'ı aile hekiminin kim olduğunu bilmemekte, % 31.0'ı tanımakta ancak ismini bilmemekte, % 61.0'ı ise isim olarak da aile hekimini tanımaktadır. Bireylerin % 15.4'ü aile hekimlerini kendilerinin seçtiğini belirtmişlerdir.

Son bir yıl içerisinde aile hekimine başvuranların oranı, tüm grupta % 68.6, aile hekimine kayıtlı olduğunu ifade edenlerde % 89.1'dir. Başvuru oranı ileri yaşlarda, kadınlarda, kronik hastalığı olanlarda ve hekimini kendisi seçenlerde artmakta, bekarlarda azalmaktadır (p<0.05). Kayıtlı olan bireylerin % 2.4'üne aile hekimi, % 11.2'sine ise aile sağlığı elemanı herhangi bir nedenle ev ziyaretinde bulunmuştur. Araştırmaya katılanların son 1 yıl içerisinde aile hekimine ortalama 2.33 kez, devlet hastanesi/doğumevi veya göğüs hastalıkları hastanesine 0.82 kez, tıp fakültesine 0.81 kez, özel hekim/hastaneye 0.73 kez ve diğer sağlık birimlerine 0.02 kez olmak üzere toplamda ortalama

4.71 kez hekime başvuruda buldukları tespit edilmiştir.

Başvuranlar arasında aile hekiminden genel olarak memnun olduklarını belirtenlerin oranı % 69.6'dır. Hizmet aldıkları Aile sağlığı merkezinde verilen sağlık hizmetlerinden memnun olanlar % 66.1, Aile sağlığı Merkezinin genel fiziki şartlarından (bekleme odası, tuvalet, temizlik, ısıtma, aydınlatma vb) memnun kalanlar ise % 62.3 oranındadır.

Aile hekiminden memnuniyet oranı 500 m ve daha yakınında oturanlarda (% 77.4), sürekli ilaç kullandığı kronik bir hastalığı bulunanlarda (% 76.9) ve hekimini kendisinin seçtiğini belirtenlerde (% 80.0) anlamlı olarak daha yüksektir (p<0.05), ekonomik durumu kötü olanlarda (% 46.8) ise yine anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Aile hekimine başvuranlarda en az memnuniyet duyulan durum aile hekimine telefonla ulaşabilmedir (% 38.6). Bunu, Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmesi (% 42.1), kendisine uygun zamanlara randevu alabilmesi (% 51.0, bekleme odasında harcadığı zaman (% 53.7) ve sağlık durumuna bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmasına yardımcı olması (moral verme vb) (% 57.2) takip etmektedir. En çok memnuniyet duyulan durum olarak ise kayıt ve bilgilerinin gizli tutulmasıdır (% 77.6). Başvuranları en çok memnun bırakan diğer durumlar;

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

anlattıklarını dinlemesi (% 74.1), işini tam olarak yapması (% 74.0), muayene etmesi (% 73.1) ve görüşmeler sırasında yeterli zamanın olduğunu hissettirmesi (% 72.4) olarak sıralanmıştır.

Tartışma: Türkiye’de temel sağlık hizmetlerinin gerektirdiği hemen tüm özellikleri içeren eski sistem terk edilerek daha kaliteli ve kapsamlı olacağı beklentisi yaratılan aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Ancak bu yeni sistemin aradan geçen 3 yıllık süreye rağmen henüz tam olarak benimsenmediği ve işlemediği görülmektedir. Araştırmamıza katılanların dörtte birine yakınının henüz herhangi bir aile hekimine kayıtlı olup olmadığından bile haberi olmaması bunun bir göstergesidir. Kayıtlı olmayanlar ya da bilmeyenler genellikle hizmeti daha az kullanma ihtimali olan gençler veya kronik hastalığı bulunmayanlardır, ancak sosyal güvencesi olmayanların yarısından fazlasının kayıtlı olmaması ya da bundan haberdar olmaması endişe vericidir. Son 1 yıl içerisinde çalışma grubunun yaklaşık üçte ikisi ve ortalama 2.33 kez olarak aile hekimine başvurmuşlardır. Yine Kayseri’de 1998 yılında yapılan bir çalışmada (3), aynı bölgelerdeki sağlık ocaklarına başvuru ortalamasının yılda 3.54 kez olarak tespit edilmiş olması, eski sistemden pek farklılık olmadığını göstermektedir. Yıllık ortalama başvuru sayısı 4.71 olsa da, sevk zinciri kurulmadığından dolayı bu başvuruların yarısı yine doğrudan ikinci ve üçüncü basamağa yapılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda verilen hizmetlerin niteliğinin iyi olmasının yanı sıra, hasta ya da başvuranların memnuniyetinin sağlanması da gözetilmektedir. Çalışmamızda % 70 oranında bulunan memnuniyet oranı, Sağlık Bakanlığınca Türkiye genelinde yapılan çalışmada (1) tespit edilen % 81.4’e göre düşük kalmıştır, ancak aynı çalışmanın Kayseri sonuçlarına göre aile hekiminden memnuniyet oranı benzer şekilde % 70.67 olarak bulunmuştur. İlgili çalışmanın ilginç bir sonucu, ASM’lerde verilen hizmette Kayseri’de % 54.62 gibi en düşük oranında memnuniyete sahip olmasıdır. Çalışmamızda aynı oran % 66’dır. Yine de, 1998 yılında Kayseri’de yapılan çalışmada (3), sağlık ocağını kullananların % 64.5’inin memnun olduğunun saptandığı göz önüne alınırsa yeni sistemle henüz önemli bir iyileşme sağlanmadığı söylenebilir.

Aile hekiminden ya da verilen hizmetlerden memnuniyet kişilerin beklentilerinin ne olduğuna da bağlıdır. Çalışmada en çok memnun olunan durumların hekimin kendisini dinlemesi, muayene etmesi ve bunları gizli tutması gibi zaten hekimliğin olması gereken temel davranışları olduğu göz önüne alındığında, halkın beklentilerinin çok da yüksek olmadığı görülmektedir. Gerek Sağlık Bakanlığının yaptığı gerekse Düzce’de yine EUROPEP ölçeğiyle yapılmış olan bir çalışmada da (4) en çok memnun olunan durumlar benzer şekilde; hekim tarafından dinlenmek, kayıt ve bilgilerinin gizli tutulması ve muayene edilmesi olarak sıralanmıştır. Çalışmada en düşük memnuniyet oranları olarak saptanan aile hekimine ya da ASM’ye telefonla ulaşma ve bekleme odasında harcanan zamanın, yine Bakanlığın çalışmasında da benzer şekilde en çok memnuniyetsizliğe yol açtığı saptanmıştır. Bunlar birbirine bağlı sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır. İletişim iyi olmaması ve randevuların aksaması bekleme sürelerini de uzatacaktır. Bekleme süresi, çeşitli hizmet birimlerinde yapılan bir çok çalışmada memnuniyeti etkileyen önemli bir etken olarak saptanmaktadır (5).

Sonuç ve Öneriler: Aile hekimliğinin Kayseri’de uygulanmaya başlamasından sonra 3 yıl gibi uzun sayılabilecek bir süre geçmesine rağmen, halen aile hekimlerine kayıtlı olmayan ya da bundan haberi olmayan bireyler bulunmaktadır. Aile hekimlerine başvuru durumu ya da aile hekimlerinden ve ASM’lerden memnuniyet oranı da sağlık ocakları döneminden pek farklı değildir. Yerleşim birimlerinin tekrar gözden geçirilerek, gerekirse ev ev dolaşarak varsa kayıt dışı olanların kayıt altına alınması ve sistemle ilgili bilgisi olmayanların bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Memnuniyeti artırmak için özellikle telefon ve mail ile iletişim artırılması ve bunların da kullanılarak düzenlenecek iyi bir randevu sistemi ile bekleme sürelerinin azaltılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimi, başvuru, memnuniyet, EUROPEP ölçeği

Kaynaklar:

1. Akdağ Recep (Ed). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı. Ankara 2010)
2. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, ve ark. Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor: Europep Ölçeği. DEU Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 16 (3):153-160.
3. Öztürk A., Gün İ., Mazıcıoğlu M. : Kayseri’de Halkın Sağlık Ocaklarından Yararlanma ve Memnuniyet Durumu. Aile Hekimliği Dergisi, 6(3): 114-120, (2002).

4. Baltacı D, Kara İH, Bahçebaşı T ve ark. Düzce ilinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma. Konuralp Tıp Dergisi 2011;3(2):9-15
5. Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. Tıp araştırmaları Dergisi 2007; 5(3):140-143

771

SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÇALIŞANLARININ MEMNUNİYET VE ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARI

Kemal Macit Hisar

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Türkiye’de sağlık hizmeti sunum kalitesini belgelemek amacıyla sağlık hizmeti veren kurumlar, Türk Standartları Enstitüsüne veya diğer belge vermeye yetkili kuruluşlara TS-EN ISO 9000 belgesi almak için başvuruda bulunmaktadır. ISO 9000 standartlar kümesi içinde ilgili standarda göre hizmeti alanların ve çalışanların memnuniyetinin periyodik olarak ölçülmesi ve gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetlerin başlatılması zorunluluğu söz konusudur (1,2,3). Toplam kalite yönetimi yaklaşımına göre ise hizmet alanların ve çalışanların tatmin edilmesi başarı kriterlerindedir. Teknik anlamda kaliteli hizmet sunumunun zorunlu olduğu ancak bunun hizmet alanları ve çalışanları tatmin etmede yeterli olmayacağı varsayılmaktadır (4,5). O halde ilgili kalite yönetim standartlarına ve sağlık otoritelerince belirlenmiş kriterlere göre sağlık hizmeti alanların ve çalışanların memnuniyet düzeylerini periyodik aralıklarla belirlemek ve bununla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatmak Sağlık Bakanlığı yönergeleriyle de belirlenen bir zorunluluktur (6). Öte yandan sağlık çalışanlarının kurum içi ve kurum dışı şiddete maruz kaldığı çeşitli raporlarda ve basında yer almaktadır (7). Üstelik bu durumun çeşitli etmenlerle gittikçe arttığı da dile getirilmektedir. Söz konusu bu durum mevzuatlara dahi konu olmaktadır(8). Sonuç olarak üstte belirtilen nedenlerden dolayı bu çalışma, Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin servislerinde çalışanların memnuniyetini ve şiddete maruz kalma durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu anket Selçuklu Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde belirlenen (izin alınabilen) servislerinde (Üroloji, Beyin Cerrahi, Beyin Cerrahi Yoğun Bakım, Kulak Burun Boğaz (KBB) toplam 195 çalışana yüz yüze anket yöntemiyle uygulanmıştır. Bu durumda anketin evreni ulaşılabilen 195 kişi olup, çalışma tanımlayıcı tiptedir. Eğitilmiş 15 anketör tarafından 2012 haziran ayının 14. günü anket uygulanmıştır. Hastanede toplam 1278 çalışan bulunmaktadır. Bunlardan 125’i öğretim üyesi, 156 araştırma görevlisi, 189 hemşire, 88 memur, 720 geçici personeldir. Bu durumda çalışanların % 7,4’üne ve 28 departmana ulaşılabilmiştir. Anket dört bölümden oluşmaktadır. Birinci kısımda çalışanın kendisi ile ilgili demografik ve kişisel bilgileri almaya yönelik 6 soru bulunmaktadır. 2.kısımda çalışanın çalışma koşullarıyla ve yönetime katılma ile ilgili memnuniyet düzeylerini ölçmeye yönelik 12 soru, 3. kısımda sağlık personelinin yönetim ve hasta/hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalmasıyla ilgili 4 soru, sonuncu soru olarak ise son 6 ay içinde bir hizmet içi eğitim alınıp alınmadığına ilişkin bir soru bulunmaktadır. 4. kısımda “İletmek istediğiniz diğer görüş ve önerileriniz” biçiminde açık uçlu bir soru sorulmuş olup buna ankete katılanlar tarafından hiçbir cevap yazılmamıştır. Memnuniyet düzeylerini ölçmeye yönelik soruların ve diğer soruların cevapları ankete verilen 3’lü cevapların gruplandırılarak (evet seçeneği olumlu, biraz/bazen ve hayır seçenekleri ise olumsuz kabul edilmiştir) SPSS 16.0 ve Microsoft Office Excell programları kullanılmak suretiyle değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Tartışma: Ankete 109 kadın, 70 erkek katılmıştır. Ankete katılanların çoğu hemşire (33,1), araştırma görevlisi (28,6) ve sekreterdir (% 20). En fazla memnuniyet “Aldığım eğitime uygun bir bölümde çalışıyorum” sorusunda bulunmuştur (% 52, Aritmetik Ortalama (A. Ort.) 2,26), en az memnuniyet ise “Yönetim tarafından çalışanları ödüllendirme mekanizması işletilmektedir” sorusunda bulunmuştur (% 9,5, A. Ort. 1,40). Genel memnuniyet ortalaması 1,87 bulunmuştur. Ortalama 2’nin üzerinde olmadığı için memnuniyetsizlik söz konusudur. Araştırma görevlileri en az “Yönetim tarafından çalışanları ödüllendirme mekanizmaları işletilmektedir” ve “Yönetim hizmet kalite standartları konusunda tüm çalışanları bilgilendirir” konularında en az memnun durumdadır (% 8). Hemşireler en az “Yönetim tarafından çalışanları ödüllendirme mekanizmaları işletilmektedir” konusunda en az memnun durumdadır (% 10,5). Sekreterler ise en az “Yönetim, hasta ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

çalışan güvenliği konusunda düzeltici ve önletici faaliyetler yapmaktadır” konusunda en az memnun durumdadır (% 8,8). Çalışanların % 35,1’i son 6 ay içinde fiziksel bir saldırıya uğradığını ifade etmektedir. Fiziksel saldırıya uğrama sırası başta hemşireler olmak üzere (% 38,6), araştırma görevlisi (% 36,7), sekreter (% 36,4) biçiminde devam etmektedir. Çalışanların % 62,8’i son 6 ay içinde hizmet içi eğitime katılmıştır. Son 6 ay içinde hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitim aldıklarını belirtenlerin oranı % 39,9’dur. Hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması hakkında eğitim alanların durumu % 31’dir. Araştırmacı tarafından Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi için geliştirilen bu anket ilk kez uygulandığı için önceki sonuçlarla, farklı hastanelerde yapılan benzer anket sonuçları ise anketler farklı formatlarda hazırlandığı için kıyaslanarak tartışılmamıştır.

Sonuç: Sonuç olarak personelin çoğunlukla çalışma koşullarından memnun olmadıkları, küçümsenemeyecek oranda fiziksel saldırıya uğradıkları ortaya çıkmış bulunmaktadır. Buna mukabil çoğunun son 6 ay içinde hizmet içi eğitime tabi tutuldukları da belirlenmiş bulunmaktadır. Yönetimin bu tip anketleri periyodik aralıklarla tüm çalışanlara ulaştırarak yapması, cevaplarda konu edilen sorunları detaylı analiz ederek çözmesi, bu şekilde çalışan memnuniyetini arttırması, ayrıca her türlü yolla (yazılı ve görsel medya dahil olmak üzere) hasta ve yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet göstermesinin önlenmesi için eğitimlerinin sağlanması önerilebilir. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından Türk Ceza Kanununda da gereken değişikliklerin yapılması suretiyle sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti caydırmaya yönelik daha ağır cezaların verilmesi bir diğer çözüm yolu olabilir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Çalışanı Memnuniyeti, İnsan Kaynakları Yönetimi, Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet.

Kaynaklar:

- 1-Wikipedia özgür ansiklopedi web sitesi: http://tr.wikipedia.org/wiki/ISO_9000. Erişim Tarihi 20.06.2012.
- 2-Wcs trk uluslararası belgelendirme hizmetleri ltd.şti. web sitesi:http://www.wcs.com.tr/sss_belgelendirme.htm. Erişim Tarihi 20.06.2012.
- 3- Slideshare kalite ve akreditasyon şirketi web sitesi: <http://www.slideshare.net/rainhear/17020> - Amerika Birleşik Devletleri. Erişim Tarihi 20.06.2012.
- 4-Yönetim sistemlerinin danışmanlık ve eğitim hizmetleri web sitesi:http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm. Erişim Tarihi 20.06.2012.
- 5- Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı web sitesi: http://www.performans.saglik.gov.tr/.../calisanlarin_kalite_algisi.pdf –. Erişim Tarihi 20.06.2012.
- 6-Türk Tabipleri Birliği web sitesi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=265:saik-bakanli-yatakli-tedavkurumlari-kurumsal-kalevgeltme-ve-performans-derlendme-yerges&catid=8:ygeler&Itemid=34. Erişim Tarihi 20.06.2012.
- 7-Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu (TRT) web sitesi:<http://www.trthaber.com/haber/turkiye/saglikcilara-saldiriya-agir-fatura-6464/>. Erişim Tarihi 20.06.2012.
- 8-Türk Tabipleri Birliği web sitesi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=676:-saik-kurum-ve-kuruluvarinda-hasta-ve-lin-genl-saanmasi-ve-korunmasina-k-usul-ve-esaslar-hakkinda-tebl&catid=3:tebligenele&Itemid=35. Erişim Tarihi 20.06.2012

3- Bulaşıcı Hastalıklar

620

İKİ ÖZEL YURTTA KALAN ÖğRENCİLERDE MEYDANA GELEN AKUT BARSAK ENFEKSİYONU, ARALIK 2011, BANDIRMA

Rukiye Seçkin, Ahmet Hakan, Şenol Sever

Sağlık Bakanlığı Toplum Sağlığı Merkezi Bandırma

Giriş: İshal, her yıl dünyada yaklaşık 1.5 milyar insanı etkileyen küresel bir sağlık sorunudur. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan bir araştırmada, viral ishal salgınlarının %60-95'inin norovirus ile oluştuğu bildirilmiştir.

Norovirüsler insanlarda ve hayvanlarda enfeksiyon oluşturabilir. İnsanlarda norovirüs enfeksiyonunun kuluçka süresi 12-48 saat olup, hastalık son 12-60 saat içerisinde oluşan kusma, ishal veya her ikisinin birlikte görülmesiyle karakterizedir. Hastalık genellikle 1-3 gün sürmektedir. Norovirusün insandan insana yayılımı için bilinen geçiş

yolları; fekal-oral yol, kontamine yiyecekler ve sular, aerosol şeklinde kusma materyali ve kontamine olmuş çevresel yüzeylerdir. Kusma materyalinden hava yolu ile bulaş damlacık enfeksiyonu şeklinde oluşmaktadır. Salgınlarda birincil olgular, sıklıkla fekal içerikle kontamine yiyecek ve çevresel maddelerle oluşurken; ikincil olgular insandan insana geçiş şeklinde meydana gelmektedir. Norovirüsler, oldukça bulaşıcı ve virülen patojenlerdir; dış ortama oldukça dayanıklıdırlar, dışkı ile atılım süreçleri uzundur ve düşük dozlarla (10-100 partikül) enfeksiyona neden olabilmektedirler. Bakım evleri, oteller, hastaneler, seyahat gemileri, öğrenci yurtları gibi toplu yaşam yerlerinde norovirüslere bağlı akut barsak enfeksiyonu salgınları sık olarak görülmekte, hastalık yükü yanı sıra ekonomik kayıplara da yol açmaktadır (1).

Salgınların soruşturulmasının/incelenmesinin iki kritik amacı vardır. Birincisi; salgının yayılma riski nedeniyle kontrol altına alınması, ikincisi; salgına neden olan durumu ortaya çıkararak gelecekte benzer bir olayın meydana gelmesini önleyecek tedbirleri almaktır.

Amaç: Bu çalışma; aynı yerde pişen yemekten yiyen kız öğrenci yurtlarında kalan öğrencilerde meydana gelen akut barsak enfeksiyonu salgınının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: 21 Aralık 2011 tarihinde öğleden sonra özel bir yurttaki dört kişide su arıtma sisteminden içtikleri sudan kaynaklandığı düşünülen besin zehirlenmesi olduğuna dair emniyet kaynaklarından ihbar alındı. Bandırma Toplum Sağlığı Merkezi Tabipliği (TSM) çevre sağlığı elemanlarınca öğrenci yurduna gidilip su numunesi alındı. Bakiye klor ölçümünde serbest klorun 0,7 ppm olduğu saptandı. Ertesi gün Sağlık Grup Başkanlığı'nca Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden olgu sayısının 48 olduğunun öğrenilmesi üzerine bir ekip oluşturularak salgının incelenmesine başlandı. Olguların incelenmesi için TSM tabipleri ve çevre sağlığı teknisyenlerinden bir ekip oluşturuldu. Ayrıca Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi ve İlçe Gıda Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü'ne haber verildi. Yurda gidildiğinde öğrencilere mide bulantısı, kusma vb. şikâyetlerle gittikleri acil serviste besin zehirlenmesi tanısı konulduğu, tedavileri düzenlenerek taburcu edildikleri öğrenildi. Yurttaki mutfak ve gıdaların saklandığı depo incelendi. Yalnızca bir önceki güne ait yemek örnekleri saklanmıştı. Analiz için örnek alınarak laboratuvara gönderildi. Kimyasal ve bakteriyolojik inceleme için yeniden su örnekleri alındı. Öğrencilerle yapılan görüşmede benzer olguların özel yurdun sahiplerince işletilen bir diğer yurttaki da olduğu öğrenildi.

22 Aralık 2011 akşam saatlerinde İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi tabipleri, Toplum Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimi ve yemeklerin piştiği yurttaki inceleme yapan ekiple bir değerlendirme toplantısı yapıldı. Ekip tarafından hazırlanacak bir anket formuyla hastalara ait bilgilerin toplanarak istatistiki analizlerinin yapılmasına, hastanede hiçbir hastadan alınmadığından gaita numunesi alınarak Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Viroloji Laboratuvarı'na (RSHM) gönderilmesine karar verildi.

Tanıyı kesinleştirmek amacıyla hastaneye başvuran kişilere ait kayıtlar incelendi. Salgından etkilenenler için

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

vaka tanımlaması "ilk gidilen yurttan pişen yemekten yiyen veya bu kişilerle ilişkili; 20 Aralık 2011 akşamı ve sonrasında başlayan bulantı, kusma veya ishale birlikte ateş, karın ağrısı, baş ağrısı, kas eklem ağrısı halsizlik şikayetinin eşlik ettiği kişi" olarak yapıldı.

Yeni olguların aranması ve kontrol grubu oluşturulması için her iki yurttaki hastaların tümüyle, hasta olmayanlardan ise anket doldurmayı kabul edenlerle görüşüldü.

Hastalanan ve hastalanmayanlara son üç günde servis edilen yemeklerden yedikleri yemekler, kişisel bilgiler, hastalığa ilişkin yakınmalar, hastalığın başlama zamanı ve içilen suyun sorgulandığı bir anket formu yüz yüze görüşülerek uygulandı. Hastalananların tümü hastaneye başvurmuştu. Hastaneye başvuranlardan iki kişiye ilçe dışına çıktığından dolayı anket uygulanamadı. Yurtlarda 46 hasta, 38 şikayeti olmayan 84 kişiye anket uygulandı. Yemeklerin piştiği yurttan 98 diğer yurttan ise 83 öğrenci ve 6 çalışan vardı. Çalışanların hiç birinde herhangi bir yakınma yoktu. Salgın eğrisi oluşturuldu.

Olası bir su ya da gıda zehirlenmesinden korunmak için yapılması gerekenler konusunda çalışanlar ve yurttan kalan öğrenciler bilgilendirildi. Yurt yöneticilerine, yurttan o anda bulunan öğrencilere ve mutfak personeline genel olarak hijyen, özel olarak beslenme hijyeni konusunda bilgilendirme yapıldı. Çalışanlara uymaları gereken hijyen kuralları anlatıldı. Pişirilen yemeklerden alınacak şahit numunenin önemi ve nasıl saklanması gerektiği anlatıldı. Çevresel temizliğin nasıl yapılacağı anlatıldı.

Son üç günde pişen yemeklerde kullanılan malzemeler ve kahvaltıda verilen gıdalardan potansiyel kaynak oluşturabileceklerden numune alındı. Yurtlarda bulunan su sebillerinden numune alındı, kullanılmaması istendi. Hastalananlardan yalnızca 3 kişi gaita numunesi vermeyi kabul etti, RSHM'ne gönderildi. Kimyasal ve bakteriyolojik su örnekleri İl Halk Sağlığı Laboratuvarına gönderildi. Yurt mutfağında çalışanlar, portör muayeneleri hiç yapılmadığından sevk edildi. İnceleme sonunda hazırlanan rapor İl Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Kaymakamlığı ile paylaşıldı.

Verilerin değerlendirilmesinde kesikli değişkenler için yüzdeler, sürekli değişkenler için aritmetik ortalama ve standart sapmaları hesaplandı. P değeri 0,05'den küçük olanlar anlamlı kabul edildi, %95 güven aralığında Tahmini Rölatif Risk (OR) hesaplandı.

Bulgular: Hastane kayıtları incelendi ve 21-22 Aralık 2011 tarihleri arasında hastanelere besin zehirlenmesi şikâyetiyle 48 başvuru olduğu saptandı. Hastalardan 46 kişi ve aynı yurtlarda kalan yakınması olmayan 38 kişi ile görüşüldü.

Vakaların görüldüğü yemeklerin pişirildiği öğrenci yurdunda 98 öğrenci dört çalışan, diğer öğrenci yurdunda ise 83 öğrenci iki çalışan vardı. Sadece çalışanlardan iki kişi erkekti. Hastalanan 48 öğrencinin 24'ü yemeklerin pişirildiği yurttan 24'ü ise diğer öğrenci yurdunda kalmaktaydı. Anket yapılan 46 öğrencinin 24'ü (%52,2) yemeklerin pişirildiği özel öğrenci yurdunda, 22'si (%47,8) diğer öğrenci yurdunda kalmaktaydı. Hastalanan öğrencilerin yaş ortalaması 19,2±1,9'dur (14-23). Yurtlar arasında hastalananların yaş grubu, hastalanma sıklığı açısından fark yoktu. Öğrencilerden 3'ünün şikayeti (%6,5) 20 Aralık 2011 günü, 38'inin şikayeti (%82,6) 21 Aralık 2011 günü, 5 öğrencinin şikayeti (%10,9) 22 Aralık 2011 günü başlamıştır. İlk vakalar diğer öğrenci yurdunda görülmüştür.

Bulantı şikayeti öğrencilerin tamamında kusma şikayeti olguların %78,3'ünde, ishal şikayeti %56,5'inde vardır. Öğrencilerin %63'ünde karın ağrısı, %69,6'sında baş ağrısı, %87,0'sinde halsizlik, %45,7'sinde ateş şikayeti görülmüştür.

Öğrencilerin %73,9'unun şikayeti bulantı ile, %6,5'inin ishal ile, %8,7'sinin karın ağrısı ile başlamıştır.

Öğrencilerden %,60,9'u 2 Aralık 2011, %39,1'i 22 Aralık 2011 günü hastaneye başvurmuştu.

Hastalanan öğrencilerin %52,2'si yalnızca ambalajlı su içerken, %47,8'i arıtma cihazından elde edilen su veya bununla birlikte ambalajlı su kullanmıştır.

İşyeri tarafından yeterli şahit numune saklanmadığından ve hastalardan gaita örneği alınmadığından gastroenterit vakalarının kesin nedeni saptanamamıştır. Hastalar ve hasta olmayanlara ilişkin bilgileri karşılaştırılarak yapılan analizlerde 19 Aralık 2011 günü kahvaltıda verilen salamdan yiyenlerle (p=0,024; OR 2,152,%95GA 1.075-4,310) 20 Aralık 2011 günü akşam yemeği yiyenlerle (p=0,011), (p=0,011; OR 1,282, %95GA) akşam yemeğinde çorba (p=0,004; OR 1,367,%95GA 1,095-1,706) ve salata yiyenlerde(p=0,007; OR 1,596,%95GA 1,125-2,264) hastalık anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. 18 Aralık 2011 günü yurttaki su sebillerinden içenlerde (p=0,024; OR 1,593,%95GA 1.053-2,409) hastalık anlamlı olarak daha fazla görülmüştür.

Yemeklerin pişirildiği öğrenci yurdundan 21-28 Aralık tarihleri arasında alınan su numunelerinde bakteriyolojik analizlerde patoloji saptanamamıştır. Şebeke suyuna bağlı çeşmelerden yapılan ölçümlerin tümünde bakiye klor değerleri 0,5 ppm'den yüksektir. Arıtma cihazından alınan örneklerde bakteriyolojik üreme olmamıştır. Diğer yurttan da şebeke sularında yapılan ölçümlerin tümünde bakiye klor değerler 0,5 ppm'den yüksek bulunmuştur. Arıtma cihazı ve yemekhanedeki şebeke suyundan ilk alınan örneklerden 90 koliform bakteri saptanmıştır. Daha sonra alınan su örneklerinin analizlerinde patojene rastlanılmamıştır. Gıda maddelerinin analizleri Türk Gıda Kodeksi'ne uygun göre olarak değerlendirilmiştir. Gaita örneği vermeyi kabul eden

hastalardan alınan 3 gaita örneğinden ikisinde norovirüs Genotip II tespit edilmiştir.

Son vakanın başvurduğu 22 Aralık 2011 tarihinden itibaren takip eden beş gün içerisinde her iki yurtta yeni vaka saptanmamıştır.

Tartışma: Çalışmamızda iki öğrenci yurdunda görülen akut barsak enfeksiyonu salgını incelenmiştir.

Epidemiyolojik ve virolojik bulgular olası patojenin norovirüs olduğunu düşündürmektedir. Tüm dünyada yaygın olarak görülen norovirüslere bağlı salgınların yaklaşık %35'i uzun süre birlikte yaşanan yerlerde görülmektedir. Toplu yaşanan

alanlarda hastalığın bulaşını kolaylaştıracak pek çok fırsat

bulunmaktadır. Çalışmamızda hastalığın kaynağı ve bulaş şekli tam olarak saptanamasa da hastalığın ortaya çıkış tarihi, klinik tablo, iki hastanın gaitasında saptanan norovirüs genotip II varlığı yaşanan akut barsak enfeksiyonu salgınının norovirüs enfeksiyonuna bağlı ortaya çıkmış olabileceği düşüncesini desteklemektedir ve diğer çalışmalarla uyumludur(2). CDC'Sİ yayınlarında salgın durumunda en az beş hastadan numune alınmasını önermektedir. Hastalardan kabul eden olmadığından yalnızca üç örnek üzerinde çalışılabilmektedir. Ancak Norovirüs salgınlarında tanıyı destekleyen dört kriterden üçü (etkilenen kişilerin yarısından fazlasında kusma, ortalama inkübasyon süresinin 24-48 saat olması, hastalığın 12-60 saat sürmesi) bizim araştırmamızda desteklenmekte ve literatürle uyumludur (2). Çizilen salgın eğrisi tek bir noktadan kaynaklanan enfeksiyonu düşündürmektedir. İki yurt arasındaki ortak nokta tüketilen gıdaların aynı kişiler tarafından hazırlanmasıdır. Yapılan çeşitli çalışmalarda norovirüs salgınlarında tüketilen gıdaları hazırlayanların (semptomatik ya da asemptomatik hastalar) kaynağı oluşturduğu saptanmıştır(3,4). Çalışmamızda saptanan kaynağın bazı gıdaları yiyenlerde riskin daha yüksek olması literatür ile uyumludur. Özellikle salata gibi çiğ gıda tüketenlerde risk daha yüksek olduğu belirtilmektedir(5). Akut barsak enfeksiyonu salgınları, ciddi ekonomik ve iş gücü kayıplarına neden olmaktadır. Norovirüsler gibi bir çok yolla bulaşı mümkün olan, zayıf bağışıklık oluşturulan, enfektivitesi yüksek, inkübasyon süresi kısa olan akut barsak enfeksiyonu salgınlarında salgın incelemesinin bütün aşamalarının ivedi olarak yapılması büyük önem taşımaktadır. Etken ve kaynak tam olarak saptanamasa da salgına yönelik olarak yapılacak girişimlerle bulaş zinciri kırılıp, kişiden kişiye bulaşla ortaya çıkabilecek daha büyük bir salgının önüne geçilmesini sağlayacaktır.

Kaynaklar:

1. Centers for Disease Control and Prevention. Updated Norovirus Outbreak Management and Disease Prevention Guidelines- 2011 MMWR / March 4, 2011 / Vol. 60 / No. 3
2. Mesquita JR, Nascimento MS. A foodborne outbreak of norovirus gastroenteritis associated with a Christmas dinner in Porto, Portugal, December 2008. Euro Surveill. 2009;14(41):pii=19355
3. Ozawa K, Oka T, Takeda N, Hansman GS. Norovirus infections in symptomatic and asymptomatic food handlers in Japan. J Clin Microbiol. 2007;45(12):3996-4005.
4. Nicolay N, McDermott R, Kelly M, Gorby M, Prendergast T, Tuite G, Coughlan S, McKeown P, Sayers G. Potential role of asymptomatic kitchen food handlers during a foodborne outbreak of norovirus infection, Dublin, Ireland, March 2009. Euro Surveill. 2011;16(30):pii=19931.
5. Mayet A, Andreo V, Bedubourg G, Victorion S, Plantec JY, Soullie B, Meynard JB, Dedieu JJ, Polveche PY, Migliani R. Food-borne outbreak of norovirus infection in a French military parachuting unit, April 2011. Euro Surveill. 2011;16(30):pii=19930.

Anahtar sözcükler: Norovirus, akut barsak enfeksiyonu, salgın

339

TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 5 VE DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNİN KAN VE KAN ÜRÜNLERİ İLE İLGİLİ TEMAS DURUMLARI

Levent Dönmez, Derya Kaplan, Feride Betül Yılmaz

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş ve Amaç: Sağlık çalışanları delici kesici alet yaralanmaları ya da sıçrama nedeniyle HIV, Hepatit B ve Hepatit C gibi enfeksiyonlarla sonuçlanma potansiyeli yüksek hastalıklara maruz kalma riski ile karşı karşıyadır. Ülkemizdeki sağlık çalışanları arasında perkütan yaralanmaların oranı %50-70 gibi oldukça yüksek oranlarda olup bu tür yaralanmalar güvenli araçların kullanılması ile %80 ila %90 oranında önlenmektedir. Tıp eğitimi sürmekte olan öğrencilerde kan temasından korunma ve kanla temas durumlarının saptanması, sorunun meslek yaşamının hemen başında ele alınmasını ve çözüm önerilerinin uygulamaya geçirilmesinde yararlı olabilir. Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 5 ve Dönem 6 öğrencilerinin kan ve kan ürünleri ile ilgili temas durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma kesitsel tiptedir ve Şubat 2012'de yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 5 öğrencilerinin 119 (%82,1)'una, Dönem 6 öğrencilerinin ise 126 (%87,5)'sına ulaşılmıştır. Kişilere toplam 22 soruluk anket katılımcıların anketi kendi kendilerinin yanıtlaması yöntemi ile uygulanmıştır. Koruyucu önlem kullanma, Hepatit B aşısını tam dozunda yaptıрма, sağlam deri teması, mukokutan temas ve perkütan teması ile karşılaşma, iğne batmasında HIV bulaşma olasılığını bilme durumu araştırmanın bağımlı değişkenleri; cinsiyet, okul başarı durumu ve katılımcının kaçınıcı sınıfta olduğu ise bağımsız değişkenler olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların başarı durumu değerlendirilirken dönem kaybı olmayanlar ve kendilerini sınıf ortalamasının üzerinde olarak değerlendirenler başarılı olarak alınmıştır. Kanla temas olasılığı olan riskli işlemler öncesi koruyucu önlemlerin kullanılma sıklığı gözlem altında incelenmemiş olup kişilerin kendi ifadeleri ile değerlendirilmiştir. Sağlam Deri Teması (SDT), Mukokutanöz Temas (MKT) ve Perkutan Temas (PKT) için son 6 ay göz önüne alınmıştır. Hepatit B aşısını 3 doz ve üzerini yaptıranlar bağışık kabul edilmiştir. Tüm veriler SSPS kullanılarak değerlendirilmiştir. Gruplar arası sıklıkların karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcılar arasında her zaman koruyucu önlem kullandığını belirtenlerin oranı %38,4 (94 kişi)'tür. Hepatit B aşısını 3 doz ve üzeri yaptıranlar katılımcıların %85,7 (210 kişi)'sini oluşturmaktadır. Katılımcılardan son 6 ay içinde SDT olanların oranı %38,8 (95 kişi), son 6 ay içinde MKT olanların oranı %5,3 (13 kişi), son 6 ay içinde PKT olanların oranı %18,8 (46 kişi)'dir. Klinik stajlara başladığından beri kirli/kullanılmış enjektör ucu ile yaralananların oranı %25,3 (62 kişi)'tür. Enjektör batmaların oranı Dönem 6'larda Dönem 5'e göre anlamlı olarak daha fazla bulunurken ($p<0,05$); cinsiyet, kaldığı yer, dönem kaybının olup olmadığı ve başarı durumu enjektör batması ile ilişkili bulunmamıştır ($p>0,05$). Hepatit B aşılama durumu kadınlarda erkeklere göre ve dönem kaybı olmayanlarda dönem kaybı olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunurken ($p<0,05$), diğer bağımsız değişkenlerle olan ilişki anlamlı değildir ($p>0,05$). İğne ile yaralanmalarda HIV bulaşma sıklığının %1'den az olduğunu bilme durumu; katılımcının Dönem 5 veya Dönem 6 olmasına, cinsiyetine, kaldığı yere göre fark göstermezken ($p>0,05$), dönem kaybı olmayanlarda ve kendini başarılı olarak ifade edenlerde anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Tıp Fakültesi öğrencilerinin kan temasından korunmak için aldıkları önlemler istenen düzeyde değildir. Önemli bir kesiminde sağlam deri teması ve perkutan temasın olması bu yetersizliğin temasla sonuçlandığını da kanıtlamaktadır. Korunma ve temas ile ilgili bulgular birlikte değerlendirildiğinde, kadın cinsiyet ve başarısı yüksek olanların daha olumlu davranış içinde olması kişisel özelliklerin bu konuda etkili olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla alınacak önlemler ve/veya eğitim programlarında erkek cinsiyetteki sağlık çalışanlarına ve temas olasılığı daha yüksek olan gruplara (örneğin Dönem 6'lara) ağırlık verilmesi yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kan teması, kan yoluyla bulaşan hastalıklar, tıp öğrencileri, sağlık çalışanları, bilgi ve tutum

796

MANİSA İLİNDE İMPORTE BİR KIZAMIK OLGUSU: KONTROL ÇALIŞMALARI

Gonca Atasoylu, Galip Köroğlu, Tuba Nur Özden, Ümmühan Yaren, Hülya Kürklü, Hatice Yaşlı, Atiye Esen, Ziya Tay

Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş ve Amaç: Kızamık, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ve paralel olarak ülkemizde eliminasyon programı yürütülen bir hastalıktır. Sağlık Bakanlığı'nca hastalığın tanısı standartlara bağlanmış olup, bütün sağlık kurumlarınca, olası veya kesin vaka olarak ihbarı ve bildirim zorunludur (1). Tanı kriterleri, Sağlık Bakanlığı'nın 2010 tarihli genelgesiyle (2) güncellenmiş, ülke genelinde bütün sağlık personeline duyurulmuştur.

13.06.2012 günü, Manisa İlinde impote bir kızamık olgusu saptandığı öğrenilmiş, enfeksiyonun yayılımını önlemek için harekete geçilmiştir.

Çalışmanın amacı, Manisa'da saptanan impote kızamık olgusuna ilişkin enfeksiyon kontrolü kapsamında yürütülen etkinliklerin tanımlanması ve değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Manisa Halk Sağlık Müdürlüğü tarafından 2012 yılında Haziran-Temmuz aylarında yürütülen girişimsel bir yönelem araştırmasıdır. Olgu, enfeksiyonun epidemiyolojisi, kaynak, temaslı ve bulaş yoluna yönelik yürütülen etkinlikler hakkında bilgi verilmektedir. Etkinlikler, Sağlık Bakanlığı'nın 01.04.2010 tarih ve 18617/20 sayılı Kızamık/Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu Sürveyansı Genelgesi'ne (2) uygun olarak yürütülmüştür.

Örnekler İzmir Halk Sağlığı Laboratuvarı'nda çalışılmış, doğrulama Ankara'da Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları'nda yapılmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler, yüzdeler ve aritmetik ortalama olarak verilmiştir. Veri, Microsoft Office Excel programı yardımıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: İzmir Halk Sağlığı Laboratuvarı tarafından 13/06/2012 günü saat 17:15 sularında, Manisa'dan gönderilen bir örnekte kızamık saptandığı ihbar edilmiş, doğrulama için Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarına iletileceği bildirilmiştir.

Hasta, 27 yaşında, Soma İlçe Merkezinde ikamet etmekte, kömür ticaretiyle uğraşmaktadır. Vaka inceleme formunda, makülopapüler döküntüsünün 02.06.2012 günü yüz ve ensesinden başladığı; ateş, öksürük, otit, ishal, burun akıntısının olduğu; ateşinin 29.05.2012'de başlayıp en yüksek 38,7°C ölçüldüğü belirtilmektedir.

İncelemede, Soma'da bir hastanenin 04.06.2012 gününe ilişkin Form 014 doldurup Toplum Sağlığı Merkezi'ne (TSM) iletildiği; TSM'nin durumu 05.06.2012 günü Müdürlüğe telefonla ihbar ettiği; TSM'den araştırılmasının istendiği; TSM'nin hastanın Akhisar'da bir hastanede yattığını öğrendiği; 06.06.2012 günü Akhisar TSM hastaneye bağlantı kurduğunda, hekimin kızamık düşünmeyip idiopatik trombositopenik purpura olarak değerlendirdiği, bu nedenle örnek almadığını söylediği anlaşılmıştır. Örnek alınması konusunda ısrar edildiğinde, 07.06.2012 tarihinde numune gönderilmiş; farklı bir kişiye ait olduğunun anlaşılması üzerine doğrusunun iletilmesi sağlanmış; örnek, rutin numune gönderim günü olan 11.06.2012 tarihinde İzmir'e ulaştırılmış; laboratuvarında 13.06.2012 günü saptanan pozitiflik derhal Müdürlüğe haber verilmiştir.

Olayın öğrenilmesinin ardından, kişiye telefonla ulaşılarak temaslıları, çevrede hasta olup olmadığı ve kaynak hakkında bilgi edinilmiştir. Hastadan, evde tek temaslı olan eşinde veya temasta bulunduğu kişilerde döküntü bulunmadığı; hastanın döküntüden 7-23 gün önce Suudi Arabistan'a Umre ziyareti yaptığı öğrenilmiştir. Hasta, aşı durumunun bilinmemesi ve seyahat öyküsü nedeniyle, "sıcak vaka" kabul edilmiştir. Soma ve Akhisar İlçelerinden 05.06.2012-13.06.2012 günleri arası makülopapüler döküntülü hastalık bildirim olmadığı; ilde gerçek zamanlı ve online yürütülen makülopapüler döküntü izleme sisteminde, bu ilçelerden 1., 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında hastaya rastlanmadığı belirlenmiş; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'na (THSKB) aynı gün bilgi verilmiştir.

14.06.2012 günü ekip olarak Akhisar'daki hastane, Akhisar TSM, Soma'daki hastaneler ve Soma TSM'ye gidilmiş; yetkililer, hasta ve ailesiyle görüşülmüştür.

Kızamığın inkübasyon süresi 7-18 gün olup; döküntü 4-7 gün sürmekte; hastaların döküntü başlamadan önceki 4 gün ile sonlandıktan sonraki 4 gün arasında bulaştırıcı olduğu bilinmektedir. Belirtilerin 29.05.2012 günü

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ateşle başladığı dikkate alınınca; maruziyetin 11.05-22.05.2012 arasında gerçekleştiği; 02.06.2012 günü başlayan döküntüye göre, bulaştırıcı olduğu dönemin 29.05-13.06.2012 arası olduğu hesaplanmıştır.

Kaynak, hastanın 06.05-23.05.2012 arasında Suudi Arabistan'a Umre ziyaretiyle ilişkilendirilmiştir. Kişinin 22.05.2012 günü, Cidde'den İstanbul'a uçakla; oradan da evine otobüsle ulaştığı öğrenilmiş; bilgi THSKB'na iletilmiştir.

Hastaya, bulaştırıcı olduğu sürede **temaslıları** sorulmuş; hastanın, ateş ve kırıklık nedeniyle 29.05.2012 günü bir aile sağlığı merkezine (ASM) gittiği; 2-4.06.2012 günleri arasında Soma'da tanısının konduğu bir hastanede yattığı; enfeksiyon uzmanının bulunduğu bir merkezde tedavi görmesi gerektiği düşünülerek ilçedeki başka bir hastaneye başvurmak üzere taburcu edildiği; 04.06.2012 günü başvurduğu 2. hastanede enfeksiyon hastalıkları polikliniğinde muayene olduğu, uygun koşullar olmadığı gerekçesiyle yatış verilmediği; aynı gün poliklinikten giriş yaparak kendisine kızamık tanısı konduğunu belirterek başvurduğu Akhisar'da bir hastanede yatırılıp 07.06.2012 gününe dek tedavi edildiği; Umre'den döndükten sonra evde ve hastanede ziyaretçileri olduğu öğrenilmiştir.

Temaslılar, hastanın ortamda bulunmasından sonraki 2 saat içinde aynı havayı soluyanlar olarak tanımlanmıştır. Hastanede yatışı süresince aynı koridordaki hastalar, refakatçileri, ziyaretçileri, hizmet veren sağlık personeli, poliklinik başvurusunda ortak alanda bekleyen hastalar ile birlikte oldukları kişilerin bilgileri, hastane görevlileri, otomasyon sistemleri ve kişilerle görüşülerek elde edilmiştir. ASM çalışanları ve başvuran hastalar Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) kayıtlarından derlenmiş, yanlarında başka kişi bulunma durumu yine kişilerle görüşülerek öğrenilmiştir. Temaslılara, hastanın apartman sakinleri de dahil edilmiştir. Apartman sakinleri TSM tarafından ev ziyaretiyle belirlenmiştir. 13.06.2012 günkü incelemede hastanın eşinde kırıklık, boğaz ağrısı olduğu öğrenilmesi üzerine, tarafımızca muayene edilmiş, evde istirahat önerilmiş; bu sürede ziyaretçi kabul etmemesi, yakınmalarının artması veya döküntünün ortaya çıkması durumunda, kızamık hastası temaslı olduğu bilgisi ve verilen maskeyle hastaneye başvurması söylenmiştir.

15.06.2012 itibarıyla, kayıtlarda belirlenen temaslı sayısı 1.224 olarak saptanmış; hastaların hastanede bulunduğu sürede yanındaki kişiler katılmadığından (başvurulan 2. hastanede kayıtlı temaslı 918 kişi) sayının 2.000'e ulaşabileceği düşünülmüştür.

Soma ve Akhisar TSM'den temaslı bilgilerinin öğrenilmeye başlanmasından itibaren, sağlık personeli, komşu ve ziyaretçilerle başlanarak bağlantı kurulması, semptom sorgulanması, belirti açısından 01.07.2012'ye dek izlenmesi, uygun aralıkta saptananların aşılması istenmiştir.

15.06.2012 günü Soma ve Akhisar'daki hastanelerin başhekimleriyle toplantı yapılmış; durum hakkında bilgi verilmiş; personelin derhal aşılması için TSM'yle işbirliği yapılması istenmiştir. Hastanedeki temaslıların belirti izleme süresinde takibi için personel görevlendirilmesi, bu kişilerce TSM'ye günlük bildirimde bulunulması sağlanmıştır.

THSK yetkililerine bölgede 6 ayın üzerindeki çocuklara erken aşılama çalışmasına başlanması konusunda 15.06.2012 günü görüş sorulmuş; uygulamanın, başlatılmaması, bölgede başka olgu görülmesi halinde onların talimatıyla başlatılacağı bilgisi alınmıştır.

17.06.2012 itibarı ile, ildeki bütün sağlık kuruluşları bilgilendirilmiş; makülopapüler döküntü görüldüğünde numune alınması için TSM ile bağlantıya geçilmesi; kızamık belirtileriyle başvuranlara yönelik izolasyon önlemleri; ayaktan izlenen hastalara izolasyon için verilecek bilgiler iletilmiştir. ASM'lerden eksik aşıli çocukların aşılmasının yapılması istenmiştir.

Temaslıların sayıca fazla ve dağınık olması nedeniyle, tespit, bilgilendirme ve belirti izleminde ilde TSM ve ASM personelinden yararlanılmıştır. Bunun için standart bilgi verme ve toplama şablonları hazırlanmış; toplanan bilgilerin TSM'ler tarafından Müdürlüğe elektronik ortamda günlük iletilmesi istenmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Adres veya aile hekimi bilgisine göre, diğer illerle bağlantılı temaslılar için Halk Sağlığı Müdürlüklerine 21-22.06.2012 günlerinde haber verilmiş; bilgiler ve ildeki prosedür paylaşılmıştır. Toplam 29 il ile bağlantılı 167 temaslı için araştırma başlatılmış, çalışma kişilerin tatil vb amaçlı seyahatleri kapsamında genişletilmiştir.

Temaslılar arasında Kırkağaç'taki askeri birlikten acemi erlerin bulunduğu saptanması üzerine, 22.06.2012 günü askeri birlikle bağlantı kurulmuş; harekete geçilmesi istenmiştir. Temaslı sayısının 24 olduğu, bu sürede acemi erlerin dağıtımının yapıldığı, izlemin gereken illere yaygınlaştırılacağı öğrenilmiştir.

Süreçte hastanın eşinin yakınmaları gerilemiş; temaslılarda makülopapüler döküntülü hastalık ortaya çıkmamış, il genelinde doğrulanmış kızamık hastası görülmemiştir.

Numune alınması:13.06-09.07.2012 tarihleri arasında Soma'dan 4; Akhisar'dan 2; diğer ilçelerden 9 olmak üzere, 15 kişiden toplam 43 örnek alınmış; tamamı raporlanmış; pozitif olarak 1'inde akut kızamıkçık enfeksiyonu saptanmıştır.

Aşılama çalışmaları:Sağlık personelinin 55, diğer temaslılardan 60 kişiye aşı uygulanmıştır. 13.06-11.07.2012 günleri arasında eksik aşı olup aşılanan çocuk bulunmamaktadır.

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler: Süreç değerlendirildiğinde, şüpheli kızamık olgusunun öğrenilmesinden tanının konmasına kadar olan sürede gecikme olduğu; sorumluluğu bütün kurumların paylaştığı izlenmiştir. Aksaklıklar, hastanın 1. hastane tarafından ihbar edilmeyip yazılı bildirilmesi; 2. hastanede ihbar-bildirim yapılmaması; hastanın, yatış için uygun koşulların bulunmadığı gerekçesiyle başka hastaneye yönlendirilmesi; 3. hastanede ihbar ve numune alma süreçlerinin başlatılmaması; Müdürlükte ise numunenin rutin kapsamda değerlendirilip İzmir'e beklemeksizin iletilmemesi sayılabilir (1,2). Laboratuvar tanısının öğrenilmesinin ardından, müdahalenin daha başarılı yönetildiği söylenebilir. Başarı kaydedilen alanlar, temaslı belirleme, hastane yöneticilerinin hızlı bilgilendirilmesi; AHBS ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden döküntülü hastalık izlemi; temaslıların bilgilendirilmesi, belirti izlem düzenlemeleri ve bilgi paylaşımı olarak özetlenebilir.

Bilgi teknolojileri sayesinde, HBYS'den kurumların poliklinik başvurularına hızla ulaşılabilmiş; AHBS'yle ilişkilendirilerek aile hekimi ve adres bilgileri eklenebilmiştir. Temaslıların hemen tümü hastanede olduğundan, refakatçilerinin olabileceği düşünülmüş; temaslıların daha kesin listesine ulaşılabilmesi ve belirti izlemi için ASM'lerden yardım alınmıştır. TSM'lerce ASM'lerin temaslılarla bağlantıya geçme durumunun sorgulandığı; ASM'lerce kişilerle bağlantıya geçildiğinin söylendiği, ancak TSM'lere kimlik ve iletişim bilgilerinin iletilmediği bildirilmiştir. İzleme süresinin sonunda, temaslı sayısı net olarak bilinmemiştir.

Diğer illerle bağlantı aşamasında, veri gizliliği gereği, kişilerin bilgilerini e-posta üzerinden yaymamak için özel çaba sarf edilmiştir. Ancak, yeniden yapılanma çalışmalarının yürütüldüğü; bulaşıcı hastalıklar birimlerindeki personel ile kurumların telefon numaraları dahil, kitlesel değişim yaşandığı ve izinlerin yoğun olarak kullanıldığı bu sürede, ülkenin neredeyse üçte birine ulaşılması zor olmuştur.

Hastanede kızamığın yayılımını önlemeye yönelik süreçlerin geliştirilmesi gerektiği anlaşılmıştır. Personelde aşılanma oranının düşük olması, personelin hastalığa yakalanma konusunda risk algısının istenen düzeyde olmadığını düşündürmüştür.

Hekimlerin makülopapüler döküntülü olgulara yaklaşımında da aksaklıklar saptanmıştır. Online tanı izlemi sayesinde, şüpheli tanılar için hekimler aranmış; böylece ihbar edilmemiş olgulara ulaşılabilmiştir. Olguların ihbar edilmemesinin temel nedeni, makülopapüler döküntülü hastaların, şüpheli kızamık olgusu olarak düşünülmemesidir. Çok kez duyurulmasına rağmen, hekimlerin mevzuat konusunda bilgi ve/veya uyum eksikliği dikkati çekmiştir. Sözlü bağlantılarda, makülopapüler döküntülü olguların şüpheli olarak değerlendirilip numune alınması tekrar bildirilmiş; yine de numune almada isteksiz davranıldığı fark edilmiştir.

Enfeksiyon zincirinin bileşenleri değerlendirildiğinde, ülkede, sadece imparte vakaların görüldüğü bildirilen kızamık için kaynağa yönelik en önemli müdahale, seyahat aşılmasına dahil edilmesi olarak düşünülmektedir. Umre ve Hac amacıyla yıl boyunca yurt dışına çıkılmakta, grupta gençler ve çocuklar da bulunmakta; seyahatte, çeşitli uluslardan pek çok kişi bir araya gelmekte, ortam, etkenle karşılaşma açısından önemli risk taşımaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Nitekim, olayın ardından THSK tarafından 81 ile yazılan yazıda, Haziran ayının son haftasından itibaren, Balıkesir, İstanbul ve Antalya’da da impoite olguların saptandığı; ikisinin Umre ziyaretiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir(3).

İzleme süresinin sonunda, etkinliklerin istenen düzeyde tamamlanamamasına karşın, toplumsal bağışıklığın yüksekliği sayesinde hastaya rastlanmaması sevindiricidir. Süreçte, başka bir ilçede kızamıkçık saptanmış, kontrol etkinlikleri başlatılmıştır.

Teşekkür: Dr.Mustafa SERTEL ve Dr. Tolga OVAYURT’a poliklinik kayıtlarının hızlı dökümü, Soma, Akhisar, Salihli TSM personeline özverili saha çalışmaları, ASM çalışanlarına temaslı izlemi çalışmaları ve THSK’dan Uz.Dr.Aslıhan COŞKUN’a desteği için teşekkür ederiz.

Anahtar Sözcükler: Kızamık, Bulaşıcı hastalık kontrolü, enfeksiyon kontrolü, yöneylem araştırması

Key words: Measles, Communicable disease control, infection control, operations research

Kaynaklar:

1. Kızamık, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri’nin 24.02.2004 / 1534 sayılı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı Ve Bildirim Sistemi Yönergesi
2. Sağlık Bakanlığı’nın 01.04.2010 tarih ve 18617/20 sayılı Kızamık/Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu Sürveyansı Genelgesi
3. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun 10.07.2012 tarih ve 3645 sayılı kızamık vakaları konulu yazısı

827

TÜRKİYE’DE 1991-2010 YILLARI ARASINDAKİ HEPATİT A İNSİDANS

Pınar Ay, Mehmet Ali Torunoğlu, Hande Gürün, Seracettin Çom

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya’da her yıl yaklaşık olarak 1.4 milyon yeni Hepatit A virüs (HAV) enfeksiyonunun geliştiğini bildirmektedir (1). Ülkemizde yürütülen seroprevalans çalışmaları da bölgesel farklılıklarla birlikte, HAV enfeksiyonunun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğuna işaret etmektedir (2-6). Bu çalışmanın amacı, 1991-2010 yılları arasında HAV insidans trendinin cinsiyet, yaş grupları ve bölgelere göre analiz edilmesi yoluyla ülkemizdeki hastalık epidemiyolojisinin değerlendirilmesi ve hastalığın önlenmesi ile kontrolüne yönelik stratejilerin önerilmesidir.

Gereç ve Yöntem: HAV insidans trendlerinin değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yoluyla elde edilen Ulusal Sürveyans Sistemine ait veriler kullanılmıştır. Ülkemizde HAV, bildirim zorunlu hastalıklar listesinde yer almakta ve veriler aylık olarak cinsiyet, yaş grupları ile bölgeler dikkate alınarak toplanmaktadır. Bilindiği gibi 2005 yılında Bulaşıcı Hastalık İhbar ve Bildirim Sistemi yenilenmiş ve bu bağlamda her enfeksiyon hastalığına ait standart tanımlar oluşturulmuştur. Sistemde kabul edilen tanıma göre klinik tanımlama ile uyumlu ve anti-HAV IgM pozitif bulunan vaka veya klinik tanımlama ile uyumlu ve laboratuvarca doğrulanmış bir A Hepatiti vakasıyla epidemiyolojik olarak ilişkili vaka, akut HAV olgusu olarak değerlendirilmektedir. Yeni oluşturulan bildirim sisteminde HAV, A grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasında sınıflandırılmıştır.

İnsidans hızları 100 000 kişi başına olacak şekilde hesaplanmıştır. Yaş grupları 0, 1-4, 5-9, 10-14 ve ≥15 yıl olacak şekilde değerlendirilmiştir. Bölgesel hızların hesaplanmasında 7 coğrafi bölge esas alınmıştır.

Bulgular:1990’lı yılların başında 100 000’de 30’ların üzerinde seyreden Hepatit A insidansı, 1994 yılından sonra düzenli bir düşüş eğilimi göstermiştir. İnsidans hızları 2000, 2005, 2008 ve 2010 yıllarına gelindiğinde sırasıyla

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

100 000'de 15.70, 12.97, 9.56 ve 3.75 olarak tespit edilmiştir. Erkeklerde saptanan hızlar, kadınlara göre biraz daha yüksektir. 2008 yılı verilerine göre insidans hızları, kadın ve erkeklerde sırasıyla 100 000'de 8.63 ve 10.75 olarak saptanmıştır. Çocuklarda 5-9 yaşına kadar kademeli olarak artan HAV morbiditesinin, 10-14 yaşından itibaren doğrusal bir azalış gösterdiği izlenmektedir. 2008 yılına ait veriler incelendiğinde 0, 1-4, 5-9, 10-14 yaş gruplarına ait insidans hızlarının, kızlarda sırasıyla 100 000'de 4.75, 21.75, 37.40, erkeklerde ise 8.64, 27.84, 43.62 olduğu görülmektedir. Ülkemizde HAV ağırlıklı olarak ergenlik dönemine kadar geçirilmekte, ilerleyen yaşla birlikte insidans hızları belirgin bir biçimde düşmektedir. Hızların bölgelere bağlı farklılık gösterdiği, Güneydoğu ve Akdeniz bölgelerinde yüksek düzeylere ulaşan hızların, Marmara bölgesinde en düşük seviyede seyrettiği izlenmektedir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Ülkemizde HAV insidansı düşüş trendi içindedir. Bilindiği gibi 2005 yılından itibaren güncellenen Sürveyans sistemi ile birlikte standart olgu tanımları kullanılmaya başlanmıştır. Bu durum 2005 öncesi ile sonrasını kıyaslamayı zorlaştırmaktadır. Ancak 2005 yılından sonra da, 2004 öncesine benzer düşüş trendin izlenmesi, insidans hızların gerçekten azalmakta olduğuna işaret etmektedir.

Ülkemizde 2010 yılına ait insidans hızı 100 000'de 3.75'dir. Bu hız, 2007 yılında Avrupa geneli için bildirilen HAV insidans hızı olan 100 000'de 2.8'e çok yakındır (7). Yine de ülkemizde saptanan HAV insidans hızların, gerçek değerinin altında olabileceği unutulmamalıdır. Sağlık kurumlarındaki tanı olanaklarının yaygınlığı ve niteliğinin yanı sıra sağlık hizmeti arama davranışı, diğer bir deyişle sağlık hizmetlerine başvuru oranları, insidans hızını belirlemede önemlidir. Bilindiği gibi hastaların sadece bir bölümünde hastalığa bağlı semptomlar oluşmakta, bu hastaların sadece bir kısmı sağlık kurumlarına başvurup tanı almakta ve yine bir kısmı bildirilmektedir. Özellikle çocuklarda HAV olgularının büyük oranda asemptomatik olması, insidansın gerçek değerinin altında bulunmasına yol açmaktadır. Saptanan olguların bildiriminde yaşanan eksiklikler, morbidite hızının gerçek değerinin altında bulunmasının bir diğer nedenidir. İzmir'de 2003 yılında yapılan ve sürveyans sisteminin değerlendirildiği bir çalışmada, laboratuvarlarda tanı alan HAV olgularının sadece %31.6'sının sağlık kurumları tarafından bildirildiği ortaya konmuştur (8). Ancak saptanan hızlar gerçek değerinin altında olsa da HAV insidansının süregelen bir düşme trendi göstermesi, hastalığın kontrolüne yönelik gelişmeyi ortaya koymaktadır. HAV aşısının Ulusal Bağışıklama Programında yer almadığı ve aşının yaygın olarak kullanılmadığı düşünüldüğünde, bu durumun genel sosyoekonomik iyileşmenin bir yansıması olabileceği akla gelmektedir.

Veriler, HAV insidans hızlarının, bölgeler arasında farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Seroprevalans çalışmaları da benzer şekilde bu tür farklılıklara dikkat çekmektedir (2-6). Bu durum, semptomatik infeksiyon gelişme olasılığının yaş ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle özel bir önem arz etmektedir. Sarılık, 6 yaş ve altında olguların sadece %10'unda gelişirken, bu oran büyük ve erişkinlerde %70'e varmaktadır. Böylece yüksek endemik düzeye sahip bölgelerde asemptomatik çocukluk çağı infeksiyonu yaygınken, orta endemik düzeyde bireyler infeksiyonu geçirmeden ileri yaşlara ulaşmakta ve erişkinlikte semptomatik hatta fulminan seyreden infeksiyon riski ile karşı karşıya kalmaktadır. Ülkemizde farklı endemik düzeydeki bölgelerin bir arada bulunması ve bu bölgeler arasında seyahatlerin yaygın olması, infeksiyonu geçirmemiş genç ve erişkinler açısından HAV riskini artırmaktadır (2).

DSÖ, HAV açısından ülkeleri düşük, orta ve yüksek endemik seviyede olmak üzere üç grupta incelemektedir. Düşük endemik düzeyde yer alan ülkelerde, olgulara ergen ve yüksek riskli erişkinlerde (eşcinseller, IV madde kullanıcıları, yüksek endemik bölgelere seyahat edenler) rastlanmaktadır. DSÖ bu tür özellikteki ülkelerde, sadece yüksek riskli grupların aşılmasını önermektedir. Orta endemik bölgelerde ise bulaş, kişiden kişiye olmakta ve hastalık periyodik salgınlarla seyretmektedir. Bu tür bölgelerde, olgular daha fazla oranda geç çocukluk ve erken erişkinlik döneminde görülmektedir. DSÖ, bu tür özellikteki ülkelerde, çocukluk çağında aşılama programlarını önermektedir. Yüksek endemik düzeye sahip ülkelerde ise infeksiyon büyük oranda erken çocuklukta asemptomatik olarak geçirildiği için aşılama programlarının uygulanması önerilmemektedir (9). Ülkemizde insidans trendlerindeki azalma, düşük endemik düzeylere geçişleri akla getirmektedir. Bununla beraber bölgeler arası değişen hızlar, HAV aşısının kullanımını tartışmaya açmaktadır. Söz konusu epidemiyolojik özellikler, HAV aşısının ülkemiz için maliyet yarar analizleri dikkate alındıktan sonra aşılama programı kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar sözcükler: Hepatit A, İnsidans hızı, Trendler, Türkiye

Kaynaklar:

1. World Health Organization. Hepatitis A. World Health Organization Fact Sheet No: 328http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en/index.html
2. Ceyhan M, Yildirim I, Kurt N ve ark. Differences in hepatitis A seroprevalence among geographical regions in Turkey: a need for regional vaccination recommendations. J Viral Hepat. 2008 Oct;15 Suppl 2:69-72.
3. Kaya D, Guler E, Ekerbicer HC ve ark. Hepatitis A seroprevalence and its relationship with environmental factors in children of different age groups in Kahramanmaraş, Eastern Mediterranean region of Turkey. J Viral Hepat. 2007 Dec;14(12):830-4.
4. Vancelik S, Guraksin A, Alp H. Hepatitis A seroepidemiology in Eastern Turkey. East Afr Med J. 2006 Feb;83(2):86-90
5. Oncu S, Oncu S, Sakarya S. Hepatitis A and B seropositivity among medical students. Health Policy. 2005 Sep 28;74(1):39-45.
6. Tosun S, Ertan P, Kasirga E, Atman U. Changes in seroprevalence of hepatitis A in children and adolescents in Manisa, Turkey. Pediatr Int. 2004;46(6):669-72.
7. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2009). Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.
8. Durusoy R, Karababa AO. Completeness of hepatitis, brucellosis, syphilis, measles and HIV/AIDS surveillance in Izmir, Turkey. BMC Public Health. 2010;10:71.
9. WHO Position Paper on Hepatitis A Vaccines. (2000). *Weekly Epidemiological Record*, No. 5, 75, 37-44.

898

ŞANLIURFA İLKÖĞRETİM OKULLARI 2010-2012 YILLARI KUTANÖZ LEISHMANİASİS AKTİF TARAMA SONUÇLARI

Nebiye Yentür Doni¹, Gülcan Gürses¹, Reşat Dikme¹, Zeynep Şimşek², Mehmet Muratoğlu³

¹Harran Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ²Harran Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı, ³Şanlıurfa Sağlık İl Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Leishmania cinsi protozoonların neden olduğu leishmaniasis, enfekte dişi kum sinekleri (Phlebotomus, Tatarcık, Yakarca) tarafından kan emme işlemi sırasında insan veya hayvanlara bulaşmaktadır. Leishmaniasis'in *Visseral leishmaniasis* (VL) ve *Kutanöz leishmaniasis* (KL) olmak üzere iki klinik türü vardır (1). KL, Türkiye'de, bildiri zorunlu hastalıklardan olup, bulaşıcı hastalıklar bildirim sisteminde grup A hastalıklar içerisinde yer almaktadır. KL, yüzyıllardan beri Türkiye'de görülmektedir. KL, Urfa Çıbanı, Antep Çıbanı, yıl çıbanı, Halep Çıbanı, Şark Çıbanı, güzellik yarası gibi değişik adlarla da bilinmektedir. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde hastalık etkeninin *Leishmania tropica* olduğu bildirilmektedir (1). Türkiye'de, 1990-2010 yılları arasında saptanan 46.003 yeni olgunun %96'sı Şanlıurfa, Adana, Osmaniye, Hatay, Diyarbakır, İçel ve Kahramanmaraş illerinde görülmüştür. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, son 20 yıldaki toplam olguların ortalama %45'inin Şanlıurfa'dan olduğu ve bu olguların yaklaşık %65'inin ise ilk ve orta öğretim dönemindeki çocuklar olduğu bildirilmiştir (2). Hastalığın küçük yaşlarda daha sık görülmesinin nedeni, yetişkinlerin böceklerle ısırılmaya dirençli olmaları ve küçük yaşta çocukların genellikle açık alanlarda oynamaları nedeniyle böceklerle ısırılma ihtimalinin yüksek oluşudur. Ayrıca çoğu yetişkinin de erken yaşlarda enfekte olmuş olduğu düşünülmektedir (1).

Bu çalışmada, KL'nin hiperendemik olduğu Şanlıurfa'da ilköğretim öğrencilerinde KL görülme sıklığının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Şark Çıbanı Teşhis ve Tedavi Merkezi tarafından 2010-2012 yıllarında Şanlıurfa il merkezinde hastalığın endemik olduğu mahallelerdeki ilköğretim okullarında yapılan tarama sonuçları kullanılmıştır. Tarama ekibinde bir uzman doktor, bir dermatoloji uzmanı, iki hemşire, iki sağlık memuru yer almıştır. Tedavinin yapıldığı günler (Pazartesi ve Perşembe) dışında okul taramalarına gidilmiştir. KL lezyonu saptanan öğrencilerin ailelerine çocuklarını Pazartesi ve Perşembe günleri tedaviye getirmeleri için yazı gönderilmiştir. Ayrıca KL'den korunma konusunda eğitimler verilmiş ve broşürler

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

dağıtılmıştır. Tanı güçlüğü çekilen olgular Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ve Mikrobiyoloji Anabilim dalında görevli akademisyenlere yönlendirilmiştir.

Bulgular: 2010 yılında 74 ilköğretim okulunda toplam 67585 öğrenci taranmış ve bunların 279'unda (binde 4.1) KL saptanmıştır. 2011 yılında, 37 ilköğretim okulunda toplam 72279 öğrenci taranmış, bunların 103'ünde (binde 1.4) KL saptanmıştır. 2012'de ise taranan 12 ilköğretim okulunda toplam 23600 öğrenci taranmış ve bunların 73'ünde (binde 3.1) KL saptanmıştır. 2011 yılında KL tespit edilen öğrenci yakınlarının yeni tespit sayısı 9, 2012 yılında ise 16 olarak saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen öğrenciler 7-15 yaşları arasındadır. Saptanan KL olgularının tümünün yeni olgu olduğu görülmüştür.

Tartışma: KL, birçok ülkede halk sağlığı sorunu olmasının yanı sıra önemli bir sosyal sorundur. 2008 Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre 88 ülkenin 82'sinde hastalık endemiktir. KL olgularının %90'ı Afganistan, Brezilya, İran, Peru, Suudi Arabistan ve Suriye'de görülmektedir (3). Türkiye'de hastalık 1981'den sonra kontrol altına alınmış olsa da, Şanlıurfa'da 1983'de 1700 olgunun etkilendiği bir epidemi görülmüştür. 1994 yılında ise yine Şanlıurfa'da 4185 olgu saptanmıştır (2). KL'nin, her ırk, yaş ve cinsiyetten insanın duyarlı olduğu ve çoğunlukla çocuklarda görüldüğü bilinmektedir (1-8).

Şanlıurfa başta olmak üzere Güneydoğu Anadolu bölgesinde olguların fazla görülmesinin nedenleri; erken tanı ve tedavi hizmetlerinin yetersizliği, Güneydoğu Anadolu Projesi nedeniyle bölgede meydana gelen iklim değişiklikleri, göçlerin artışı, vektörle düzenli bir mücadele yürütülememesi, sağlıksız kentleşme, çevre değişiklikleri, hayvan barınaklarının evlerin altında olması, insektisitlere direnç gelişmesi, komşu ülkelerde KL'nin endemik bir hastalık olmasıdır (1,2,4). Ayrıca Şanlıurfa'da mevsimlik tarım işçiliğine bağlı erken tanı ve tedavide yaşanan güçlüklerdir (7).

Sonuç ve Öneriler: Çalışmamız, KL'nin hala önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. KL, çocuk ölümüne neden olmamakla birlikte, özellikle yüzde kalıcı yara izlerine neden olduğundan çocuk ve gençlerde anksiyete ve depresyon semptomlarını artırmakta, damgalamaya neden olmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (8). Okulların açıldığı dönemde ve düzenli aralıklarla endemik bölgelerdeki okullarda erken tanı amaçlı tarama programlarının yürütülmesi, bölgede KL'nin erken tanı ve tedavisi için aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezi çalışanlarının eğitimi, halka yönelik sağlık eğitimi programları, tatarcık üreme alanlarının kontrolü ve cibinlik kullanımı gibi kişisel koruyucu önlemlerin uygulanması gerekmektedir. Okul sağlığı programları kapsamında bölgede tarama programlarına KL'nin dahil edilmesi ve öğrenci, öğretmen ve aile eğitimlerinin yapılması hastalığın kontrolünde öncelikli olan erken tanı ve tedavi hizmetlerinin niteliğini iyileştirecektir.

Anahtar kelimeler: Kutanöz leishmaniasis, ilköğretim okulları, ilköğretim öğrencileri

Kaynaklar:

- 1- Altıntaş N. Leishmaniasis. (Özcel MA, ed). GAP (Güneydoğu Anadolu Projesi) ve Paraziter Hastalıklar İzmir: Türkiye Parazitoloji Derneği, Ege Üniversitesi Basımevi, s.89-120. 1993.
- 2- Gürel MS, Yeşilova Y, Ölgen MK, Özbel Y. Türkiye'de Kutanöz leishmaniasisin Durumu. Türkiye Parazitoloj Derg 2012; 36: 121-9.
- 3-WHO. Report of the consultative meeting on cutaneous leishmaniasis Geneva, WHO Headquarters, 30 April to 2 May 2007; WHO/HTM/NTD/IDM/2008.7 http://www.who.int/leishmaniasis/resources/Cutaneous_leish_cm_2008.pdf. (Erişim: 22. 06. 2012).
- 4- Özbel Y, Töz ÖS, Leishmaniasis, Özcel MA. Tıbbi Parazit Hastalıkları.1. Baskı, İzmir: Meta Basım Matbacılık Hizmetleri, 2007: 198-230.
- 5- Sucaklı MB, Saka G. Epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Diyarbakir (2002-2006). Türkiye Parazitoloj Derg 2007; 31: 165-9.

6- Votypka J, Erisoz Kasap O, Volf P, Kodym P, Alten A. Risk factors for cutaneous leishmaniasis in Cukurova region, Turkey. Trans R Soc Trop Med Hyg 2012; 10.

7- Şimşek Z, Kara B, Demir C. Kutanöz leishmaniasis tedavisi uygulanmakta olan olguların tanımlayıcı özellikleri ve hastalık hakkında bilgileri. 1. Tarım Sağlığı ve Güvenliği Sempozyumu; çevresel ve mesleki riskler (Sempozyum kitabı, ss:231), 6-7 Nisan 2012, Şanlıurfa.

8- Yanik M, Gurel MS, Simsek Z, Kati M. The psychological impact of cutaneous leishmaniasis. Clin Exp Dermatol. 2004 Sep;29(5):464-7

497

BURDUR DEVLET HASTANESİ PERSONELİNİN RİSKLİ TEMAS DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sevinç Kant Sökel¹, Ayfer Çoksak², Nida Erçoban², Ahmet Selçuk Kılınç³, Fehminaz Temel⁴

¹Burdur Sağlık Müdürlüğü, ²Burdur Devlet Hastanesi, ³Burdur Halk Sağlığı Müdürlüğü ⁴Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Giriş ve Amaç: Hastane çalışanlarının riskli temas durumlarındaki tutum ve davranışları çalışan sağlığı ve güvenliği bağlamında önemli olmaktadır. Çalışmada; Burdur Devlet Hastanesinde çalışan personelin riskli temas durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Burdur Devlet Hastanesi 320 yatak kapasitesi ile ilin en büyük hastanesidir. Hastanede; 443'ü sağlık çalışanı olmak üzere toplam 902 personel görev yapmaktadır. Tanımlayıcı tipte planlanan çalışmada; hastanede çalışan tüm personel çalışmanın evrenini oluşturmuş olup, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmacılar tarafından hazırlanan ve personelin riskli temas durumlarındaki tutum ve davranışlarının sorgulandığı soruların yer aldığı anket, 10 kişide ön denemeleri yapıldıktan ve Sağlık Müdürlüğü ile hastane başhekimliğinden izin alındıktan sonra Aralık 2011-Ocak 2012 tarihlerinde uygulanmıştır. Anket; personelin sözlü onamı alınarak, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Veriler SPSS 15.0 paket programında analiz edildi. Analizlerde; tanımlayıcı ölçütlerden frekans ve yüzde, merkezi yığılım ölçütlerinden ortalama ve merkezi yaygınlık ölçütlerinden standart sapma kullanıldı.

Perkütan yaralanma (iğne batması, veya kesici-delici bir aletle yaralanma gibi), ter dışında diğer vücut sıvıları/salgıları ve kanın mukoza ve bütünlüğü bozulmuş cilt ile temas etmesi riskli temas olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Evrenin %92,0'sine ulaşılmıştır (832/902). Yaş Ortalaması 33.15±10.01 olan personelin %65,7'i kadın, %50.9'u yüksekokul veya üniversite mezunu, %23,1'i hemşiredir. Meslekteki çalışma süresi ortalama 160±105 ay olup, Burdur Devlet Hastanesindeki çalışma süresi ortalama 88±86 aydır. Enfeksiyon kontrol önlemleri hakkında personelin %28,2'si mezuniyet öncesi, %13,3'ü mezuniyet sonrası, %67,0'si hizmet içi ve %6,1'i sürekli tıp eğitimi aldığını bildirmiştir. Personelin %22,5' i kan ve vücut sıvıları ile bir kez teması olduğunu, %16,1'i ise birden fazla teması olduğunu bildirmişlerdir. En fazla riskli temas bildirilen meslek grubu hemşireliktir. Temas sonrası herhangi bir kişi veya yere başvurduğunu bildirenler, %45,7'dir. Personelin %17,6'sı hepatit B, %14,9'u hepatit C ve %5,6'sı Kırım Kongo Kanamalı Ateşi için temasa konu olan hastanın bulaştırıcı özellik taşıdığını bildirmiştir. Personelin %80,8'i riskli temas sırasında önlem almış olduğunu, temas sonrası ise; %50,4'ü test önerildiğini, %53,1'i önerilen testleri yaptırdığını bildirmiştir. Riskli temas sırasında/sonrasında alınan önlemler olarak; %42,2 eldiven, %7,0 çift eldiven, %4,5 önlük, %3,8 maske bildirilmiştir. Personelin sadece %19,4'ü riskli teması rapor etmiştir. Rapor etmeme nedenleri olarak; %30,3 rapor edilmesinin gerekli olduğunu bilmeme,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

%14,7 endişe etmediği, %13,8 bağışık olma bildirilmiştir. Kan ve vücut sıvıları ile temasın bildirildiği birimler; sırayla ameliyathane, acil servis ve cerrahi servis olarak bildirilmiştir. Riskli temas olarak ise; azalan sırayla en sık ampul kırarken yaralanma, iğne ucu ile yaralanma, bistüri, iğne gibi kesici delici aletle yaralanma, enjektör ucunu kapatırken yaralanma, göze/mukozaya vücut sıvılarının sıçraması bildirilmiştir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler:Hastanelerde, başta sağlık çalışanları için kan ve vücut sıvıları ile bulaşan enfeksiyon etkenleri önemli meslek hastalığı nedenleri olabilmektedir. Bu hastalıkların başında Hepatit B, Hepatit C ve HIV gelmektedir(1). 2002 yılından itibaren beri ülkemizde de görülen KKKA Hastalığı da kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklar arasında önem arz etmektedir(2). Sağlık çalışanları, standart enfeksiyon kontrol önlemleri ile bu hastalıklardan korunabilirler. Sağlık çalışanları arasında en sık riskli temas, kesici ve delici aletle yaralanmalar olmaktadır(3).

Araştırmaya katılanların yarısından fazlasının hizmet içi eğitim almasına rağmen, riskli temas sırasında yeterli önlemleri almaması, temas sonrası bildirim de yetersiz olması dikkat çekicidir. Bu durum, hastane personeline riskli temas süreyansı ve enjeksiyon güvenliği ile ilgili eğitim verilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Hastane enfeksiyon kontrol komitelerinin hastanedeki riskli alanları ve riskli temas durumlarını gözden geçirerek bu konudaki prosedürlerinde revizyona gitmeleri gerekebilir(4). Bu kapsamda ayrıca riskli temas sonrası bildirim ile temas sonrası izlem ve tedavi yapılacak birimlerin oluşturulması yararlı olabilir(5).

Anahtar Kelimeler: Riskli durum; Hastane personeli; Burdur

Kaynaklar:

1. Korkmaz M. Sağlık Çalışanlarında Delici Kesici Alet Yaralanmaları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:9 (2008)
2. Sağlık Bakanlığı'nın 09.07.2008 tarihli ve 2008/52 Sayılı Kırım Kongo Kanamalı Ateşi(KKKA) Genelgesi.
3. Kutlu D. Ameliyathane Çalışanlarının Cerrahi Aletlerle Yaralanma Riski ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. Tez No:2007/009
4. Erol S, Özkurt Z, Ertek M, Kadanalı A, Taşyaran MA. Sağlık Çalışanlarında Kan ve Vücut Sıvılarıyla Olan Mesleki Temaslar. Hastane Enfeksiyonları Dergisi Cilt: 9 Sayı: 2 Yıl:2005
5. Turunç T. Sağlık Çalışanının Sağlığı: HIV, HBV, HCV Pozitif Sağlık Personelinin Yönetimi Hastane Enfeksiyonları Dergisi Cilt: 15 Sayı: 1 Nisan 2011 s.130-134.

4- Çevre Sağlığı / Afetler ve Kazalar

Çevre Sağlığı

498

BİGA YARIMADASINDA ASBEST MARUZİYETİ VE AKCİĞER SAĞLIĞI ÜZERİNE DİSİPLİNLERARASI ÇALIŞMA

Coşkun Bakar¹, Arzu Mirici¹, Uğur Gönlüğü¹, Erdinç Yiğitbaş², Ümmühan Kahyaoğlu³, Şahin Kahyaoğlu³, Namık Kemal Kubat³

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, ³Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü,

Giriş ve Amaç: Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nün 03 Mart 2011 tarihli yazısı ile Lâpseki ilçesi Dumanlı köyünde iki mezotelyoma olgusu bildirilmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Kontrol Birimi ile yapılan görüşmelerde aynı köyden iki mezotelyoma olgusu daha bildirilmiştir. Konuyla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının Çanakkale Valiliğine yazdığı 01 Şubat 2011 tarihli yazıda konunun önemine, korunma yöntemlerine değinilmektedir. Bu yazıda Türkiye'nin birçok bölgesinde asbest ve zeolitle ilgili riskli alanların bulunduğu ve bu konuda epidemiyolojik çalışmaların yürütüldüğünden bahsedilmektedir. Bu konuda üniversitemizin Tıp Fakültesi ve Mühendislik ve Mimarlık Fakültesinden konu ile ilgili çalışmalarını, bölgede asbestin kullanılıp kullanılmadığı ve bu riskin ortadan kaldırılması için yapılması gereken çalışmalar hakkında bilimsel görüş oluşturulması istenmiştir

Mezotelyoma akciğer zarının primer tümörüdür. Zeolit(erionit) ve asbest liflerinin solunum yolu ile alınması ile oluşur. Diğer yollarla alınan liflerin (deri ya da sindirim sistemi) hastalık yapmadığı deneysel ya da epidemiyolojik çalışmalarla gösterilmiştir. Hastalık bu liflerin çevresel ya da mesleki yollarla alınmasından itibaren 20-40 yıl sonra gelişmiştir. Mesleki mezotelyoma 60-70'li yaşlarda erkeklerde daha fazladır. Çevresel mezotelyoma daha genç yaş gruplarında görülmektedir. Nedeninin doğumdan itibaren liflerle temas etmekle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Mezotelyomanın erken tanısı yoktur. Bugün için etkili bir tedavisi de bulunmamaktadır. Ancak maruziyetin engellenmesi halinde korunma mümkündür.

Lâpseki ilçesi Dumanlı köyünde 2010 yılından itibaren 4 mezotelyoma olgusu bildirilmiştir. Bu olguların 2'si kadın, 2'si erkektir. Yaş ortalaması 72,3'dür. Üçünün hikâyesinde sigara kullanma öyküsü de bulunmaktadır. Olgulardan ikisi doğumdan itibaren Dumanlı köyünde yaşamakta olup, bir olgu 15 yıl Dumanlı köyünde yaşadıkdan sonra Lâpseki'ye taşınmıştır. Diğerleri de Lapseki ilçesinde yaşamakta olup bölgede ne kadar yaşadığı hakkında bilgi yoktur.

Lapseki ilçesi Dumanlı köyü ve yakın çevresinde zeolit ve asbest yataklarının bulunduğu dair bir bilgi Maden Teknik Arama Türkiye Maden Envanteri (1980)'de bulunmamaktadır.

Bu projenin kısa vadeli amacı Lâpseki Dumanlı köyünde mezotelyoma olgularının nedenlerinin açıklanabilmesi amacıyla, son beş yılda köyde meydana gelen ölüm nedenlerinin saptanması, köyde yaşayan 18 yaş ve üzeri nüfusta plevral plak taraması yapılması ve arazinin asbest ve zeolit yapısı açısından değerlendirilmesidir.

Projenin uzun vadeli amacı bölgede olası asbest ve zeolit oluşumu ve buna bağlı olarak mezotelyoma gelişme riskinin azaltılması için yapılabilecek çalışmalara yol göstermesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma için Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nün koordinatörlüğünde Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Jeoloji Mühendisliği bölümü ile temasa geçilmiş ve Mezotelyoma Araştırma Komisyonu Kurulmuştur. Komisyon İl Sağlık Müdürlüğü'nün Koordinatörlüğünde, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve Göğüs Hastalıkları Anabilim Dallarını ile Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi Jeoloji Mühendisliğinden öğretim üyelerinin katılımı ile oluşturulmuştur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından olguların epidemiyolojik değerlendirilmesi ve son beş yıl içinde bölgede görülen ölüm nedenlerine ulaşabilmek amacıyla Sözel Otopsi Anketi yapılmıştır. Bu amaçla köy muhtarından Dumanlı köyünde son beş yıl içinde gerçekleşen ölümlerin listesi istenmiş. Bu ölenlerin ailelerine ulaşılmış ve sözel otopsi anketi uygulanmıştır. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından 18 yaş üzerinde olanlarda plevral plak taraması yapılmıştır. Köydeki 18 yaş üzeri kişilere akciğer grafisi çekilmiş ve plevral plak varlığı araştırılmıştır. Bu çalışma için İl Sağlık Müdürlüğü tarafından çevre illerden bir portabl röntgen cihazı sağlanmıştır. Bunun dışında Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı 2 öğretim üyesi ve 2 araştırma görevlisi köyde kişilerin değerlendirmesini ve muayenesini yapmıştır. Bu işlem bizzat köyde yürütülmüş ve 1 gün sürmüştür.

Jeoloji Mühendisliği tarafından da bölge asbest ve zeolit açısından değerlendirmiştir.

Arazide çıplak gözle yapılacak gözlemler söz konusu minerallerin varlığına işaret ettiği takdirde uygun lokasyonlardan örnekler alınarak;

- a) Petrografik tayin
- b) Mineralojik tayin
- c) İhtiyaç duyulması durumunda jeokimyasal analizler yapılması planlanmıştır.

Bulgular: 2010 yılı Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Dumanlı Köyü 216 (116 erkek 100 kadın) nüfusa sahiptir.

Jeolojik Bulgular: Jeoloji Mühendisliği Öğretim üyeleri tarafından yapılan araştırma sonucunda Lapseki İlçesi Dumanlı köyünün kuzey ve batı kesimlerinde asbest mineralinin oluşumuna uygun jeolojik ortamın bulunduğu tespit edilmiştir. Bölgeden alınan numunelerin petrografik ve mineralojik (SEM ve XRD) analizleri sonucunda Dumanlı köyü ve yakın çevresinde asbest, Çamyurt (Dumanlı'nın komşu köyü) köyünde zeolit minerallerinin varlığı tespit edilmiştir.

Yerbilimleri çalışmaları Dumanlı köyü ve yakın çevresinde asbest yataklarının olup olmadığının tespiti amacıyla jeolojik harita alımıyla başlamıştır. Belirlenen asbest mostraları jeoloji haritalarına işlenmiş, numuneler alınmıştır. Numunelerin petrografik tayinlerinin ardından SEM ve XRD analizleri yapılmıştır. Dumanlı köyü çevresinde asbestiform mineraller MTA 1/500.000 Ölçekli Jeoloji Haritasında Denizgören Ofiyoliti olarak haritalanmış olan birimler içinde yer almaktadır. Birim başlıca ileri derecede makaslama uğramış (sheared) serpantinitle temsil edilmektedir. Serpantinler bölgede yaygın mostra veren ve mikaşit, gnays, mermer litolojilerinden oluşan Çamlıca metamorfite içinde tektonik dilim ve mercerler halinde bulunmaktadır. Bu tektonik dilim ve mercerler doğrudan atımlı faylarla sınırlı olup muhtemelen geç Kretase – erken Eosen aralığında bölgede etkili olmuş bir transpresyonel tektonikle bu konumlarını kazanmışlardır. Bu doğrudan atımlı sistem içerisindeki gerilme - makaslama alanlarında asbestiform mineraller gelişmiştir. Petrografik ve mineralojik tayinler bu minerallerin başlıca klinokrizotil, lizardit ve antigorit yanı sıra aktinolit olduğunu göstermiştir.

Ölüm Nedenleri: Halk sağlığı AB Öğretim Üyesi ve Kanser Kontrol Birimi çalışanları tarafından son beş yılda saptanan 9 ölüm vakasının 5'inin kanser nedeniyle olduğu tespit edilmiş ve bunlardan 1 tanesinin mezotelyomaya bağlı olduğu anlaşılmıştır. Diğer ölümler, mide kanseri, akciğer kanseri, larenks kanseri, kardiyovasküler hastalık, alzheimer ve kalça kırığı, KOAH'a bağlıdır. 95 yaşında gerçekleşen bir ölümün nedeni de bilinememektedir. Çocuk ve genç yaş grubunda ölüm görülmemiştir. Ölümlerin 5'inde de sigara kullanımı hikâyesi vardır. Mezotelyomadan ölen 1 kişi 74 yaşında erkek olup sürekli köyde yaşamıştır.

Göğüs Hastalıkları AD taraması sonuçları: Göğüs Hastalıkları AB Dalı Öğretim Üyeleri, Asistanları ile birlikte yapılan tarama sonucunda 18 yaş üzeri 139 kişiye mikrofilm taraması ve solunum fonksiyon testi yapılmıştır. İncelenenlerin %22'sinde (30 kişi) plevra kalsifikasyonu %2,9'unda (4 kişi) plevra kalınlaşması saptanmıştır. Asbestli toprakla maruziyet süresinin 23-80 yıl arasında değiştiği, bölge halkının eskisinden daha az oranda asbestli toprağı kullandığı ve asbest solumanın olumsuz etkilerinden habersiz olduğu görülmüştür. Radyolojik patoloji ile çevresel asbest maruziyeti arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (r:0.435, p<0,05).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda bölgede asbestiform mineraller yataklar halinde bulunmaktadır. Bunlar çeşitli amaçlarla yaygınca ve denetimsiz olarak kullanılmış ve kullanılmaktadır. Bunların oluşum mekanizması incelendiğinde Biga yarımadasında daha başka alanlarda da benzeri sorunlarla karşılaşılması kuvvetle muhtemeldir. Maruziyet halen devam etmektedir. Bölgenin jeolojik yapısı dikkate alındığında Biga yarımadasında asbest dışında eriyonit maruziyeti hususunda da benzeri araştırmaların yapılması gerekir.

Dumanlı köyünden son bir yıl içinde bildirilen mezotelyoma olgularının bölgedeki asbestle ilişkili olabileceği yönünde güçlü kanıtlar elde edilmiştir. Köyde asbestli toprak eskisine göre az olmakla birlikte halen kullanılmaktadır. Birimimiz tarafından hazırlanan afiş ve broşürler ile konunun uzmanları tarafından asbestli toprak, sebep olduğu hastalıklar ve bölge halkının sağlık kontrolü için yapılacaklar konusunda halk eğitimi düzenlenmiştir.

İl Hıfzıssıhha Kurulu'nda diğer İl Müdürlüklerine bilgi verilerek, asbestli bölgelerin kapatılması ve asbest içeren ak toprağın kullanılmaması için karar alınmış ve gerekli planlamalar yapılmıştır.

Kanser Kayıt Birimi'ne yapılan mezotelyoma bildirimleri doğrultusunda asbestli toprağın kullanıldığı yerlerde bilgilendirme eğitimleri yapılarak ve asbestli toprağın kullanımının engellenmesine yönelik önlemleri alarak, asbest ve zeolit minerallerinin insan sağlığına olan olumsuz etkilerinin minimuma indirileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi jeoloji, Asbest, Mezotelyoma, Dumanlı, Çanakkale

281

DÜZCE HAVA KALİTESİ İZLEME İSTASYONU 2007-2011 YILLARI ARASI VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Atilla Senih Mayda, Muammer Yılmaz

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı

Giriş ve Amaç : Hava kirliliği hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki insanları etkileyen önemli bir çevre sağlığı sorunudur. Yarısından fazlası gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere her yıl 1,3 milyon kişi kentsel dış hava kirliliğinden öldüğü tahmin edilmektedir (1).

Farklı grupların bireyleri farklı şekillerde hava kirliliğinden etkilenir. Daha ciddi sağlık etkileri zaten hasta olan insanlar arasında görülmektedir. Buna ek olarak, daha düşük gelir ve sağlık hizmetlerine sınırlı erişim olan çocuklar, yaşlılar gibi hassas toplulukların hava kirliliğinin olumsuz etkilerine daha duyarlıdır (1).

Hava kirliliği ile ilgili ilk belirlemelerin 1200'lü yıllara kadar uzandığı belirtilmektedir. Pensilvanya ve Londra'da ,1948 ve 1952 yıllarında akut hava kirliliği birçok kişinin hastalanmasına ve ölümüne neden olduğu bilinmektedir. Ülkemizde hava kirliliğinin 1950'li yıllarda nüfus artışı ve hızlı kentleşme ile birlikte gündeme geldiği, bunun sonucunda kömür ve petrole talebin arttığı ve başta İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük kentlerde olmak üzere şiddetli hava kirliliği episodları yaşandığı bildirilmektedir (2). Hava kirliliğinin azaltılması amacıyla 06.06.2008 tarih ve 26898 sayılı resmi gazetede yayınlanan Hava Kalitesi Değerlendirme Yönetimi ve Yönetmeliği (HKDYY), sıkı ve bağlayıcı hava kalitesi hedefleri ortaya koymuştur. Ülkemiz hava kalitesi sınır değerlerinden çok daha düşük olan Avrupa Birliği (AB) hava kalitesi limit değerlerine ulaşmak hedeflenmektedir (3).

Hava kirliliğine neden olan kaynaklara bakıldığında; başta endüstri (termik santraller, çimento, demir-çelik endüstrisi vs) olmak üzere, konutlarda yakılan fosil yakıtlar (kömür, kalorifer yakıtı vs, kış sezonu hava kirliliğinin %80'den sorumlu) ve trafikten kaynaklanan egzoz emisyonunun sorumlu olduğu görülmektedir (4).

Hava kirliliğine sebep olan 5 temel kirlenici için hava kalitesi indeksi hesaplanmaktadır. Bunlar; Partikül Madde 10 (PM10), Kükürt Dioksit (SO₂), Karbon Monoksit, Azot Dioksit ve Ozondur. Havanın doğal bileşimini değiştirip,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kirli hava özelliği kazandıran kirleticilerden, SO₂ ve PM10 ölçümü, kirlilik düzeyine karar verirken, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yeterli bulunarak bütün dünya ülkelerine önerilmiştir. Havadaki partikül madde insan sağlığını etkileyen en önemli kirleticilerden biridir. Partikül boyutu ile sağlık üzerindeki olumsuz etkisi direkt olarak bağlantılıdır. Partikül çapı küçüldükçe, yüzey alanı artmakta ve partiküllerin olumsuz etkileri artmaktadır (5). Partikül madde, içinde, pek çok organik ve inorganik kirletici ile kanserojen özellikte arsenik, kromat, asbest, nikel, kadmiyum gibi ağır metalleri içerdiğinden SO₂'den daha önemlidir (5,6).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda, endüstriyel kirliliğin yoğun olduğu kentlerdeki kardiyorespiratuar ölüm oranlarının, kirliliğin az olduğu kentlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hava kirliliği düzeyindeki düşüşlerin mortaliteye etkisini araştıran bir çalışmada, siyah duman düzeyindeki %70'lik düşme sonucu, travma dışı genel ölümlerde %5,7, respiratuar ölümlerde %15,5, kardiyovasküler ölümlerde %10,3' lük bir azalma gözlenmiştir. Diğer yandan, hava kirliliğinin hastalık morbiditesi üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalarda PM10 düzeylerindeki artışa bağlı olarak 65 yaş ve üzerinde astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalıklarına bağlı hastane kabullerinde artış olduğu görülmüştür (5).

Birçok il gibi Düzce'de de hava kirliliği önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle çalışmanın amacı 2007-2011 yılları arasında Düzce İli'nin hava kalitesi düzeylerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Veriler Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Hava Kalitesi İzleme İstasyonları Web Sitesi'nden alınmıştır (7). Bu web sitesinde Düzce İstasyonu verileri 2007 yılı başından beri yayınlanmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; bu siteden elde edilen PM10, SO₂ iken bağımsız değişkenleri; rüzgâr hızı, hava sıcaklığı, rüzgâr yönü, bağıl nem, hava basıncı, sezon, yıl ve aydır. Kış sezonu 1 Ekim – 31 Mart tarihleri arasındaki değerleri kapsamaktayken yaz sezonu 1 Nisan – 30 Eylül arasındaki değerleri kapsamaktadır. Ölçümler HKDYY ve AB sınır değerleri ile karşılaştırılmıştır. Verilerin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri hesaplanmıştır. Ortalamaların yıllara ve sezona göre farklılık gösterip göstermediği iki ortalama arasındaki farkın önem kontrolü, varyans analizi testleri ve ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Varyans analizinde farklılık çıktığında farklılığın hangi yıldan kaynaklandığını anlamak için post-hoc analizler yapılmıştır.

Türkiye SO₂ kış sezonu ortalama hedef sınır değer 150 µg/mm³, yıllık aritmetik ortalama 60 µg/mm³, hedef sınır değer kış sezonu ortalama 120 µg/mm³ 'dür. SO₂ için AB kış dönemi ve yıllık ekosistem sınır değerleri 20 µg/mm³tür (3,8).

PM10 için Türkiye'de 2012 yılı için belirlenen Kısa Vadeli Sınır Değerleri (KVS)140 µg/mm³, kış sezonu ortalaması 112 µg/mm³ ve Uzun Vadeli Sınır Değerleri(UVS) yıllık ortalaması 78 µg/mm³'dir. PM10 için AB 24 saatlik sınır değeri 50 µg/mm³'dir ve AB yıllık ortalama limit değeri ise 40 µg/mm³ 'dır (3,8).

Bulgular: AB yıllık ortalama limit değeri PM10 için Düzce'de 2007–2011 yıllarının tümünde aşılmıştır. Yine Türkiye'de 2012 yılı için belirlenen PM10 UVS değeri 2007–2011 yıllarının tümünde sınır değerler aşılmıştır. Yıllara göre PM10 ortalamaları arasındaki farklılık da istatistiksel olarak anlamlıdır. Farklılığın hangi yıllardan ileri geldiğini anlamak için yapılan post-hoc analiz sonucunda farklılığın 2008–2009, 2009-2010 yılları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı görülmüştür (F=4,5, p=0.001).

Yıllara göre PM10 24 saatlik Türkiye 2012 sınır değeri olan 140 µg/mm³ değerinin aşıldığı gün sayısı toplam 1328 gündür. Yıllar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir (x²=7,1, p=0.133). 2007 yılında toplam 303 gün ölçüm yapılmıştır; 140 µg/mm³'in altında 24 saatlik ortalama PM10 değeri olan günlerin sayısı 261 (%86,1); 140 µg/mm³'in üzerinde değer olan gün sayısı ise 42 (%13,9) bulunmuştur. 2008 yılında toplam 217 gün ölçüm yapılmıştır; 140 µg/mm³'in altında 24 saatlik ortalama PM10 değeri olan günlerin sayısı 170 (%78,3); 140 µg/mm³'in üzerinde değer olan gün sayısı ise 47 (%21,7) bulunmuştur. 2009 yılında toplam 357 gün ölçüm yapılmıştır; 140 µg/mm³'in altında 24 saatlik ortalama PM10 değeri olan günlerin sayısı 301 (%84,3); 140 µg/mm³'in üzerinde değer olan gün sayısı ise 56 (%15,7) bulunmuştur. 2010 yılında toplam 358 gün ölçüm yapılmıştır; 140 µg/mm³'in altında 24 saatlik ortalama PM10 değeri olan günlerin sayısı 303 (%84,6); 140 µg/mm³'in üzerinde değer olan gün sayısı ise 55 (%15,4) bulunmuştur. 2011 yılında toplam 359 gün ölçüm yapılmıştır; 140 µg/mm³'in altında 24 saatlik ortalama PM10 değeri olan günlerin sayısı 293 (%81,6); 140 µg/mm³'in üzerinde değer olan gün sayısı ise 66 (%18,4) bulunmuştur. Kış ve yaz sezonu ortalamaları arasındaki fark 2007 yılında istatistiksel olarak anlamlı değil iken diğer bütün yıllarda ve 2007–2011 yıllarında sezonlar arasındaki ortalama farkları istatistiksel olarak anlamlıdır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

PM10 ve SO₂ değerlerinin hava sıcaklığı, rüzgâr yönü, rüzgâr hızı, nem, hava basıncı, yıl ve aylar ile ilişkisi incelendiğinde, PM10 değerinin;SO₂, hava sıcaklığı, rüzgâr hızı, hava basıncı değerleri ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu (p<0.05) görülmüştür. SO₂ değerinin; PM10, hava sıcaklığı, rüzgâr yönü, rüzgâr hızı, nem, hava basıncı, yıl ve ay değerleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu (p<0.05) görülmüştür.

Türkiye 2012 yılı SO₂ 24 saatlik sınır değeri 280 µg/mm³ ve Avrupa birliği SO₂ 24 saatlik sınır değeri 125 µg/mm³ değerlerinin hiç aşılmadığı görülmüştür. Aynı şekilde SO₂ için belirlenen Türkiye kış sezonu ortalama hedef sınır değer, yıllık aritmetik ortalama, hedef sınır değer kış sezonu ortalama değerleri aşılmamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Düzce ili hava kalitesi ölçüm sonuçlarına göre Düzce ili için PM10 değerlerinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Çevre ve Orman Bakanlığı Temiz Hava Eylem Planına göre PM10 hava kalitesinde Düzce gibi yüksek olduğu iller Iğdır, Karabük, Denizli, Çorum, Bolu, Batman, Kahramanmaraş, Siirt, Van ve Mardin'dir.

Çanakkale'de 1991–2001 yılları arasında yapılan çalışmada; kış dönemlerinde her bir ayın günlük SO₂ değeri ve PM değeri ortalama verileri ile diğer ayların SO₂ değeri ve PM değeri ortalamaları arasında yapılan varyasyon analizlerinde en fazla kirliliğin Ocak aylarında olduğu görülmüştür (9). Erzurum ili kent merkezindeki 2003–2006 yılları arasındaki hava kirliliği araştırmasında kış mevsiminde en büyük SO₂ ve PM10 değeri; en yüksek Ocak, daha sonra Aralık ayında görülmüştür (6). Bu çalışmada ise PM10 değerlerine bakıldığında en fazla kirliliğin Kasım aylarında olduğu görülmektedir. Çanakkale'de yapılan çalışmada aylara göre PM10 ortalama değerleri değerlendirildiğinde; kirliliğin Ekim ayından itibaren arttığı, en fazla artışın Ocak ayında olduğu ve Şubat ayından itibaren azalmaya başladığı görülmüştür (9). Bizim çalışmamızda da aynı şekilde Ekim ayında başlayan artışın, şubat ayından itibaren azalmaya başladığı ve en fazla artışın Kasım ayında olduğu görülmüştür. Ancak 2007 Nisan ayındaki 240,0 değeri dikkat çekmekle birlikte bu aydaki yüksek ortalama değerinin nedeni hakkında bir yorum getirilememiştir.

PM10 ve SO₂ değerlerinin hava sıcaklığı, rüzgâr yönü, rüzgâr hızı, nem, hava basıncı, yıl ve aylar ile ilişkisi incelendiğinde, PM10 değerinin SO₂, hava sıcaklığı, rüzgâr hızı, hava basıncı değerleri ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Erzurum ilinde yapılan bir çalışmada da düşük sıcaklık ve rüzgâr hızı, yüksek basınç ve nemin SO₂ ve PM10 yüksekliğinde etkisinin olduğu gösterilmiştir. Erzurum ili kent merkezindeki yapılan araştırmada 2003–2006 yılları arasında PM10 değeri ortalamasının hiç sınır değeri aşmadığını ve SO₂ değerinin ise 2003'den 2006 yılına doğru gittikçe düşerek sınır değerinin altına indiği görülmüştür. Bu durum Erzurum ilinde yaygınlaşan doğalgaz kullanımına bağlanmıştır (6). Çanakkale'de ise 1991–2001 yılları arasında yapılan çalışmada 1991–1992 ve 1993–1994 kış dönemlerinde kirliliğin yüksek olduğu görülmüştür. 11.04.1997 tarihli toz kömürü kullanımını yasaklama kararının ardından PM10 değerinde herhangi düşüş gösterilememiştir (9). Düzce ilinde 2005 yılından itibaren başlayan doğalgaz kullanımı, 2008 yılında toplam 14.132 doğalgaz abonesine, 01 Haziran 2011 tarihi itibarıyla 55,049 aboneye ulaşmıştır (10). 2008 ve 2011 yılları arasında artan doğalgaz kullanımına rağmen PM10 değerlerinin sınır değerleri aştığı ve PM10 değerinin 2011 yılında 2010 yılına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Düzce'de özellikle PM10 parametresindeki yüksek değerler nedeniyle Çevre ve Şehircilik Bakanlığının hava kirliliği ile ilgili denetimlerinin artırılması gerekmektedir. Uyarı eşliğinin aşıldığı günlerde gerekli önlemler alınmalıdır. Düzce'de tespit edilen yüksek PM10 değerlerinin nedeni araştırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Düzce, Hava Kalitesi, PM10

Kaynaklar:

1)Public Health and Environment (PHE), Health impacts.
http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/health_impacts/en/index.html. [Erişim tarihi 05.04.2012]

2) Enerji sektöründen kaynaklanan hava kirliliği. Ulusal Çevre Eylem Planı. Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara, 1997.

3)Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

<http://www2.cevreorman.gov.tr/yasa/yonetmelik.asp>, [Erişim tarihi 14.05.2012]

4) Elbir T, Muezzinoglu A, Bayram A. Evaluation of some air pollution indicators in Turkey. Environ Int, 2000; 26: 5-10.

5) Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Türkiye'nin Hava Kirliliği ve İklim Değişikliği Sorunlarına Sağlık Açısından Yaklaşım. T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara;2010, s 83-87

6) Beyhun NE, Vançelik S, Acemoğlu H, Koşan Z, Güraksın A. Erzurum İli Kent Merkezinde 2003-2006 Yılları Arasında Hava Kirliliği; TAF Prev Med Bull 2008; 7(3):237-242

7) Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı.<http://www.havaizleme.gov.tr/Default.ltr.aspx>, [Erişim tarihi 24.12.2011]

8) Çevre ve Şehircilik Bakanlığı,Sıkça sorulan sorular,Hava kalitesi indexi.<http://www.havaizleme.gov.tr/hava.html>, [Erişim tarihi 05.02.2012]

9) Uysal İ. Çanakkale'de 1991-2001 Yılları Arasında Hava Kirliliği Sorunu. Ekoloji Çevre Dergisi, Sayı:45, Cilt:11, 18-23,2002

10) Doğalgaz cihazları sanayicileri ve işadamları derneği,Doğalgaz abone durumu-01.haziran 2011/Tablo 4.<http://www.dosider.org/?p=5&i=7>, [Erişim tarihi 05.04.2012]

248

İSTANBUL İLİNDE YÜZME VE REKREASYON AMAÇLI KULLANILAN SULARIN MİKROBİYOLOJİK PARAMETRELER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Metin Balcı¹, Emine Karatoy Altunkaynak, Sait Şen, Nureddin Karakaş, İrfan Yılmaz

¹İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Çevre Sağlığı Birimi

Giriş ve Amaç: **Yüzme alanı;** yüzme suyunun bulunduğu alan, **yüzme suyu;** yetkili makamlarca yüzmeye açıkça izin verilen veya yüzmenin yasaklanmadığı ve geleneksel olarak çok sayıda insanın yüzdüğü akarsu, göl, baraj gölü ve deniz suyu, **rekreasyon alanları ise;** plaj olarak kullanılan kıyı suları ile temas gerektirmesine bakılmaksızın sportif amaçla kullanılan akarsu, göl, baraj gölü ve deniz suları olarak tanımlanmaktadır.(1)

Yüzme ve rekreasyon amaçlı kullanılan suların insan sağlığını etkileyen hastalık yapıcı mikroorganizmaları ve zararlı kimyasal maddeleri içermemesi istenmektedir. Su kalitesi ve hastalığın görülme sıklığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan prospektif epidemiyolojik çalışmalar sonucunda en sık ; gastrointestinal, göz, kulak, deri ve alerjik belirtiler ve solunum problemlerin ortaya çıktığı bildirilmiştir.(2,3,4) Suların kalite standartlarının belirlenmesini sağlamak, izlemek ve kalite standartlarını etkileyen kirlenici unsurları engellemek halk sağlığı açısından büyük bir öneme sahiptir. Marmara ve Karadenize kıyısı olan ve halihazırda 12 ilçe sınırlarında yüzme alanları bulunan, Türkiye toplam nüfusunun % 18,2 sini oluşturan İstanbul ili; 13.624.240 nüfusu (5) ve yıl içinde gelen 8.057.879 yabancı ziyaretçi sayıları ile (6) demografik açıdan değerlendirildiğinde halk sağlığının korunmasına yönelik yürütülen çalışmalar daha büyük bir önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada, 2011 yılında İstanbul ilinde yüzme amacıyla kullanılan sulardan alınan mikrobiyolojik analiz amaçlı numunelerin, analiz sonuçları değerlendirilerek yüzme alanlarının anlık değerlendirilmelerinin ve sınıflandırılmalarının saptanması amaçlanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma; 09 Ocak 2006 tarih ve 26048 sayılı Resmi Gazete yayınlanarak yürürlüğe giren Yüzme Suyu Kalitesi Yönetmeliği kapsamında, İstanbul ili Adalar, Arnavutköy, Bakırköy, Beykoz, Beylikdüzü, Büyükçekmece, Çatalca, Kadıköy, Sarıyer, Silivri, Şile, Tuzla ilçe sınırlarında bulunan yüzme alanlarında 2011 yılında yürütülmüştür. 80 adet yüzme alanından alınan 724 adet su numunesi örneği materyal olarak kullanılmıştır.

Yüzme sezonu döneminde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü koordinatörlüğünde; 80 adet yüzme alanını izlemek amacıyla, her yüzme alanından 2 haftada 1 defa numune alınmasını sağlayacak şekilde hazırlanan numune takvimi doğrultusunda, kendi ilçe sınırları içerisinde bulunan yüzme alanlarından İlçe Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından; 500 ml steril cam şişelere numune alınarak Halk Sağlığı Laboratuvarlarına götürülmüştür. Aynı gün Halk Sağlığı Laboratuvarları tarafından alınan numunelerin analizlerine başlanmıştır.

Mikrobiyolojik analiz amacıyla alınan numuneler toplam koliform, fekal koliform, fekal streptokok parametreleri yönünden incelenmiştir.(7) Numunelerde toplam koliform, fekal koliform, fekal streptokok aranmasında membran filtrasyon yöntemi kullanılmıştır.

Membran filtrasyon yönteminin prensibi; Belirli hacimdeki bir numunenin mikroorganizmalarını gözenek çapları belli bir membran filtre üzerinde tutarak, bu filtreyi aseptik koşullarda uygun bir standart katı besiyeri veya besiyeri emdirilmiş absorbant ped üzerine yerleştirilerek koloni oluşturmasını sağlamak, oluşan kolonileri sayarak numunedeki mikroorganizma sayısını bulmaktır.(8,9)

80 adet yüzme alanından alınan 724 adet su numunesinin analiz sonuçları kullanılarak yapılan yüzme alanlarının anlık değerlendirilmesi ve sınıflandırılması ile ilgili olarak; Yüzme Suyu Kalitesi Yönetmeliğinin Ek-1 tablosunda belirtilen **toplam koliform parametresi için**; 1000/100 ml kılavuz değer ve 10.000/100 ml zorunlu değer, **fekal koliform parametresi için**; 200/100 ml kılavuz değer ve 2000/100 ml zorunlu değer, **fekal streptokok parametresi için**; 100/100 ml kılavuz değer ve 1000/100 ml zorunlu değer esas alınarak;

Alınan her bir numuneye ait analiz sonuçları ; Toplam koliform, fekal koliform ve fekal streptokok parametreleri kılavuz değer ve kılavuz değerinin altında ise **İyi Kalitede Su**, Toplam koliform, fekal koliform ve fekal streptokok parametreleri kılavuz değer ve zorunlu değer arasında ise **Yeterli Kalitede Su**, Toplam koliform, fekal koliform ve fekal streptokok parametreleri zorunlu değer üzerinde ise **Kötü Kalitede Su** olarak değerlendirilmiş ve bu hesaplama yöntemi ile yüzme alanlarının anlık değerlendirmeleri yapılmıştır.

Her bir yüzme alanı için yüzme sezonu boyunca alınan toplam numunelerine ait analiz sonuçları; Toplam koliform ve fekal koliform numune sonuçlarının % 95'i ve % 95 üzeri zorunlu değere uygun ise, Toplam koliform ve fekal koliform numune sonuçlarının % 80'i ve % 80 üzeri kılavuz değere uygun ise ve fekal streptokok numune sonuçlarının % 90'ı ve % 90 üzeri kılavuz değere uygun ise **A(Mükemmel)** , Toplam koliform ve fekal koliform numune sonuçlarının % 95'i ve % 95 üzeri zorunlu değere uygun ise **B(İyi)**, Toplam koliform, fekal koliform ve fekal streptokok numune sonuçlarının %94-%67 arası (bu yüzdeler dahil) zorunlu değere uygun ise **C(Kötü)**, Toplam koliform, fekal koliform ve fekal streptokok numune sonuçlarının % 66'sı ve % 66 altı zorunlu değere uygun ise **D(Yasak)** olarak değerlendirilmiş ve bu hesaplama yöntemi ile yüzme alanlarının sınıflandırmaları yapılmıştır.

Bulgular: Adalar ilçesinde 11 adet, Arnavutköy ilçesinde 5 adet, Bakırköy ilçesinde 3 adet, Beykoz ilçesinde 4 adet, Beylikdüzü ilçesinde 1 adet, Büyükçekmece ilçesinde 8 adet, Çatalca ilçesinde 6 adet, Kadıköy ilçesinde 3 adet, Sarıyer ilçesinde 10 adet, Silivri ilçesinde 13 adet, Şile ilçesinde 12 adet, Tuzla ilçesinde 4 adet olmak üzere toplam 80 adet yüzme alanından; Mayıs ayında 80 adet, haziran ayında 243 adet, temmuz ayında 160 adet, ağustos ayında 161 adet, eylül ayında 80 adet olmak üzere toplam 724 adet numune alınmıştır. Numunelerin tümünde toplam koliform, fekal koliform ve fekal streptokok parametrelerine bakılmıştır. Tüm numune sonuçları incelendiğinde; **toplam koliforma** 37 numunede 0, 470 numunede 1- 1000 arasında, 217 numunede de 1001-10.000 arasında rastlanmıştır. **Fekal koliforma** 358 numunede 0, 290 numunede 1- 200 arasında, 76 numunede de 201-2000 arasında rastlanmıştır. **Fekal streptokok** ise 370 numunede 0, 278 numunede 1- 100 arasında, 76 numunede de 101-1000 arasında rastlanmıştır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Alınan numunelerin analiz sonuçlarının anlık değerlendirmesinde; mayıs ayında alınan 80 adet numunenin 55 adeti iyi kalitede su, 25 adeti yeterli kalite su, haziran ayında alınan 243 adet

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

numunenin 162 adeti iyi kalitede su, 81 adeti yeterli kalite su, temmuz ayında alınan 160 adet numunenin 89 adeti iyi kalitede su, 71 adeti yeterli kalite su, ağustos ayında alınan 161 adet numunenin 102 adeti iyi kalitede su, 59 adeti yeterli kalite su, eylül ayında alınan 80 adet numunenin 49 adeti iyi kalitede su, 31 adeti yeterli kalite su, toplam alınan 724 adet numunenin 457 adeti iyi kalitede su, 267 adeti yeterli kalitede su olduğu tespit edilmiştir.

80 adet yüzme alanının sezon sonu sınıflandırılmasında; 23 adeti A(Mükemmel) sınıfı, 57 adeti B(iyi) sınıfı olarak hesaplanmıştır.

Bu değerlendirmeler sonucunda elde edilen verilerin Yüzme Suyu Kalitesi Yönetmelik değerlerine uygun olduğu ve yüzme alanlarında yapılan anlık değerlendirmeler ve sınıflandırmalar sonucunda ise yüzme alanlarının; insanların kullanımına, bakılan mikrobiyolojik parametreler yönünden uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Genellikle yaz aylarında serinleme, yüzme, eğlenme, dinlenme, tatil maksatlı kullanılan yüzme alanlarına kullanıcı sayısı ve su yoluyla bulaşan hastalıklar açısından bakıldığında; yüzme alanlarının periyodik olarak yüzme suyu kalite parametrelerini izlemek, denetlemek ve uygunsuz parametrelerine yönelik iyileştirme çalışmalarını yürütmek, halk sağlığını koruma açısından büyük bir önem arz etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yüzme suları, mikrobiyolojik parametreler, yüzme suları sınıflandırma, halk sağlığı

Kaynaklar:

1-Anonim(2006): Yüzme Suyu Kalitesi Yönetmeliği, T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, 09 Ocak 2006/26048 sayılı Resmi Gazete

2-Am J Public Health Eylül 1985; 75 (9) :1068-70

3-J Epidemiol Toplum Sağlığı Haziran 2001; 55 (6):. 442-447.

4-Int J Epidemiol 2010 Ekim; 39 (5): 1291-1298.

5-TÜİK 2011 yılı verileri

6-İstanbul Kültür ve Turizm Müdürlüğü İstanbul İstatistikleri-2011

7-Su Kalite Kriterleri için EPA'nın Uygulama Rehberi (USEPA, 2000)

8-Milli Eğitim Bakanlığı MEGEP (2007):13-14

9-Water Quality Monitoring - A Practical Guide to the Design and Implementation of Freshwater Quality Studies and Monitoring Programmes 1996 UNEP / WHO ; Chapter-10 Microbiological analyses

Afetler / Kazalar

712

VAN DEPREMİ HASUDER İLE TC SAĞLIK BAKANLIĞI ARASINDA YÜRÜTÜLEN İŞBİRLİĞİ ÇALIŞMASI, 2012

Melikşah Ertem¹, HASUDER Yönetim Kurulu Üyeleri²

¹İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Karşıyaka Halk Sağlığı Laboratuvarı İZMİR

²HASUDER

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş ve Amaç: Van ili Erciş ilçesinde 23 Ekim 2011 tarihinde ardından Van ili merkezinde 9 Kasım 2011’de gerçekleşen iki ayrı deprem 600’den fazla vatandaşımızın hayatını kaybetmesine ve yüz binlercesinin evsiz kalmasına neden olmuştur. Depremin acil döneminde yaraların sarılması, acil tedavi hizmetleri, kurtarma ve hasta nakil işlerine gereksinim duyulurken ilerleyen dönemde de temel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılmasına gereksinim duyulmaktadır. Van ilinde TC Sağlık Bakanlığı önemli görevler üstlenmiştir. Dışarıdan bir gözle verilen hizmetlerin değerlendirilmesi ve sağlık yöneticilerine danışmanlık gereksinimi duyulmuştur. Bu amaçla HASUDER ile TC Sağlık Bakanlığı arasında bir işbirliği yapılmış ve HASUDER adına üyeler bölgede görevlendirilmiştir. Bu çalışmada HASUDER ile TC Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan işbirliği kapsamında HASUDER gönüllülerinin çalışmaları tanımlanmaya çalışılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 12 farklı Üniversiteden gönüllü öğretim üyeleri bölgede gözlemler yapmak ve çalışmaları değerlendirmek üzere görevlendirilmiştir. Gönüllü öğretim üyelerinin isimleri: Doç.Dr.Tacettin İnandı, Prof.Dr.Melikşah Ertem, Doç.Dr.Ferruh Ayoğlu, Yrd.Doç.Dr.Talat Bahçebaşı, Prof.Dr.Ali Ceylan, Yrd.Doç.Dr.Yılmaz Palancı, Yrd.Doç.Dr.Mehtap Turkey, Doç.Dr.Bulent Kılıç, Doç.Dr.Iskender Gün, Prof.Dr.Necati Dedeoğlu, Doç.Dr.Tuğrul Erbaydar ve Doç.Dr.Tayyar Şaşmaz. Görevlendirilen üyelerin görev tanımları ve çalışma ilkeleri aşağıdaki gibi olmuştur: Sadece danışmanlık değil aynı zamanda hizmetlerin yürütülmesinde aktif görev alması beklenmiştir. Gözlem, inceleme, araştırma, değerlendirme, çözüm önerisi geliştirme, hizmetlerin planlanmasında görev almaları planlanmıştır. Bölgede çalışacak olan HASUDER üyelerine görev tanımlarını, Van ili sağlık yöneticileri iletişim bilgileri, kalacakları yer ve ulaşım bilgilerini içeren bilgi notu gönderilmiştir. HASUDER üyelerinin deprem bölgesindeki görev tanımları aşağıdaki gibi yapılmıştır:

1. İl Sağlık Koordinatörüne ve İl Sağlık müdürüne danışmanlık yapar
2. İl Sağlık Koordinatörü ve İl Sağlık Müdürü ile birlikte çalışır
3. AFAD ve Kızılay ile işbirliğini sağlar. Sağlıkla ilgili saptanan aksaklıkların giderilmesi için AFAD ve Kızılay üst düzey yöneticileriyle görüşmeler yapar.
4. Depreme ait sağlık değerlendirme çalışmalarını sürdürür
5. Gün sonu toplantılara katılır, yapılmıyorsa yapılmasını sağlar
6. Bölgeye ait bir kriz haritası henüz yoksa bunun hazırlanmasını sağlar. Böyle bir harita hazırlanmışsa güncellenmesini sağlar
7. Bulaşıcı hastalık izlemlerini takip eder, analizlerini yapar, gerekli düzenlemeleri önerir ve müdahalelerde bulunur
8. Çevre sağlığı hizmetlerini takip eder, analizlerini yapar, gerekli düzenlemeleri önerir ve müdahalelerde bulunur:
 - a. Çevre sağlığı teknisyenleriyle toplantı yapar
 - b. İçme ve kullanma suyu analiz sonuçlarını yerleşim yeri, tarih ve uygunluk durumuna göre analiz eder
 - c. Halk sağlığı laboratuvarını ziyaret eder. Sorunları, aksayan yanları inceler. Kayıtların düzenli olup olmadığına bakar.
 - d. İl sağlık müdürlüğü, çevre sağlığı şube müdürü ile toplantılar yapar ve çevre sağlığı hizmetlerini inceler
9. ASM ve TSM’lerin çalışmalarını izler, temel sağlık hizmetlerinin yeniden aktif hale gelmesi için çalışmalara katılır

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

10. Belediye ve diğer kurumlar arası işbirliğini sağlar

- Belediye ziyaretlerini yapar,
- Gerektiği durumlar için belediye ile eğitim, sosyal destek programları hazırlar ve yürütölmesini sağlar
- Gıda güvenliğinin denetlenmesi için Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı yetkilileri ile işbirliği yapar.

11. Gerektiğinde Van merkez ve Erciş kriz masaları çalışmalarına katılır

12. adır kentlerin izlemlerini, yapar (adırkent izlem formu ile)

- adırhalkı tespiti
- Çadırlarda su, tuvalet, banyo, gıda gibi temel gereksinimlerin temininin durumunun tespiti, aksayan yanların iyileştirilmesi için önerilerin yazılı olarak kriz masasına sunulması
- adırkentlerde bulaşıcı hastalık izlemleri ve analizinde görev alır
- Çadırlarda grip aşısı organizasyonunda görev alır
- adırkentlerde psikososyal destek hizmetlerini izler, destek olur.
- adırkentlerde risk gruplarının tespiti ve bunlara yönelik hizmetlerin organizasyonunun planlanması (gebe, bebek, loğusa, diyabet, diyaliz, KOAH, astım, KKH, 65 yaş üstü vb.)
- adırkentlerdeki aşevlerini denetleme (aşevlerinin hijyeni, yemek dağıtım, depolama, mutfak malzemesi temizliği vb.)
- adırkentlerde hijyen, solunum yolu enfeksiyonları, bebek/ocuk beslenmesi, CO zehirlenmeleri gibi konularda halk eğitimleri planlar (eğitim konularını ve materyalini geliştirir, eğitimleri yapacak personeli belirler, eğitimlerin verilmesini sağlar)

13. Sağlık alışanlarının sağlığını izler (gıda, barınma, psikososyal destek, kazalar, yaralanmalar vb.)

14. adırkentler dışında kurulan aşevlerinin izlemlerini yapar

Bulgular: Bu kapsamda kısa süreli aralıklar olmak kaydıyla Mart ayına kadar üyelerimiz 10'ar günlük periyotlarla deprem bölgesinde görev almışlardır. HASUDER adına 8 rapor yayınlanmıştır. Raporlar ilgili taraflara sunulmuş ve HASUDER web sayfasında paylaşıma açılmıştır.

Sonuç ve öneriler: HASUDER üyelerince hazırlanan raporlar, yerel yöneticilere sunulan danışmanlık hizmetleri ve müdahale önerileri deprem bölgesinde hizmetlerin iyileştirilmesinde katkı sağlamıştır. Bu tip işbirliği çalışmalarına her zaman hazır bulunulması gerekliliği ortaya konulmuştur. Bununla beraber bu işbirliği çalışmasında geliştirilmesi gereken noktalar da olmuştur. Bunlar:

- Bölgede görev alan kişilerin bir sonraki görev alacak kişiye bir rapor bırakması. Bu şekilde yapılmaya başlanan ve takip edilmesi gereken işlerin aksamadan yapılması sağlanır.
- Bölgede uzun süreli takip gerektiren bir programın üretilememiş olması.
- Bu işbirliği çalışmasının üyelerimize yeterince duyurulmamış olması

Anahtar kelimeler: Halk sağlığı uzmanları, olağan dış durumlar, deprem, temel sağlık hizmetleri

TÜRK KIZILAYI'NDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN AFETLERE HAZIRLIK DURUMLARI

Figen Çelik Şensoy¹, Nursen Nahcivan²

¹Türk Kızılayı

²İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Giriş ve Amaç: Son yıllarda yaşanan felaketler nedeniyle, afetleri, acil durumları önlemek, onlara karşı hazırlanmak, afet esnasında olası duruma yanıt vermek ve afet sonrası durumda rehabilitasyonu sağlamak, tüm sağlık disiplinleri için öncelikli hale gelmiştir. Sağlık disiplinleri içinde büyük bir grubu oluşturan hemşirelerin, afetlere, acil durumlara, yaralıların sınıflandırılmasına veya hayat kurtarma operasyonlarının yönetimine hazır ve hızlı bir şekilde müdahale edebilecek durumda bir dizi yetkinliğe sahip olmaları oldukça önemlidir. Türk Kızılayı' nın sağlık ekibi içinde görev alan hemşirelere afetlerde çok önemli görevler düşmektedir. Aynı zamanda konuları ve içinde buldukları kuruluşun özelliği nedeniyle diğer sağlık alanında çalışan meslektaşlarına göre afet durumlarına daha fazla hazırlıklı olmaları ve kendilerini bu konuda geliştirmeleri beklenmektedir. Ne yazık ki hemşirelerin afetlere yönelik hazırlık durumlarını inceleyen ulusal düzeydeki çalışmalar oldukça yetersizdir. Bu araştırma, Türk Kızılayı' nda çalışan hemşirelerin afetlere hazırlık durumlarını belirlemek amacıyla planlanmış bir araştırmadır. Bu çalışma ile elde edilecek verilerin, öncelikle Türk Kızılayı' nda olmak üzere ülkemizdeki hemşirelerin afetlerde hazırlık durumlarını geliştirmek amacıyla yapılacak hizmet içi eğitim programlarına katkı yapması hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Türk Kızılayı Bölge ve Kan Bağış Merkezleri' nde çalışan 404 hemşire oluşturdu. Araştırmada örneklem seçilmeyip evrenin tümüne ulaşmak hedeflendi. Evrenin % 50.5'ine ulaşıldı (N=204). Hemşirelerin afetlere hazırlık durumu iki değişkenle ölçüldü. Bunlar afetlere hazırlık algısı ve afetlere hazırlıkta temel yetkinlikler algısıdır. Hemşirelerin afetlere hazırlık algısı, hemşirelere 0' dan 10' a kadar puanlanan ve "Tamamen hazırlıksız ile Tamamen hazırlıklı" arasında değişen yanıt seçenekleri olan, "Bir hemşire olarak afetlere hazırlıklı olma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?" sorusunun sorulmasıyla ölçüldü. Alınan puanların yüksekliği afete hazırlık algısının yüksekliğini gösterir. Hemşirelerin afetlere hazırlıkta temel yetkinlikler algısı, öz-bildirime dayalı hemşireler için Afetlere Hazırlıkta Mesleki Yetkinlikler Ölçeği ile toplandı. Ölçek araştırmacılar tarafından Uluslararası Kitle Yaralanmaları Hemşirelik Eğitim Koalisyonu (INCMCE)'nun hemşirelerin afetlere hazırlıklarında önerdiği temel mesleki yetkinlikleri temel alınarak oluşturuldu (INCMCE, 2003). INCMCE hemşirelerin afetlere hazırlıkları için gerekli mesleki yetkinlikleri 5 grupta toplamıştır. Bunlar; Kritik düşünme ,tanılama (özel), tanılama (genel), teknik ve iletişim becerileri' dir. Bu çalışmada, önerilen bu temel yetkinlikler doğrultusunda ölçek madde havuzu oluşturularak (50 madde) kapsam geçerliği için afetler konusunda ilgili uzmanların görüşüne sunuldu. Uzman görüşlerine göre ölçek 45 maddeye indirildi ve anlaşılır olmayan ifadeler düzeltildi. Ölçek likert tipte olup her bir ifade 1' den 5' e kadar puanlanmıştır. Hemşirelerden yukarıda sıralanan 5 alandaki becerilere ilişkin kendi yeterliliklerini tanımlamaları istenmiş ve verilen yanıt seçeneklerine göre puanlama; "Bunun öğretilmesi gerekiyor" 1 puan, "Bunu yardımla yapabilirim" 2 puan, "Yapabilirim" 3 puan, "Bunu kolaylıkla yapabilirim" 4 puan ve "Bunu yapabilirim ve başkalarına öğretim" 5 puandır. Min-max. puan 45-225' dir. Öz- bildirime dayalı olarak hazırlanan ölçekten elde edilen puanların yüksekliği, afete hazırlıkta temel yetkinliklerin yüksek düzeyde algılandığını gösterir. Aracın kapsam geçerlik indeksi (KGİ=0.98) oldukça yüksekti. Aracın güvenilirliği, madde toplam puan korelasyonları, Cronbach Alfa katsayısı ve test-retest korelasyonları ile incelendi. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları 0.27 ile 0.81 arasında değişiklik gösterdi. Cronbach Alpha Katsayısı ise $\alpha = 0,96$ olarak belirlendi. Ölçeğin 4-8 haftalık test-tekrar test korelasyonları yüksek bulundu ($r = 0.97$; $p = 0.000$). Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör yapı geçerliği analizleri, ölçeğin 5 faktörlü yapıda olduğunu gösterdi. Doğrulayıcı faktör analizine göre faktör yükleri $r = .47$ ile $r = .84$ arasında değişti. Araştırmanın uygulanabilmesi için İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu Başkanlığı' ndan onay ve Türkiye Kızılay Derneği Kan Hizmetleri Yönetim Bölümü' nden kurum izni alındı. Araştırma verileri öz bildirime dayalı olarak anket formlarının hemşirelere posta yoluyla ulaştırılması sonucu Şubat-Mart 2010 tarihlerinde toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama ve korelasyon analizi teknikleri kullanıldı. **Bulgular:** Yaş ortalaması 30.26 ± 4.38 olan hemşirelerin çoğu kadın (% 96.6), evli (% 68.1), 1-10 yıllık mesleki deneyime sahip (% 55.4), lisans (%45.1) ve önlisans (% 30.4) mezundur. Hemşirelerin tamamı depresi, %69'u

orman yangınlarını afet olarak kabul ederken doğal olmayan, insan eliyle yaratılan ve kitlesel ölümlere yol açan bombalı saldırı (%58.3), grip salgını (% 61.3), trafik kazası (% 85.3), gemi kazası (% 78.9), patlamalar (% 61.3), karbonmonoksit zehirlenmesi (% 65.2), gıda zehirlenmesi (% 75.5), dizanteri salgını (% 64.7) ve kene salgını (% 75.5) afet olarak görmemektedirler. Hemşirelerin çoğunluğu afet öncesi (% 74.5), afet sırası (%96.1) ve afet sonrasında (% 99.5) hemşirelerin rolü olduğunu düşünmektedir. Hemşirelerin tamamına yakınının önem sırasına

göre “afet yönetimi (% 99,5), ilkyardım (% 99,0), temel yaşam desteği (% 97,5), afet ve kriz durumlarında iletişim (% 96,6), travma sonrası ruhsal bakım (% 94,6), enfeksiyon kontrolü (% 94,1), saha triajı (% 90,7), travma ileri yaşam desteği (% 86,3), erişkin ileri yaşam desteği (% 86,3), çocuk ileri yaşam desteği (% 86,3), ileri kardiyovasküler yaşam desteği (% 83,3) ve tüm içeriği kapsayan (% 82,4)” kursları afet hazırlığı için gerekli gördükleri bulgulanmıştır. Hemşireler en fazla yüzdeyle ilkyardım (% 74.0) ve temel yaşam desteği kursuna (% 48.5) katılmışlardır. Çalışmaya katılan hemşirelerin afetlere hazırlık algı puan ortalaması = 4.91 ± 2.15 olarak belirlendi (min-max=0-10 puan). Hemşirelerin mesleki yetkinlikler ölçeğinden aldıkları toplam ölçek puan ortalaması = $2.89 \pm 0.6'$ dir. Ölçek alt boyutlarından alınan puanlar incelendiğinde, hemşireler afetlere hazırlıkta mesleki yetkinliklerini teknik becerilerde (3.07 ± 0.7) ve genel tanılama becerilerinde (3.02 ± 0.7) “yapabilir” düzeyde tanımlarken; kritik düşünme becerileri (2.63 ± 0.8), özel tanılama becerileri (2.52 ± 0.7) ve iletişim becerilerinde (2.77 ± 0.7) “yardımla yapabilir” düzeyinde tanımlamışlardır. Hemşirelerin afetlere hazırlık algısı ile kritik düşünme becerileri arasında ($r=.37$); özel tanılama becerileri arasında ($r=.43$); genel tanılama becerileri arasında ($r=.30$); teknik beceriler arasında ($r=.35$), iletişim becerileri arasında ($r=.38$) ve toplam ölçek puanı ($r=.42$) arasında istatistiksel açıdan pozitif, ancak zayıf ve orta düzeyde korelasyon bulunmuştur ($p<0.05$).

Tartışma: Afet hazırlığı risk değerlendirme ve çok disiplinli yönetim stratejileri gerektirir. Tüm sağlık disiplinleri afetlere karşı hazır olmak zorundadırlar (Gebbie, 2002; ICN, 2006; INCMCE, 2003). Bu çalışma afet durumlarına müdahalede başlıca görevi olan Türk Kızılayı'nda görev yapan hemşirelerin afetlere yönelik hazır olma ve hazırlıkta temel mesleki yetkinliklerini tanımlamada önemli bulgular ortaya koymuştur. Çoğunluğunu kadın, evli, 30 yaş üstü ve 1-10 yıllık mesleki deneyime sahip, nispeten genç hemşirelerden oluşan örneklem grubundaki hemşirelerin çoğunluğunun doğal olmayan, insan eliyle yaratılan ve kitlesel ölümlere yol açan önemli afet olaylarını afet olarak kabul etmemeleri afetlere ilişkin bilgilerinin güncellenmesi gerektiğini düşündürmüştür. Yanı sıra hemşirelerin deprem ve orman yangınlarını afet olarak kabul etmeleri ülkemizde sık yaşanan afet durumları olması nedeniyle beklenen bir bulgu olarak yorumlanmıştır. (Emdat, 2010). Hemşirelerin afete hazırlıklarında ve afetle mücadelede, genel tıbbi becerilere ek olarak temel mesleki yetkinliklere de sahip olmaları gerekir (Gebbie, 2002; INCMCE, 2003). Nitekim hemşirelerin verimli bir şekilde hizmet verebilmesi için, hemşirelerin neleri bilmesi gerektiği, afet ve kitlesel yaralanma olaylarında hemşireler için en kapsamlı yetkinlik alanları uluslararası otoriteler tarafından tanımlanmıştır. Bu alanlar “kritik düşünme, tanılama, teknik ve iletişim becerileridir” (Fung ve ark., 2008; INCMCE, 2003). Bu çalışmada hemşirelerin afetlere hazır olma durumları iki değişkenle (hazır olma algısı ve hazırlıkta temel mesleki yetkinlikler algısı) ölçülmüştür. Öncelikle hemşirelerin bir afet durumuna kendilerini hazırlıklı hissedip hissetmedikleri sorgulanmış ve hazıroluşluk puan ortalaması $4,91$ ($SD=2,15$) (min-max= 0-10 puan) olarak bulunmuştur. Bu bulgu ile hemşirelerin afete hazır olma durumlarında kendilerini “orta düzeyde” yetkin gördükleri söylenebilir. Bunun yanısıra çalışma kapsamındaki grupta uluslararası otoritelerin önerdiği ve hemşirelerde olması gereken temel mesleki yetkinlikler incelendiğinde, hemşirelerin genel anlamda afete hazırlıkta kendilerini “yardımla yapabilir ve yapabilir” arasında yetkinlik düzeyinde tanımladıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin temel mesleki yetkinlikleri alt boyutlara göre değerlendirildiğinde, teknik ve genel-tanılama becerilerini “yapabilir” düzeyde; iletişim becerileri (afet yönetim sistemini ve risk iletişimini bilme-yönetme; kayıt ve dokümantasyon), kritik düşünme becerileri (afetlerde yapılması gerekenlere doğru karar verme ve etik ilkeler; afetzedelerin hemşirelik bakım gereksinimlerini değerlendirme ve triyaj) ve özel-tanılama becerilerini (afet durumlarını ve maruz kalma durumlarını değerlendirme; kimyasal, biyolojik, patlayıcı maddelere maruz kalmanın genel belirtilerini tanıma ve etkilenebilecek kişileri belirleme) “yardımla yapabilir” düzeyde gördükleri bulgulanmıştır. Bu bulgu ile hemşirelerin afetlere hazırlıkta hizmet içi eğitim gereksinimleri planlanırken öncelikle özel tanılama becerileri, kritik düşünme becerileri ve iletişim becerileri yetkinlik alanlarında eğitim gereksinimlerine ihtiyaçları olduğu ve genel tanılama becerileri ile teknik beceri yetkinlik alanlarında da uygun eğitimlerle desteklenmeleri gerektiği düşünülmektedir. Çalışma kapsamında hemşirelerin büyük bölümü afet öncesi (%74,5), sırası (% 96,0) ve sonrasında (% 99,5) hemşirelerin rolü olduğuna ve afete hazırlık için çok çeşitli kurslar almaları gerektiğine inanmaktadırlar. Fung ve ark. (2008) çalışmasına benzer şekilde bu çalışmadaki hemşireler en çok “ilk yardım” ve “temel yaşam desteği”

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kurslarını almışlardır. Bulgular afet hazırlığı için uygulamada en çok sunulan kurslar dışında afete hazırlıkta temel mesleki yetkinlikleri artırıcı kurslara da gereksinimleri olduğunu göstermektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin afetlere hazırlık algısı ile hazırlıkta temel mesleki yetkinlikler algısı arasındaki ilişkinin pozitif yönde, ancak zayıf ve orta düzeyde bulunmuş olması ($p<0,05$), hemşirelerin kendilerini afetlere hazırlıklı görüp görmemeleri yada diğer bir ifadeyle hazırlık algıları, afete hazırlık için gereken temel yeterlilikler konusundaki algılarıyla uyumlu bir yapı göstermiştir. Hazırlık algısı tek maddelik bir değerlendirme olup hemşirelerin afetlere hazırlığı konusunda genel bir fikir vermektedir.

Sonuç ve **Öneriler:**

•Bu çalışmanın tek bir kurumda çalışan hemşirelerde yapılması, verilerin yeni geliştirilen bir araçla ve öz-bildirime dayalı olarak toplanması sınırlılık oluşturmakla birlikte elde edilen bulguların Türkiye’de afet hemşireliğine olumlu yönde katkı yapacağı öngörülmektedir. Ayrıca hemşireler için afetlere hazırlıkta tanımlı yetkinlikler, hemşirelerin afet bölgelerindeki uygulamalarını izlemek için de bir çerçeve oluşturacaktır.

•Çalışmaya katılan hemşirelerin afetlerde hazır olma seviyelerinin artırılması için uygun hizmet içi eğitim programlarının belirlenmesi, belirlenen eğitim programlarının güncellenmesi, hizmet içi eğitimlerin uygulanması ve eğitimlerin düzenli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Türk Kızılayı, Afet Hemşireliği, Afetlere Hazırlık, Mesleki yetkinlikler
Kaynakça:

Fung O.W., Loke A.Y., Lai C. K., (2008). Disaster preparedness among Hong Kong nurses. Journal of Advanced Nursing. 62 (6): 698-703.
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18503654?ordinalpos=&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.SmartSearch&log\\$=citationsensor](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18503654?ordinalpos=&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.SmartSearch&log$=citationsensor)
Erişim tarihi: 19.10.2008.

Gebbie, K. M., Qureshi, K., (2002). Emergency and Disaster Preparedness. American Journal of Nursing. 102 (1): 46-51.

International Council of Nurses [ICN] (2006). Position statement: Nurses and disaster preparedness. http://www.icn.ch/PS_A11_NursesDisaster-Prep.pdf Erişim tarihi: 21.11.2009.

International Nursing Coalition for Mass Casualty Education [INCMCE] (2003). Educational Competencies for Registered Nurses Responding to Mass Casualty Incidents. <http://www.nursing.vanderbilt.edu/incmce/competencies.html> Erişim Tarihi: 24.11.2009.

The International Database [Em-dat], (2010). <http://www.emdat.be/search-details-disaster-list>
Erişim Tarihi: 05.01.2010.

291

DÜZCE İLİ TRAFİK ŞUBESİ 2010 YILI KAYITLARINDAKİ TRAFİK KAZALARININ İNCELENMESİ

Atilla Senih Mayda, Muammer Yılmaz, Asiye Köklü, Bahar Özdemir, Esra Özen, Birkan Sancak, Nurbanu Saydam, Selen Baştaş, Merve Çelik, Ender Ceylan, Şeyma Ceylan, Şermin Bilgen, Hakan Çakıt, Öznur Çetin

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)’ne göre dünyada her gün 3 binden fazla insan ölmekte ve yarısından fazlası da aracın içinde seyahat etmiyorken kaza geçirmektedir (1). Yirmi milyon ile elli milyon kişi ise ölümcül olmayan yaralanmalara maruz kalmakta ve bunun sonucunda dünya genelinde önemli bir iş gücü kaybı yaşanmaktadır. Trafik kazaları önde gelen bir mortalite ve morbidite nedeni olmasının ötesinde yol açtığı erken ölümler, iş gücü kaybı, sosyal kayıp ve sosyal güvenlik sistemlerine getirdiği ağır yük nedeniyle; aynı zamanda önemli bir ekonomik sorun oluşturmaktadır (2). Türkiye’de trafik kazaları önemli ve öncelikli bir halk sağlığı sorundur.Ayrıca her geçen yıl sorunun boyutu daha da büyümektedir(3).

Kara yolu üzerinde hareket halindeki bir veya birden fazla aracın karıştığı yaralanma, ölüm veya zararlı sonuçlanan olaylara trafik kazası denir. Trafik kazası olarak kabul edilmesi için olaya karışan taraflardan en az

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

birinin hareket halinde olması gerekir. Kazalara neden olan kusurlar çok çeşitlidir. Ancak kazaların en önemli nedeni insanların kurallara uymamasıdır. Bu nedenle kara yollarında trafik güvenliğinin sağlanmasında en büyük görev trafiği paylaşan insanlara düşmektedir (4).Trafik kazalarının sayısı nüfusun ve trafiğe çıkan araç sayısının artmasıyla her geçen gün artmaktadır. 1990–2000 yılları arasındaki 10 yıllık dönemde kaza sayısı 115.295'ten 466.385'e yükselmiştir. Ancak ölü sayısı 6.286'dan 3.941'e düşmüştür. Ölü sayısının azalmasında kaza yerinde ilk yardım, hastaneye özenle nakil ve hızlı iletişimin katkısı vardır (5).

DSÖ'üne göre 2008 yılı en sık ölüm nedenleri arasında trafik kazaları 5–44 yaş arasında görülen başlıca üç ölüm nedeni arasındadır. Orta gelir düzeyindeki ülkelerde 7. sıradadır. Tüm dünya genelinde ise 10. sıradadır (6). Erken ve etkin önlem alınmadıkça, yetersiz geliştirilen yol güvenlik stratejileri ve kara kullanım planlarıyla birlikte, hızla artış gösteren araç sayısının sonucu olarak, yılda 2.4 milyon ölümlü, tüm dünyada önde gelen ölüm nedenleri arasında 5. sırada yer alacağı tahmin ediliyor (6).

Ülkemize bakacak olursak trafik kazalarına bağlı ölümler, en sık ölüm nedenleri arasında 9. sırada bulunmaktadır. Ölümlülük yüklerinin dağılımına göre erkeklerde 5. sırada, kadınlarda 7. sırada, toplamda 6. sırada karayolu trafik kazaları gelmektedir (7).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2009 yılında 1.053.346 trafik kazası olmuş 4,324 kişi ölmüş 201,380 kişi yaralanmıştır. 2010 yılında 1.104.388 trafik kazası meydana gelmiş, 4,405 kişi ölmüş 211,496 kişi yaralanmıştır(8,9).

Düzce iline bakıldığında ölümlü yaralanmalı kaza sayısı 692; maddi hasarlı kaza sayısı 1,004; ölü sayısı 25; yaralı sayısı 1,317 olarak kayıtlara geçmiştir. Ülkemizde en çok ölümlü yaralanmalı kaza sayısı 11,125 ile İstanbul'da meydana gelmiştir; bu sayıyı 8,893 kaza ile Ankara; 5,889 ile İzmir takip etmektedir en az ölümlü yaralanmalı kaza sayısı ise 52 kaza ile Ardahan ilinde meydana gelmiştir (9).

Araç sayısı sürücü sayısı ve nüfustaki artışla doğru orantılı olarak karayolu trafik kazalarında da devamlı olarak bir artış olmuştur. Ancak trafik denetimi, mühendisliği, eğitimi ve kaza sonrası ilk ve acil yardım hizmetlerinin geliştirilmesinin önemli etkisiyle ölü sayısında 1987 yılından sonra bir düşüş görülmeye başlanmıştır (10).

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışmada; Düzce İl Emniyet Müdürlüğü kayıtlarına göre 2010 yılında 244 maddi hasarlı ve 280 ölümlü yaralanmalı olmak üzere toplam 524 trafik kazasının incelenmiştir. Araştırmanın yeri; Düzce, araştırmanın evreni ve örnekleme; Düzce Emniyet Müdürlüğüne bildirilen Düzce İl Merkezi Polis Bölgesi'ndeki maddi hasarlı 244 ve ölümlü yaralanmalı 280 olmak üzere toplam 524 trafik kazasının kayıtlarıdır.

Araştırmanın hipotezleri '1. yaz mevsimindeki trafik kazaları diğer mevsimlere göre daha fazla, 2. genç sürücülerin kaza yapma oranı yaşlı sürücülere göre daha fazla, 3. buzlu yollarda kaza yapma oranı daha fazla' olarak kuruldu.

Araştırmanın bağımlı değişkeni; trafik kazası, bağımsız değişkenler ise; kaza zamanı, hava durumu, yol çeşidi, kazaya karışan araç tipi, yol durumu, kazanın olduğu gün, kazanın olduğu saat, kaza yapanın yaşı, araç kullanım şekli, sürücünün cinsiyeti, sürücünün uyruğu, eğitim durumu, emniyet kemeri durumu, ehliyetin sınıfı, alkollü olup olmadığı, kazaya katılan araç sayısı, maddi hasar miktarı olarak belirlendi.

Bulgular: Düzce İl Emniyet Müdürlüğü kayıtlarına göre 2010 yılında 244 maddi hasarlı ve 280 ölümlü yaralanmalı olmak üzere toplam 524 trafik kazası için "Trafik Kazası Tespit Tutanağı" düzenlenmiştir. Ölümlü yaralanmalı kaza kayıtlarına göre araç tipi dağılımı araçların 68'i (%24,2) otomobil, 36'sı (%12,8) otomobil-motorsiklet, 27'si (%9,6) otomobil-otomobildir, kazaların 122' si (%43,6) caddede, 82' si (%29,3) devlet yolunda, 35'i (%12,5) bağlantı yolunda,140 (%51,1)'i bölünmüş yolda; 134 (%48,9)'ü bölünmemiş yolda meydana gelmiştir. Ölümlü yaralanmalı kazaların 149 (%53,4)'u tek yönlü yolda; 130 (46,6)'u iki yönlü yolda gerçekleşmiştir. Kazaların 129 (%46,1)'u kavşak olmayan yerlerde; 75 (%26,8)'i 4 yönlü kavşakta; 46 (%16,4)'sı 3 yönlü T kavşakta gerçekleşmiştir. Bu kazaların 263 (%94,3)'ü geçit olmayan yerlerde; 16 (%5,7)'sı yaya geçidi olan yerlerde gerçekleşmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ölümlü yaralanmalı kaza kayıtlarına göre kaza şekli kazaların 115 (%42,9)'u yandan çarpma çarpışma; 45(%16.8)'i yayaya çarpma; 29 (%10.8)'i arkadan çarpma şeklinde gerçekleşmiştir.

Mevsimplere göre maddi hasarlı ve ölümlü yaralanmalı trafik kazalarının dağılımı farklıdır. Buna göre maddi hasarlı kazalar daha çok ilkbaharda, ölümlü yaralanmalı kazalar ise en çok yaz mevsiminde ardından sonbaharda görülmektedir ($\chi^2= 22,8$, $p<0.001$).

Aylara göre maddi hasarlı ve ölümlü yaralanmalı trafik kazalarının dağılımı farklıdır. Maddi hasarlı kazalar daha çok mayıs ve aralık aylarında gerçekleşirken, ölümlü yaralanmalı kazalar en çok temmuz ayında gerçekleşmektedir ($\chi^2= 29.0$, $p=0.002$).

İstatistiksel olarak anlamlı olarak maddi hasarlı ve ölümlü yaralanmalı trafik kazaları açık havalarda daha sık görülmüştür.

Trafik kazalarının kaza zamanına göre dağılımında maddi hasarlı ve ölümlü yaralanmalı kazalar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Buna göre kazaların 160'ı(%65,6) gündüz, 81'i(%33,2) gece ve 3'ü(%1,2) alacakaranlıkta meydana gelmiştir.

Kayıtlı kazaların cinsiyete göre dağılımı 229'u(%93,9) erkek sürücüler, 7'si(%2,9) kadın sürücüler tarafından meydana getirilmiştir. Kaza yapanların 90'ı(%36,9) lise mezunu 62'si (%25.4) orta okul mezunu, 47'si ise (%19.3) ilkokul mezunudur.

Kazaların 224'ünde(%91,8) yolda trafik lambası bulunmamaktadır. Kazaların 95'inde ise (% 38,9) yolda aydınlatma sistemi bulunmamaktadır. Yolda çalışma durumuna göre kazaların sadece 3'ü(%1,2) yolda çalışma varken olmuştur. Kazaların 144'ünde(%59,0) yolda şerit çizgisi yokken 187'sinde(%76,6) ise trafik işaret levhası bulunmamaktadır. Kazaların 138'inde(%56,6) yaya kaldırımı yoktur. Kazaların 2'si(%0,8) trafik görevlisi varken, 242'si(%99,2) ise trafik görevlisi yokken olmuştur.

Kazaların meydana geldiği saatlere göre dağılımına bakıldığında en çok kaza saat 18.00 civarında meydana gelmiştir(%15,2). Kazaların %12,3'ü(30) öğlen 12.00 ve 16.00 civarında olurken %12,7'si ise (31) 14.00 civarında olmuştur. En az kaza ise (%1,2) saat 04.00'de olmuştur.

Kaza yapanların ehliyetinin olup olmamasına göre dağılımında; kazaların 207'sinde (%84,8) sürücülerin ehliyeti var, 5'inde (%2,0) sürücülerin ehliyeti yok, 20'sinde ise (%8,2) sürücülerin 1'inde var 1'inde yok olarak bildirilmiştir. Kaza yapanların 118'inde (%48,4) B tipi ehliyet, 52'sinde(%21,3) E tipi ehliyet vardır. Kaza yapanların alkol kullanma durumuna göre dağılımı kazaların 14'ünde(%5,7) sürücüler alkollüyken, 209'unda(%85.7) sürücüler alkolsüzdür.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Emniyet Müdürlüğü verilerine göre Düzce ili polis sorumluluk bölgesinde 2010 yılında 692 ölümlü yaralanmalı, 1004 maddi hasarlı trafik kazası meydana gelmiştir (9).

Düzce ili trafik şubesi 2010 yılı maddi hasarlı trafik kazaları kayıtlarından yaptığımız çalışma sonuçlarına göre kazalar en çok mayıs ayında, gündüzleri, hava açıkken, asfalt yolda, yol kuruyken, trafik levhası ve görevlisi yokken gerçekleşmektedir. Kazaların pazartesi günleri, saat 18.00 civarında, 26–27 yaş grubunda, özel araç sahiplerinde, lise mezunlarında ve erkek sürücülerde daha sık olduğu saptanmıştır. Alkollü araç kullananlarda ve ilkokul mezunlarında kazaların ilkbahar mevsiminde daha sık olduğu saptanmıştır. Ölümlü yaralanmalı trafik kazaları ise en çok temmuz ayında, cumartesi günleri, gündüzleri, hava açıkken, asfalt yolda, caddede, yol kuruyken, kavşak ve geçidin olmadığı yerlerde, tek yönlü, bölünmüş, eğimsiz, düz yollarda yandan çarpma-çarpışma şeklinde meydana gelmiştir. Daha önce yapılmış çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır (8,11,12).

Antalya'da yapılan bir çalışmada en sık trafik kazasına neden olan araç türü otomobil olarak bulunmuştur(13). Düzce'de meydana gelen kazalara en çok karışan araç otomobildir 68(%24.2) ve en çok sürücüler yaralanmıştır. Maddi hasarlı ve ölümlü yaralanmalı trafik kazalarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde açık havalarda, yaz mevsiminde özellikle temmuz ayında daha çok meydana geldiği saptanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sürücülerin trafik kurallarına uymaları gerektiği konusundaki farkındalıkları artırılmalıdır.Kaza yapan, kural ihlali yapan sürücüler psikolojik değerlendirmeden ve eğitimden geçirilebilir. Maddi hasarlı kazalar daha çok iş çıkış saatlerinde olduğundan; özellikle iş çıkışları gibi trafiğin yoğun olduğu zamanlarda denetimlerin daha özenli yapılması önerilmektedir. Alkollü sürücülerin ilkbaharda daha sık kaza yapmaları göz önünde bulundurularak alkol kontrollerinin bahar mevsiminde sıklaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ölümlü Yaralanmalı Trafik Kazası, Maddi Hasarlı Trafik Kazası, Polis Sorumluluk Bölgesi

Kaynaklar:

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>

(erişim tarihi: 12 temmuz 2011)

2. Fidan F, Ünlü M, Sezer M, Kara Z ,Kamyon sürücülerinde trafik kazası ve OUAS arasındaki ilişki, Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2007; 55(3): 278-284

3. Akdur R:: Türkiye ve Dünyada Trafik Kazalarının Önemi, Ulaşım ve Trafik Güvenliği Dergisi Nisan 2012 sayfa: 10-15

4. http://egitek.meb.gov.tr/aok/aok_kitaplar/AoIKitaplar/Trafik1-2/6.pdf

(erişim tarihi: 12 Temmuz 2011)

5. Gürbüz, N.: Sağlık Bakanlığı Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesine Trafik Kazası Nedeni İle Başvuranların İncelenmesi, Turkish Journal of Forensic Sciences, 5 (3): 7-14, 2006

6.Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011-2020,
http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/en/index.html.

(Erişim Tarihi:12 Temmuz 2011)

7.Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004,SB, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü

8. Çetinoğlu E, Canbaz S, Tomak L, Pekşen Y,Samsun İli 2004 Yılı 112 Acil Servis Hastaları Bildiren Trafik Kazaları Değerlendirilmesi, Türkiye Acil Tıp Dergisi 2007,7(1):1-4

9. http://www.trafik.gov.tr/istatistikler/10_yil_istatistik.asp

(erişim tarihi: 12 temmuz 2011)

10. t.c. Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Hizmetleri Başkanlığı Trafik Araştırma Merkezi Müdürlüğü 'Türkiye ve Dünya'da Karayolu Trafik Kazaları Değerlendirmeleri' ANKARA 2001

11. Koçak S, Uçar K, Bayır A, Ertekin B, Acil Servise Başvuran Motosiklet ve Bisiklet Kazası Olgularının Karakteristikleri, Türkiye Acil Tıp Dergisi 2010,10(3):112-118

12. Emniyet Genel Müdürlüğü, TÜİK, Trafik Kaza İstatistikleri Karayolu 2010, TÜİK, Ankara, sayfa 29, 2011.)

13.Eken C, Görmez H, Başhekim M, Akyürek S, Kartal M Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı, Motorlu taşıt kazaları ve risk faktörleri: Antalya ilinde meydana gelen 12185 trafik kazasının analizi, Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005; 5(4):175-180.

5- Kronik Hastalıklar ve Engellilik

408

SOSYOEKONOMİK EŞİTSİZLİĞİN KORONER KALP HASTALIĞININ 10 YILLIK RİSKİNE ETKİSİ

Hatice Şimşek, Kaan Sözmen¹, Türkan Günay²

¹Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Giriş ve Amaç: Kardiyovasküler hastalıklar erken ölümlerin başlıca nedenidir. Asemptomatik olup kardiyovasküler açıdan yüksek risk taşıyan kişilerde yaşam tarzı değişiklikleri sağlamak hastalığın ortaya çıkışını ve ilerlemeyi engellemek açısından önemlidir. Kardiyovasküler hastalıklar içinde önemli paya sahip Koroner kalp hastalığına (KKH) ilişkin riskin öngörülmesinde kullanılan temel araçlardan biri Framingham Risk Eşitliği'dir (1). KKH'nin ortaya çıkışında etkili olduğu pek çok çalışma ile belirlenen sosyoekonomik eşitsizliklerin öngörülen 10 yıllık riskin ortaya çıkışında da etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın amacı, İzmir'in Balçova İlçesi'nin bir mahallesinde yaşayan 30-74 yaş arası kişilerde sosyoekonomik eşitsizliklerin KKH'nin 10 yıllık riskine etkisini belirlemektir.

Yöntem: Kesitsel tipteki çalışmanın evreni İzmir'in Balçova İlçesi'nin bir mahallesinde yaşayan 30-74 yaş arası 4150 kişidir. Örnek seçilmeyip tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Bağımlı değişken KKH'nin 10 yıllık riskidir ve Framingham Risk Eşitliği ile belirlenmiştir. Framingham Risk Eşitliği KKH nedeni ölüm, kalp krizi, anjina pektoris ya da kalp yetmezliğinin 10 yıl içinde gelişme olasılığını belirlemektedir. Hesaplama yapılırken inme ve KKH öyküsü olanlar dışarıda bırakılarak 75 yaş altı bireyler değerlendirilmektedir. Değerlendirme cinsiyete göre yapılmakta, yaş, LDL, HDL, toplam kolesterol düzeyi, kan basıncı, sigara kullanımı ve diyabet varlığı dikkate alınmaktadır (1). Değerlendirme sonucunda hesaplanan risk yüzdesi 0-9 olanlar "düşük riskli", 10-19 olanlar "orta riskli", 20 ve üzeri olanlar "yüksek riskli" olarak gruplanmıştır. Nedensel analizlerde orta ve yüksek riskliler "riskli" olarak kabul edilmiştir. Bağımsız değişken sosyoekonomik eşitsizliktir. Sosyoekonomik eşitsizlik yetişkin dönemdeki sosyal sınıf, öğrenim durumu, gelir düzeyine göre belirlenmiştir. Sosyal sınıf haneye en çok gelir getiren kişiye göre Korkut Boratav'ın sınıflamasından yararlanılarak saptanmış (2); işveren, kendi hesabına çalışan, beyaz yakalı-yüksek nitelikli çalışan, mavi yakalı- nitelsiz hizmet işçisi, işsiz-çalışmayan olarak gruplandırılmıştır. Öğrenim lise ve üzeri ile lise altı olarak, gelir 1000TL ve üzeri, 500-999 TL, 499 TL ve altı olarak ayrılmıştır. Veri iki aşamada toplanmıştır. Önceden hazırlanmış anket eğitim almış anketörler tarafından evlerde yüz-yüze görüşme yöntemi doldurulmuştur. Evde anket yapıldıktan sonra kişiler ölçümler ve kan alımı için belediyenin mahalle tabanlı örgütlenme biçimi olan semtevlerine davet edilmiştir. Kanlar Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Merkez Laboratuvarı'nda analiz edilmiştir. Ulaşılan kişi sayısı 1935'tir (%46.6). Veri sunumunda ölçümle elde edilen veri ortalamaları ve standart sapmaları ile, sayımla elde edilen veri yüzde dağılımları ile sunulmuştur. Ayrıca bağımlı ve bağımsız değişkenlerin sosyo-ekonomik eşitsizlikler açısından değerlendirilmesinde Konsantrasyon İndeksi(Kİ) kullanılmıştır. Kİ, konsantrasyon eğrisinden (KE) elde edilmektedir. KE, y ekseninde değişkenin birikimsel dağılımı ile x ekseninde gelir dağılımına göre sıralanmış bireylerin birikimsel yüzdesinin grafiksel olarak gösteriminden oluşmaktadır. Kİ, KE ile eşitlik çizgisi arasındaki alanın iki katına eşit olup büyüklüğü eşitsizliğin düzeyiyle ilişkilidir. Değişkenin, gelir açısından daha yoksul olan bireylerde sık görülmesi durumunda eksi değer almaktadır. Bağımsız değişkenlerin KKH'nin 10 yıllık riskine etkisini belirlemede kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı Lojistik Regresyon modelleri oluşturulmuştur. Lojistik Regresyon modelinde öğrenim için lise ve üzeri grup; gelir için 1000 TL ve üzerinde olmak, sosyal sınıf için işveren olmak referans grup olarak alınmıştır. Analizlerde SPSS 15.0 ve STATA 11.0 kullanılmıştır.

Bulgular: Erkeklerin 635'ine, kadınların 1300'üne ulaşılmıştır. Ortalama yaş kadınlarda 47.3±10.9, erkeklerde 47.7±10.5'tir. On yıllık ortalama risk yüzdesi kadınlarda 5.3±5.7, erkeklerde 10.0±7.6'dır. Kadınların %19.5'i, erkeklerin %43.6'sı orta ya da yüksek risk grubundadır. 10 yıllık yüksek KKH riski için Kİ= -0.044 olup yoksul bireylerde daha sık görülmektedir. En yüksek Kİ değeri beyaz yakalı nitelikli (0.386) ve işverenlerde iken (0.145), işsiz çalışmayan (-0.435), mavi yakalı nitelsiz (-0.237), kendi hesabına çalışan (-0.207) bireylerde Kİ negatif değere sahiptir. Lise ve altı grupta olma düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler tarafından daha

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

çok bildirilmiştir (-0.252). Lojistik Regresyon Analizi'ne göre erkeklerde gelir ve sosyal sınıf, kadınlarda gelir 10 yıllık risk düzeyini etkilememektedir. Lise ve üzeri öğrenime sahip olan erkeklerin lise ve altı öğrenimli gruba göre orta ve yüksek riskli olma durumu 1.89 kat ($p=0.002$, %95 GA= 1.26-2.82) fazladır. Kadınlarda lise ve üzeri öğrenimlilerin lise altı gruba göre orta ve yüksek riskli olma durumu 5.32 kat ($p<0.001$, %95 GA=3.34-8.48); işsiz- çalışmayanların işverenlere göre orta ve yüksek riskli olma durumu 2.11 kat ($p=0.038$, %95 GA=1.04-4.24) fazladır.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda Framingham Risk Eşitliği'ne göre belirlenen on yıllık ortalama risk erkeklerde 10.0 ± 7.6 (1.0-53.0), kadınlarda 5.3 ± 5.7 (1.0-27.0)'tür. On yıllık KKH riski erkeklerin %12.3'ünde yüksek, %27.4'ünde orta; kadınların %4.0'ında yüksek, %14.5'inde orta düzeydedir. On yıllık risk erkeklerde kadınlardan daha fazla bulunmuştur. Michos ve ark. nın ABD'de yaptığı çalışmada 20 yaş ve üzeri kadınların %98'inde risk skoru %10'un altındadır yani düşüktür. Bu değer bizim çalışmamızda kadınlarda %81.5'tir (3). Quirke ve ark. nın Birleşik Krallık'ta yaptığı çalışmada etnik gruplara göre 35-74 yaş arası bireylerin ortalama risk skorları belirlenmiştir (4). Bu çalışmada erkeklerin ortalama skoru Karayipliler'de 9.1, Çinliler'de 6.8, İrlandalılar'da ve Güney Asyalılar'da 8.2, Hintliler'de 7.7, Pakistanlılar'da 7.0, Bangladeşliler'de 11.7, beyazlarda 9.3'tür. Aynı çalışmada kadınlardaki ortalama skorlar erkeklerden daha düşüktür ve Karayipliler'de, Çinliler'de ve Pakistanlılar'da 2.2, İrlandalılar'da 3.5, Güney Afrikalılar'da 2.4, Hintliler'de 2.3, Bangladeşliler'de 3.6, beyazlarda 3.8'dir. Brindle ve ark. nın çalışmasında on yıllık ortalama skor erkekler için Pakistanlılar'da ve Bangladeşliler'de (12.6, 12.8) en yüksek, Karayipliler'de (2.8) en düşük; kadınlar için Pakistanlılar'da (6.6) en yüksek, Çinliler'de (1.2) en düşüktür (5). Hindistan Aterosklerosis Çalışması'nda 18 yaş üstü bireylerin %5.3'ü yüksek, %14.9'u orta düzeyde riskli bulunmuştur (6). Bhopal ve ark. nın çalışmasında ortalama risk Avrupa kökenlilerde 7.4, Güney Asyalılar'da 9.0, Hintliler'de 7.6, Pakistanlılar'da 9.4, Bangladeşliler'de 11.0 olarak saptanmıştır (7). Bizim çalışmamızda KKH'ye ilişkin 10 yıllık risk erkeklerde düşük öğrenim düzeyiyle; kadınlarda ise düşük öğrenim düzeyi ve işsiz- çalışmayan grupta olma ile artmaktadır. On yıllık riskin hesaplanmasında kullanılan değişkenlerden erkeklerde bu sonuca paralel sonuç elde edilen değişken bulunmamaktadır. Kadınlarda yalnızca sigara kullanımına ilişkin sonuçlarla paralel bir sonuç elde edilmiştir. Sosyal eşitsizliğin KKH'nin 10 yıllık riskine etkisini belirleyen çalışma çok çok azdır. Yapılan çalışmalarda genellikle etnik yapının riske etkisine bakılmıştır (4-7). Bizim çalışmamızla karşılaştırılabilecek çalışma İskoçya'da Brindle ve ark. nın yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada on yıllık riskin %20'nin üzerinde olma durumu el işçilerinde el işçisi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (8).

Sonuçta; Erkeklerde düşük öğrenim, kadınlarda düşük öğrenim ve düşük sosyal sınıf 10 yıllık skor açısından risk oluşturmaktadır. Balçova İlçesi özelinde yapılacak olan tüm topluma ve riskli gruplara yönelik girişimler oluşacak risklerin önlenmesinde ve oluşan risklerin ortadan kaldırılmasında ve dolayısı ile koroner kalp hastalığının morbidite ve mortalitesinin azaltılmasında önemlidir. Sosyal eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına ilişkin olarak tüm ülke düzeyinde politikalar geliştirilmesi hedeflenmelidir. Politika oluşturulurken yalnızca sonuca ilişkin önlemler alınması ya da hedefler konması doğru değildir. Temel hedef eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına ilişkin olmalıdır.

Anahtar sözcükler: sosyoekonomik eşitsizlik, sosyal sınıf, koroner kalp hastalığı, Framingham risk eşitliği

Kaynaklar:

1. Wilson WFP, D'Agostino RB, Levy D, Belanger MA, Kannel S, William B. Prediction Of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories. Circulation 1998;97:1837-47.
2. Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. 2. Baskı. Ankara: İmge Kitabevi; 2004.
3. Michos ED, Vasamreddy CR, Becker DM, Yanek LR, Moy TF, Fishman EK, Becker LC, Blumenthal RS. Women With A Low Framingham Risk Score And A Family History Of Premature Coronary Heart Disease Have A High Prevalence Of Subclinical Coronary Atherosclerosis. American Heart Journal 2005;150(6):1276-81.
4. Quirke TP, Gill PS, Mant JW, Allan TF. The Applicability Of The Framingham Coronary Heart Disease Prediction Function To Black And Minority Ethnic Groups In The UK. Heart 2003;89:785-6.

5.Brindle P, May M, Gill P, Cappuccio F, D'Agostino RB, Fischbacher C, Ebrahim S. Primary Prevention Of Cardiovascular Disease: A Web-Based Risk Score For Seven British Black And Minority Ethnic Groups. Heart 2006;92:1595-602.

6.Kanjilal S, Rao VS, Mukherjee M, Natesha BK, Renuka KS, Sibi K, Iyengar SS, Kakkar VV. Application Of Cardiovascular Disease Risk Prediction Models And The Relevance Of Novel Biomarkers To Risk Stratification In Asian Indians. Vascular Health And Risk Management 2008;4(1):199-211.

7.Bhopal R, Fischbacher C, Vartiainen E, Unwin N, White M, Alberti G. Predicted And Observed Cardiovascular Disease In South Asians: Application Of FINRISK, Framingham And SCORE Models To Newcastle Heart Project Data. Journal Of Public Health 2005;27(1):93-100.

8.Brindle PM, Mcconnachie A, Upton MN, Hart CL, Smith GD, Watt GCM. The Accuracy Of The Framingham Risk-Score In Different Socioeconomic Groups: A Prospective Study. British Journal Of General Practice 2005;55:838-45.

443

MANİSA İLİ BARBOROS ASM BÖLGESİNDE YAŞAYAN 45 YAŞ ÜSTÜ KADINLARDA HİPERTANSİYON TEDAVİ UYUMU VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Burak Tunç

Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Hipertansiyon tüm dünyada önemli düzeyde morbidite ve mortaliteye yol açan bunun yanı sıra önlenabilir ve kontrol altına alınabilir kronik bir hastalıktır. Kan basıncının etkin bir şekilde düşürülmesinde antihipertansif ilaç tedavisine uyum esastır. Günümüzde etkin tedavi olanaklarına karşın, kan basıncının istenilen düzeylerde olmamasının başlıca nedeni olarak antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuzluk belirtilmektedir. Bu çalışmada amacımız hipertansiyon tanısı almış 45 yaş üstü kadın hastaların hastalıklarına yönelik tutum ve davranışlarını incelemek, tedavi uyumunu değerlendirerek, uyumu etkileyen faktörleri araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kesitsel tipte bir çalışmadır ve çalışma evrenimiz Manisa ilinde yarı-kentsel bir yerleşke olan Barbaros Mahallesi'nde yaşayan 45 yaş üstü 1281 kadın evreninden , %99 güven ve hipertansiyon prevalansının toplumda %35 olduğu varsayımı ile prevalansta %5 sapma ile 410 hane olarak saptanmıştır. Hipertansiyon tanısı almış bireylere ulaşma olasılığını artırmak amacıyla daha sonra 420 hane olarak belirlenmiştir. Araştırmada küme örneklem yöntemi kullanılmış ve her bir kümede 10 kişi olacak şekilde toplam 42 küme olması kararlaştırılmıştır. Küme başı olacak haneler Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Bilgi İşlem Şubesi kayıtlarından rastgele seçilmiş, aynı şekilde 6 adet yedek küme başı belirlenmiştir. Her kümede 10 adet haneye gidilmiş, gidilen hanelerde daha önceden hipertansiyon tanısı almış 145 kişi ile görüşülmüştür.

Araştırmanın verileri yapılandırılmış anket formu aracılığıyla kadınların evlerinde yüz yüze görüşülerek 24 Şubat 2012 – 2 Mart 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Anket formu sosyodemografik özellikler, hipertansiyon tedavisi, tedavi uyumu bilgileri, komorbidite, fizik aktivite, alışkanlıklar, diyet, sağlık hizmetlerine ulaşım ve Modifiye Morisky Kriterleri tedavi uyum ölçüğünü içermektedir.

Veriler; tanımlayıcı istatistikler (ortalama, sd, yüzde dağılımı), ki-kare, student' t testi ve Anova testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 61 ± 10.2 'dir. Ortalama hipertansiyon tanı süreleri 7.75 ± 7.5 yıldır. Kadınların %95.9 'u ev kadını iken, %70' i evli ve %38,6' sı okur-yazar değildir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hipertansiyon tedavisi olarak %32' si diüretik,%35.9' u ise kombine tedavi almaktadır. Kadınların %62' si daha önceki ilacını değiştirmiş ve bunun nedeni olarak ta %46.9' u hekim önerisi olarak belirtmiştir. Tedavi uyumu Modifiye Morisky Skalasına göre değerlendirilmiş olup katılan 145 kadının %22. 8'i yüksek uyumlu bulunmuştur.

Tartışma: Araştırmamızdaki kadınların hipertansiyon tedavi uyumu gelişmiş ülke düzeyi olan %50 seviyesinden düşük saptanmıştır. Çalışmamızda yaşın artmasıyla, ev kadınlarında, üst sosyal sınıfta olma, ailede beraber yaşayan kişi sayısının artmasıyla, hipertansiyon tanı süresinin artmasıyla, ek komorbidite varlığının bulunmasıyla, sağlık kurumlarına ulaşılabilirliğin artmasıyla, hipertansiyon ile ilgili bilginin olmasıyla ve hipertansiyon sürekli tedavi edilmeli diyenlerin tedavi uyumları istatistiksel olarak yüksek uyumlu olarak bulunmuştur. (p <0,05).

Sonuçlar: Uyumu artırmak için hastaların, sağlık çalışanlarının ve sağlık kuruluşlarının yer aldığı çalışmalara daha fazla önem verilmelidir. Uyumla ilgili potansiyel ve gerçek problemler değerlendirilip, bu konuda hastaların bilgi ve tutumlarını artırılmalıdır. Özellikle alt sosyal sınıflar, izlem ve kontrol açısından yüksek risk grubu olarak kabul edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon tedavi uyumu, Modifiye Morisky Skalası, ilaç uyumu

549

TÜRKİYE'DE BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR KONUSUNDA ARAŞTIRMA KAPASİTESİNİN GELİŞTİRİLMESİ İÇİN HARİTALAMA (MAPPING) ÇALIŞMASI

Duygu İşlek, Dilek Öztoprak, Bülent Kılıç, Belgin Ünal

Dokuz Eylül Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Bulaşıcı olmayan hastalıklar alanında gerçekleştirilen sağlık araştırmalarının Türkiye'de ulusal düzeyde geliştirilebilmesi için öncelikle var olan araştırma kapasitesinin değerlendirilmesine gereksinim vardır. Araştırma kapasitesinin değerlendirilmesi yapılan araştırmaların niceliksel ve niteliksel olarak değerlendirilmesi ve araştırmacıların ve araştırmalara destek olan tüm kurumların saptanması aşamalarını içermelidir. Ancak bu değerlendirmelerden sonra elde edilen verilere dayalı olarak araştırma kapasitesinin geliştirilmesi için doğru hedeflerin belirlenmesi söz konusu olabilir. RESCAP-MED (NCDs and their social determinants in Mediterranean partner countries: building sustainable research capacity for effective policy intervention) bulaşıcı olmayan hastalıklar ve sosyal belirleyicileri konusunda etkin politika girişimleri ve araştırmalar için Akdeniz Bölgesi ülkelerinde kapasite geliştirilmesini amaçlayan bir Avrupa Birliği projesidir. Bu projeye katılımı bulunan ülkeler Doğu Akdeniz bölgesinde yer alan Türkiye, Filistin, Suriye, Tunus ve Ürdün'dür. Proje 2012-2015 yılları arasında gerçekleştirilecektir. Projenin birinci amacı katılımcı ülkelerin bulaşıcı olmayan hastalıklar konusundaki araştırma kapasitesini değerlendirmek ve bu doğrultuda yapılması hedeflenen öncelikli eylemleri belirlemektir. Projenin ikinci amacı katılımcı ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklar alanında genç araştırmacıların eğitilmesini ve bölgedeki araştırmacılar arasında işbirliği olanaklarının güçlendirilmesini içermektedir. Bu bildirinin amacı, RESCAP-MED projesinin bir bölümü kapsamında Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda yapılmış olan sağlık araştırmalarını yürüten kişi ve kurumları belirlemek ve bir haritalama (mapping) yapmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 01.04.2012- 01.06.2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Haritalama yapılırken Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılında 10 Doğu Akdeniz ülkesinde gerçekleştirdiği 'Ulusal Sağlık Araştırmaları Sisteminde Haritalama' (National health research system mapping in the Eastern Mediterranean Region) çalışması kaynak olarak kullanılmıştır. Söz konusu çalışmanın bulaşıcı olmayan hastalıkların haritalandırılmasında kullanılmış olan veri toplamaya yönelik anket formu, düzeltmeler yapılarak Türkiye'de haritalama amacıyla kullanılmıştır. Bu veri toplama formunda Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar alanında araştırmalar yapan ve/veya komisyonlar kuran kurumlar sorgulanmaktadır. Bu kurumlar devlet kuruluşları, eğitim

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ve araştırma hastaneleri, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları, sağlık alanında kar amaçlı araştırma yapan şirketler (ilaç firmaları) ve Türkiye'deki araştırmalara sponsor olan uluslar arası kuruluşlar olarak sorgulanmaktadır. Veri toplama formunda ayrıca sağlık araştırmalarının sonuçlarının yayılmasında aktif rolü olan medya organizasyonlarının ve yayınlanan sağlık programlarının isimleri de birer soru başlığı olarak bulunmaktadır. Bunlara ek olarak anket formunda, bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda yapılan araştırmalarda Türkiye'de öncü olan kurumlar, ülke çapında veya bölgesel olarak yapılmış ulusal araştırmalar, ulusal sağlık araştırmalarının yönetiminde görev alan kurumlar ve belirledikleri hedef ve planlara yönelik sorular bulunmaktadır. Veri toplama aşamasında öncelikle bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda Türkiye'de ve Türk araştırmacılar tarafından yapılmış araştırmaların geniş bir literatür taraması yapılmıştır. Bu taramada pubmed veri tabanı kullanılarak 2000-2012 yılları arasında yayınlanmış araştırmalara 'koroner arter hastalıkları', 'kardiovasküler hastalıklar', 'serebrovasküler hastalıklar', 'diyabet', 'hipertansiyon', 'metabolik sendrom', 'inme', 'dislipidemi', 'obezite', 'beslenme', 'diyet', 'fiziksel aktivite', 'egzersiz' ve "Türkiye" anahtar kelimeleri kullanılarak ulaşılmıştır. Her bir anahtar kelimeyle ulaşılan makalelerin listeleri oluşturulmuş daha sonra bu listeler kullanılarak araştırmaların gerçekleştirildiği kurumlar belirlenmiştir. İkinci aşamada kurumlar yaptıkları araştırma sayılarına göre sıralanarak anket formunda uygun olan bölümlere yerleştirilmişlerdir. Anket formunun ilgili bölümlerinde kurumların sağlık araştırmalarını sadece komisyon kurarak desteklemeleri ya da araştırmayı kendilerinin gerçekleştirmeleri gibi durumlar göz önüne alınarak bilgiler toplanmıştır. Daha sonra Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda en fazla araştırma yapmış ilk on araştırmacı listelenmiştir. Bu liste hazırlanırken araştırmacıların yapmış olduğu araştırma sayıları ölçüt olarak kullanılmıştır. Son olarak bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda elde edilen tüm literatürden "halk sağlığı" alanında yapılmış ve özellikle "sağlığın sosyal belirleyicileri" konusunu ele alan araştırmalar ve bu konuda önde gelen araştırmacılar sınıflandırılmıştır. Anketin devamında var olan sorulara yönelik olarak Türkiye'de sağlık araştırmalarının sonuçlarının yayılmasında aktif rolü olan medya organizasyonlarının isimleri ve yayınlanan programları, TV kanalları ve gazeteler incelenerek listelenmiştir.

Araştırmanın son aşamasında ulusal sağlık araştırmalarının yönetiminde görev alan birinci kurum olarak belirlenen Sağlık Bakanlığı'na gidilerek ilgili yetkililerle görüşülmüştür. Bu görüşmede kurumun stratejik amaçları, gerçekleştirmeyi planladıkları araştırmalar ve belirledikleri hedef ve planlara yönelik sorular sorulmuştur.

Bulgular ve Tartışma: Pubmed'den yapılan tarama sonucu 2000-2012 yılları arasında indekslere giren dergilerde yayınlanmış ve bulaşıcı olmayan hastalıklar alanında yer alan 608 Türkiye kökenli makale saptanmıştır. Bu makaleler konularına göre sıralandığında, hipertansiyon alanında 153, diyabet konusunda 129, obezite ve metabolik sendrom konusunda 122, koroner arter hastalıkları konusunda 104, dislipidemi konusunda 51, serebrovasküler hastalıklar ve inme konusunda 29, diyet ve beslenme konularında 17 ve fiziksel aktivite konusunda yayınlanmış 3 araştırma bulunmuştur. Bu araştırmaları yürüten veya yürütülmesi için destek olan 54 üniversite, 49 eğitim ve araştırma hastanesi ve 9 devlet kurumu saptanmıştır. Üniversiteler değerlendirildiğinde 54 üniversitenin toplam 487 araştırma yaptığı bulunmuştur. Bu üniversiteler arasında 61 araştırma ile İstanbul Üniversitesi, 34 araştırma ile Başkent Üniversitesi ve 31 araştırma ile Gazi Üniversitesi öne çıkmaktadır. Ayrıca 49 eğitim ve araştırma hastanesi bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda toplam 93 araştırma yayınlamıştır. Söz konusu eğitim ve araştırma hastanelerinden 8 araştırmayla Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve yine 8 araştırmayla Kartal Koşuyolu Eğitim ve Araştırma Hastanesi öne çıkmaktadır. Ayrıca Florance Nightingale Hastanesi'nin ve Siyami Ersek Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 5'er araştırması bulunmaktadır. Araştırmalar konusunda bir önemli kurum da uzmanlık dernekleridir. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda toplam 40 araştırma yapmış 22 NGO (sivil toplum kuruluşu) bulunmuştur. Bunlar içinde 34 araştırma ile Türk Kardiyoloji Derneği öne çıkmaktadır. Ayrıca Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği ve bazı özel ilaç firmalarının Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda yapılan araştırmalara maddi destek sağladıkları saptanmıştır. Devlet kurumları arasında ise en önemlileri Sağlık Bakanlığı, TÜBİTAK ve Türkiye İstatistik Kurumu'dur. Türkiye'deki araştırmalara sponsor olan kuruluşlar arasında Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesi Birimi de bulunmaktadır.

Araştırmacı sayıları değerlendirildiğinde, koroner arter hastalıkları üzerine araştırma yapan toplam 692 araştırmacı bulunmuştur. Bu araştırmacıların 471'i üniversitelerde, 221'i eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışmaktadır. Hipertansiyon üzerine araştırma yapan araştırmacı sayısı ise 898'dir. Bu araştırmacıların 695'i üniversitelerde, 203'ü eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışmaktadır. Serebrovasküler hastalıklar üzerine araştırma yapan araştırmacı sayısı 169'dur. Bu araştırmacıların 119'u üniversitelerde, 50'si eğitim ve araştırma

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

hastanelerinde çalışmaktadır. Dislipidemi üzerine araştırma yapan araştırmacı sayısı 245'dir. Bu araştırmacıların 198'i üniversitelerde, 47'si eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışmaktadır. Obezite ve metabolik sendrom üzerine araştırma yapan araştırmacı sayısı 558'dir. Bu araştırmacıların 444'ü üniversitelerde, 114'ü eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışmaktadır. Diyabet üzerine araştırma yapan araştırmacı sayısı 554'dür. Bu araştırmacıların 433'ü üniversitelerde, 121'i eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışmaktadır. Diyet ve beslenme üzerine araştırma yapan araştırmacı sayısı 63'dür ve bu araştırmacıların tümü üniversitelerde çalışmaktadır.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda yapılmış 10 büyük çalışma listelendiğinde ise ilk 3 sırada TEKHARF, TURDEP-1 ve TOHTA çalışmaları yer almıştır. Halk sağlığı alanında ve sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine yapılmış araştırmaları yürüten araştırmalar arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı AD (Balçova'nın Kalbi – BAK- çalışması), Başkent Üniversitesi (Hastalık Yükü çalışması) ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Bilimleri Enstitüsü (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) ilk sıralarda yer almaktadır. Sağlık araştırmalarına destek olan kurumlar ise sırasıyla TÜBİTAK, Sağlık Bakanlığı ve YÖK'tür. TÜBİTAK, akademik araştırmalara burs, kredi ve ödüllerle mali destek sağlamaktadır. "Türkiye'de Hastalık Yükü", "Ulusal Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri" gibi birçok araştırma Sağlık Bakanlığı desteğiyle gerçekleştirilmiştir. YÖK, Türkiye'deki üniversite araştırmaları için bütçe sağlamaktadır. Yapılmış araştırmaların sonuçlarının halka yayılmasında ise 13 TV kuruluşu yayınladıkları çeşitli TV programlarıyla rol almaktadır.

Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile yapılan görüşmeler sonucunda Bakanlık'ın 2010-2014 yılları için stratejik bir planı olduğu ve bu plan içinde bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili ayrıntılı hedeflerin bulunduğu görülmüştür. Ayrıca 2012 yılında Bakanlık içinde 'Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'nün kurulduğu ancak bu kurumun henüz yeni yapılanmakta olduğu ve yalnızca bakanlık bünyesindeki çalışmalarla ilgileneceği saptanmıştır. Sağlık Bakanlığının halen bulaşıcı olmayan hastalıklar risk faktörlerinin belirlenmesi, obezite ve ölüm nedenleri üzerine yürütülen 3 ulusal düzeyde araştırmaya destek olduğu ancak önümüzdeki yıllar için bakanlığın spesifik bir araştırma takvimi/planının olmadığı ve ulusal düzeyde araştırmalarla ilgili bir monitorizasyon ve değerlendirme sistemlerinin olmadığı saptanmıştır. Yapılan araştırmaların sonuçlarının yayılması ve kullanılması konusunda da politika yapımcılar ve akademisyenler arasında düzenli bir işbirliği saptanamamıştır.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda yapılmış araştırmaların ayrıntılı bir dökümü elde edilmiş ve 2000-2012 yılları arasında indekslere giren dergilerde yayınlanmış 608 Türkiye kökenli makale bulunmuştur. Bu makalelerin çoğunluğu hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı, obezite ve metabolik sendroma ilişkindir. Bu araştırmaları yürüten veya yürütülmesi için destek olan kurumlar sırasıyla 54 üniversite, 49 Sağlık Bakanlığına bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve 9 devlet kurumudur. Bu sayılar yeterli olmamakla birlikte oldukça önemli bir rakamdır. Ancak sağlık araştırmaları yönetimi konusunda halen ciddi bir koordinasyon eksikliği görülmektedir. Rutin bir sağlık enformasyon sistemi, araştırma sonuçlarının yayılması ve paylaşılması konularında önemli eksiklikler saptanmıştır. Ulusal düzeyde öncelikli araştırma konularının belirlenmemiş olduğu özellikle dikkati çekmektedir.

Kaynak:

WHO (2008) National health research system mapping in the Eastern Mediterranean Region. WHO-EM/RPC/027/E

Anahtar Kelimeler: bulaşıcı olmayan hastalıklar, haritalama, mapping

Çıkar Çatışması: Bu çalışma 27/12/2011 tarih ve FP7-HEALTH-2011/281640 sayılı "NCDs and their social determinants in Mediterranean partner countries: building sustainable research capacity for effective policy intervention" isimli Avrupa Birliği projesi tarafından desteklenmiştir.

BALÇOVA'DA DİYABETLİ BİREYLERDE TEDAVİ ALMA VE KAN GLUKOZ DÜZEYİNİN KONTROL ALTINA ALINMA DURUMU

Kevser Tarı Selçuk¹, Melih Kaan Sözmen², Belgin Ünal³

¹Bigadiç Devlet Hastanesi, Balıkesir

²Narlidere Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: Başlıca mortalite ve morbidite nedenlerinden biri olan diyabetin tedavisinde ilerlemeler olmasına karşın, risk faktörlerindeki artış nedeniyle hastalık yükündeki payı giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne(DSÖ) göre tüm dünyada yüksek kan glukoz değerinin ölümlerin %6'sından sorumlu olduğu, bu ölümlerin %83'ünün düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde gerçekleştiği ve gelecek 25 yılda diyabetli insan sayısının yaklaşık %150 oranında artacağı bildirilmektedir. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan diyabetin tedavisinde kan glukoz düzeyinin, vücut ağırlığının, kan basıncının ve kan lipid düzeylerinin kontrol altında tutulması gereklidir. Maliyet etkin olarak nitelendirilen yaşam tarzı değişiklikleri ile diyabet tedavi edilebildiği gibi, diyabetli bireylerin, yaşam sürelerini kısaltan ve yaşam kalitelerini düşüren diyabet komplikasyonları da önlenmektedir.

Bu çalışmada diyabetli bireylerin tedavi alma durumları ve tedavi alanlarda kan glukoz düzeyi, Beden Kütle İndeksi(BKİ), kan basıncı ve lipidlerin kontrol altına alınma durumlarının saptanması, tedavi alma ve kan glukoz düzeyinin kontrol altına alınma durumlarının bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tipte olup, çalışmada Balçova'nın Kalbi Projesinin(BAK) durum saptama çalışmasına katılan, kan örneği alınan, 30 yaş ve üzeri 12,915 kişiden diyabetli olduğu belirlenen 1643 kişiye ait veri değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında Amerikan Diyabet Birliği'nin(ADA) 2009 yılı tanı kriterlerine göre en az 8 saatlik açlığı takiben yapılan ölçümde 126mg/dl ve üzerinde plazma kan glukoz düzeyine sahip olan veya daha önce bir hekim tarafından diyabet tanısı aldığını ya da antidiyabetik ilaç kullandığını belirten bireyler diyabetli olarak tanımlanmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, diyabetli bireylerin tedavi alma durumu ve diyabet tedavisi alan bireylerde kan glukoz düzeyinin kontrol altına alınma durumudur. Araştırma kapsamında antidiyabetik ilaç kullanımı tedavi alma durumu ve tedavi alanlarda Uluslararası Diyabet Federasyonu(IDF) önerilerine göre Açlık Kan Şekerinin(AKŞ) 110mg/dl'nin altında olma durumu ise kan glukoz düzeyinin kontrol altına alınma durumu olarak tanımlanmıştır. Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, algılanan ekonomik durum, sosyal güvence durumu, sigara kullanımı ve eşlik eden kronik hastalık varlığı(koroner arter hastalığı, kanser, hipertansiyon ve stroke) bu araştırmanın bağımsız değişkenleridir. Araştırma kapsamında vücut ağırlığı kontrolünde BKİ değerlendirilmiş, DSÖ'nün sınıflandırmasına göre BKİ'nin 25.00kg/m²'nin altında olması diyabetli bireylerde hedef değer olarak tanımlanmıştır. Kan basıncının değerlendirilmesinde Yüksek Kan Basıncının Önlenmesi, Saptanması, Değerlendirilmesi ve Tedavisi için Yedinci Ortak Ulusal Komite(JNC 7) Raporunda belirtilen sınıflama kullanılmıştır. Kan basıncı kontrolünde, ADA önerisi üzerine 130/80mm/Hg'dan düşük kan basıncı, diyabetli bireylerde hedef değer olarak tanımlanmıştır. Lipid düzeylerinin sınıflandırılmasında Yetişkinlerde Yüksek Kolesterolün Tanısı, Değerlendirilmesi ve Tedavisine Yönelik 2002 Yılı Ulusal Kolesterol Eğitim Programı(NCEP-ATP III) Üçüncü Raporunda belirtilen sınıflandırmadan yararlanılmıştır. Diyabetli bireylerde ADA önerileri doğrultusunda LDL kolesterolün 100mg/dl'nin altında, HDL kolesterolün erkeklerde 40mg/dl'nin, kadınlarda 50mg/dl'nin üzerinde, trigliseritin düzeyinin ise 150mg/dl'nin altında olması kontrol altında olma durumu olarak tanımlanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Veriler eğitimli anketörler aracılığıyla bireylerin adreslerinde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış, ardından bireyler, ölçümler ve kan alımı için aç karnına gelmek üzere Balçova Belediyesine ait en yakın semt evine davet edilmiştir. Semt evlerinde ölçümler yapılmış, kanlar alınmış ve alınan kanlar Dokuz Eylül Üniversitesi Merkez Laboratuvarında incelenmiştir. Araştırmanın bütçesi Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projesi(BAP) ve Balçova Belediyesi tarafından desteklenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılmış, veri çözümlemede tanımlayıcı istatistikler ve ki kare testinden yararlanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ alınmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun %55.2'si 70 ve üzeri yaş grubundadır, %63.4'ü kadındır ve %75.1'i evlidir. Grubun %69.6'sı ilkokul ve daha az eğitim düzeyine sahiptir, %80.3'ü ekonomik durumunu orta düzey olarak algılamaktadır. Araştırma grubunun %94.6'sının sosyal güvencesi vardır ve %20.5'i halen sigara içmektedir. Eşlik eden kronik hastalığı olanlar grubun %67.6'sını oluşturmaktadır. Araştırma sırasında grubun %56.1'i obez($\geq 30.00\text{kg/m}^2$) ve %44.9'u hipertansif($\geq 140/90\text{mm/Hg}$) olup, %52.7'si normal($\leq 129\text{mg/dl}$) LDL, %58.1'i normal HDL kolesterol($40-59\text{mg/dl}$) ve %50.9'u normal trigliserit düzeyine($\leq 149\text{mg/dl}$) sahiptir. Araştırma kapsamında diyabetli bireylerin %75.4'ü diyabet tedavisi aldığını belirtmiştir ve tedavi alanların %32.6'sında kan glukoz düzeyi, %21.8'inde kan basıncı, %9.4'ünde BKİ, %34.7'sinde LDL, %45.2'sinde HDL, %52.6'sında trigliserit düzeyi kontrol altındadır.

Diyabet için tedavi alma oranı 70 yaş ve üzeri bireyler, kadınlar, ilkokul ve daha az eğitim düzeyine sahip olanlar, dul olanlar, sosyal güvencesi ve eşlik eden kronik hastalığı olan bireylerde anlamlı olarak daha yüksektir($p<0.05$). Diyabet tedavisi alan bireylerde, 30-44 yaş aralığında ve eşlik eden kronik hastalığı olanlarda kan glukoz düzeyinin kontrol altında olma oranı anlamlı olarak daha yüksektir($p<0.05$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Araştırma grubunun yaklaşık %75.0'i tedavi almaktadır ve tedavi alanların yalnızca %32.6'sında kan glukoz düzeyi kontrol altındadır. Kan basıncı, BKİ, LDL, HDL ve trigliserit düzeylerinin de kontrol altına alınma durumu istendik oranlarda değildir. Ülkemizde diyabet tedavisi alma durumu ve tedavi alanlarda kontrol düzeylerinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. 2010 yılında ikincisi yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi(TURDEP II) çalışmasında diyabetlilerde glisemik kontrol HbA1c düzeyi ile değerlendirilmiş, bilinen diyabetli bireylerin %65.4'ünde glisemik kontrolün yetersiz olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde diyabetli ve bilinen hipertansif bireylerin yaklaşık %44.0'ünde sistolik kan basıncının 140mm/Hg 'nin, %59.0'unda diyastolik kan basıncının 90mm/Hg 'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada kan basıncı kontrolü için sınır değer $130/80\text{mm/Hg}$ olarak tanımlanmıştır. Dolayısıyla her iki çalışmada kan basıncı kontrolü oranlarındaki farklılık sınır değerlerin farklı olmasından kaynaklanabilir. TURDEP II çalışmasının bulguları, bu çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yalın Erez Aile hekimliği polikliniğine Mart-Eylül 2007 tarihleri arasında başvuran, en az altı aylık diyabet tanısı olan ve tedavi edilen 112 birey üzerinde gerçekleştirilen bir başka çalışmada bireylerin %40.2'sinde kan glukoz düzeyinin, %20.5'inde kan basıncının, %32.1'inde LDL'nin, %24.1'inde HDL'nin ve %33.0'ünde trigliserit düzeylerinin kontrol altında olduğu belirlenmiştir. Belirtilen çalışmada kan glukoz düzeyinin ve lipidlerin kontrol altına alınma oranlarının yüksek olması, çalışmanın birinci basamak sağlık kuruluşunda izlenen bireylerde gerçekleştirilmesinden kaynaklanabilir. Tedavi alma ve kan glukoz düzeyinin kontrol altına alınma oranının bu çalışmada istendik düzeyde olmamasının nedeni, diyabetli bireylerin çoğunluğunun ileri yaş grubunda olması ve paralelinde %69.6'sının ilkokul ve daha az eğitim düzeyine sahip olmasından kaynaklanabilir. Bu çalışmada araştırma grubunda kiloluluk ve obezite oranları grubun kadın ağırlıklı olmasından dolayı yüksek olabilir ve aynı zamanda obezitenin, kan basıncı ve lipidlerin kontrol altına alınmasının önüne geçen engellerden biri olduğu düşünülebilir.

Görece büyük bir araştırma grubu üzerinde çalışmanın yürütülmesi, ölçüm sonuçlarının değerlendirilmesinde standart kriterlerin kullanılması bu çalışmanın güçlü yanlarıdır. Çalışmada maliyeti nedeniyle uzun dönem glisemik kontrol düzeyini gösteren HbA1c'nin kan glukoz düzeyi kontrolünün değerlendirilmesinde kullanılmaması çalışmanın önemli kısıtlılıklarındandır. Araştırma grubunda yaklaşık her dört kişiden biri tedavi almamaktadır ve her üç kişiden yalnızca birinin kan glukoz düzeyi kontrol altındadır. Değiştirilebilir risk

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

faktörlerinin başında gelen sigara kullanımı, diyabetli bireylerde halen yaygındır ve yaklaşık her beş diyabetliden biri sigara içmektedir. Bu bulgular toplumda diyabetli bireylerde bilgi düzeyinin ve farkındalığın yeterli olmadığını, diyabetli bireylerin izlemlerinde ve bu bireylere sunulan hizmetlerde aksamalar olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle diyabet riski yüksek olan ve diyabetli bireylerde, farkındalığın artırılmasına yönelik medya ve sağlık kuruluşları işbirliği ile girişimler planlanmalıdır. Diyabetli bireylerin tedavisinde en önemli ayaklardan biri olan izlemlerin yeterli ve düzenli bir biçimde yapılmasını sağlayacak politikalar uygulanmalı ve birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Balçova, Diyabet tedavisi, Kan glukoz kontrol düzeyi.

Kaynaklar:

1. World Health Organization (WHO) Global Health Risks

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

Erişim tarihi:10.05.2012

2. WHO diabetes programme <http://www.who.int/diabetes/commoncondition/en/>

Erişim tarihi:07.05.2012

3. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem planı(2011-2014), TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2011.

4. Balçova heart study: rationale and methodology of the Turkish cohort, Ergör G et all. Int J Public Health, DOI 10.1007/s00038-011-0309-x

5. IDF Global Guideline For Type 2 Diabetes, Glucose Control Levels

<http://www.idf.org/webdata/docs/IDF%20GGT2D.pdf> Erişim tarihi:16.05.2012

6. BMI Classification

http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Erişim tarihi:18.05.2012

7. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf> Erişim tarihi:12.05.2012

8. ADA, High Blood Pressure

<http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/high-blood-pressure-hypertension.html> Erişim tarihi:26.05.2012

9. Third Report Of National Cholesterol Education Program(NCEP) Expert Panel On Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Cholesterol In Adult Final Report, 2002

<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3full.pdf> Erişim tarihi:20.05.2012

10. ADA, All About Cholesterol http://www.diabetes.org/diabetes-asics/prevention/checkup-america/cholesterol.html?utm_source=RecipeClub&utm_medium=ContentPage&utm_content=%5Bcontent%20of%20destination%5D&utm_campaign=CON Erişim tarihi:26.05.2012

11. Tahmiscioğlu G, Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Takip Edilen Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Glisemik Kontrollerinin, Lipid Profillerinin ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, 2008. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi

844

KALP DAMAR HASTALIKLARI EPİDEMİYOLOJİSİ KONUSUNDA TOPLUMDA YAPILAN ÇALIŞMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ceyda Şahan Akduman¹, Kaan Sözmen², Sinem Doğanay¹, Belgin Ünal¹

¹Dokuz Eylül Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

²Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2008 yılında tüm dünyada ölen 57 milyon kişinin 7.3 milyonunun koroner kalp hastalığı (KKH), 6.2 milyonunun ise inme ve diğer serebrovasküler hastalıklar (SVH) nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Türkiye'de 2000 yılında yapılan UHY-ME çalışmasına göre KKH ve SVH, ölümlülük yükü en fazla olan üç hastalıktan ikisi olarak saptanmıştır. Buna göre Sakatlığa Uyarlanmış Yaşam Yılı (Disability-Adjusted Life Year) oluşturan ilk 10 hastalıktan iskemik kalp hastalıkları erkeklerde % 8.9 ile ilk sırada, kadınlarda ise %6.9 ile ikinci sıradadır. Üçüncü sırada hem erkeklerde (%6.3) hem de kadınlarda (%5.5) serebrovasküler hastalıklar gelmektedir. Ayrıca Türkiye İstatistik Kurumu 2010 verilerine göre her iki cinste de en sık ölüm nedenlerinin başında kalp-damar hastalıkları yer almaktadır. KKH ve inme, bulaşıcı olmayan ve önlenbilir hastalıklardır. Bu hastalıkları önlemenin en iyi yolu risk etmenlerini önlemektir. Bu hastalıkların oluşumunda bugüne kadar yapılan birçok çalışmaya dayanarak saptanan en önemli risk etmenleri sigara kullanma, alkol kullanma, düşük düzeyde sebze ve meyve tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite, yüksek kolesterol, obezite ve hipertansiyondur. Risk etmenlerinin çoğu toplum eğitimi, yaşam tarzı değişikliği ve sosyoekonomik düzeyin iyileştirilmesi ile ortadan kaldırılabilir sorunlardır. Birçok ülkede bulaşıcı olmayan hastalıkların bir salgın haline geldiği ve önlenmesi gerektiği kabul edilmekte, önleme-kontrol programları planlanmaktadır. Ülkemizde de kalp-damar hastalıklarına yönelik olarak kontrol programı hazırlanmıştır. Kontrol programlarının etkinliği, seçilen göstergelerdeki değişim ile değerlendirilir. Hastalığın toplumdaki prevalansı ve insidansı bu amaçla kullanılabilir en önemli göstergelerdendir.

Bu çalışmanın amacı koroner kalp hastalığı ve inme sıklığı ile ilgili Türkiye'de yapılan toplum tabanlı araştırmaların saptanması ve bu araştırmaların yöntem bakımından uygunluğunun eleştirel olarak değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu sistematik derlemede çalışmalar uluslar arası ve ulusal elektronik veri tabanlarından taranarak seçilmiştir. Her bir çalışmanın derlemeye alınması için gereken koşullar, Türkiye'de yapılmış olması, toplum tabanlı ve kesitsel olması, koroner kalp hastalığı veya serebrovasküler hastalıkla ilgili en az bir morbidite (prevalans, insidans) verisi sunmuş olması, hastane veya huzurevi tabanlı olmamasıdır. Medline'da 'coronary heart disease' 'ischemic heart disease' 'cerebrovascular disease' 'stroke' 'prevalence' ve 'Turkey' anahtar sözcükleriyle 1966-2012 arasında yapılan taramada elde edilen, 1047 çalışmadan (12.07.2012) ikisinin toplum tabanlı ve kesitsel olduğu, ayrıca morbidite verisi sunduğu saptanmıştır. ULAKBİM'de anahtar sözcüklerle

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

taranan çalışmalardan ikisinin Medline’da da bulunduğu görülmüş, ayrıca derlemeye alınma koşullarına uygun beş çalışma daha bulunmuştur. YÖK tez veri tabanında ise tarama seçeneklerinin kısıtlı olması nedeniyle anahtar sözcükler tek tek taranmış ve sonuçta derlemeye uygun yedi çalışma olduğu görülmüştür. DEÜTF Halk Sağlığı kütüphanesinde bulunan halk sağlığı, kardiyoloji ve nöroloji kongre bildiri özeti kitapları, basılı tezler ve araştırma raporlarının taranması sonucu derlemeye uygun altı çalışma bulunmuştur. Ayrıca ulusal araştırma raporları incelenmiş, Ulusal Hanehalkı Araştırması 2002-2003 ve TÜİK Sağlık Araştırması 2010 derlemeye alınmıştır. Türkiye’de yapılan toplum tabanlı, kesitsel, koroner kalp hastalığı veya serebrovasküler hastalıkla ilgili en az bir morbidite verisi sunan toplam 20 çalışma eleştirel değerlendirme için seçilmiştir.

Her bir çalışma eleştirel değerlendirme için oluşturulan kontrol listeleri yardımıyla iki araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirmede araştırmanın tipi, nerede yapıldığı, katılımcıların yaş ve cinsiyet özellikleri, ulusal ve bölgesel olması, örnek büyüklüğü, örnek seçimi, katılım oranı, kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık tanımları, araştırmalarda sunulduğu şekilde morbidite verileri ve araştırmaların güçlü ve zayıf yönleri incelenmiştir.

Bulgular: KKH ve SVH epidemiyolojisi ile ilgili verisi olan 3 ulusal çalışma vardır. Bunlardan Türkiye genelinde KKH prevalansını belirlemeye yönelik olan ilk çalışma Onat ve ark.ları tarafından 1991’de yapılmıştır. Bu çalışmada 20 yaş üstü 3689 kişi, 7 coğrafi bölgede 59 yerleşim biriminde cins, yaş, yerleşim birimlerinin büyüklükleri ve kent-kır özellikleri göz önüne alınarak rasgele örnekleme yöntemine göre seçildiği, o gün için yeterli sayıda kişinin taramaya alınmadığı durumlarda bir işyeri ya da kahvehaneye gidilerek istenen sayıda kişiyi tamamlamak için birkaç kişinin rasgele çalışmaya alındığı belirtilmiştir. Ayrıca tarama için başvuran gönüllülerden bilinen kalp-damar hastalığı olmayanlar da çalışmaya alınmıştır. Ulaşılabilecek en az örnek büyüklüğü hesaplanmamıştır. Katılım oranı belirtilmemiştir. Tanımlanan kesin ve şüpheli tanı kriterlerini sağlayanlar ağırlıklarına göre koroner kalp hastası olarak tanımlanmışlardır. KKH prevalansları yaşa, cins ve bölgelere göre verilmiştir.

Ulusal Hanehalkı Araştırması (2002-2003) , Türkiye’de tüm yaş gruplarında anjina pektoris ve SVH prevalanslarını sunmaktadır. 48057 hanehalkı, yaş ve cinsine göre tabakalı listeleme yöntemi ile beş bölgenin kır ve kentinden seçilmiştir. Ulaşılabilecek en az örnek büyüklüğü hesaplanmamıştır. Katılım oranı %94’tür. Kişilerin kendi bildirimlerine göre doktor tarafından tanı konmuş anjina pektoris ve serebrovasküler hastalıklarının olma durumları sorgulanmıştır. Anjina pektoris ve SVH prevalansları kır-kent ve cinsine göre verilmiştir.

Bu konuda yapılan en güncel ulusal çalışma olan Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması (2010), 15 yaş üstü 6551 hanehalkına (Hanehalkı; aralarında akrabalık bağı bulunsun ya da bulunmasın aynı konutta veya konutlarda, aynı konutun bir bölümünde yaşayan, kazanç ve masraflarını ayırmayan, hanenin hizmet ve yönetimine katılan bir veya birden fazla kişiden oluşan topluluktur) ulaşılarak yapılmıştır. Kır-kente göre, tabakalı ve küme örnekleme yöntemleri kullanılarak örnek seçilmiştir. Ulaşılabilecek en az örnek büyüklüğü belirtilmemiştir. Katılım oranı %83’tür. Doktor tarafından KKH ve SVH tanısı konma durumları sorgulanmıştır. KKH ve SVH prevalansları kır-kent ve cinsine göre verilmiştir.

Bölgesel olarak yapılan çalışmalardan ise 9’u İzmir (Vatansever, 1998; Aslan, 1999; Akalın, 2002; Yıldız, 2002; Keskinoglu, 2003; Badıllıoğlu, 2003; Demiral, 2006; Ergör, 2011; Şimşek, 2011), 2’si Ankara (Saltık, 1981; Bertan, 1997), diğerleri ise Antalya (Dönmez, 1996), Elazığ (Açık, 1994), İstanbul (Karahana, 2005), Sivas (Özdemir, 2005), Afyon (Doğan, 2012) ve Denizli (Tokgöz, 2012) illerinde yapılmıştır. Bu araştırmalarda araştırma grubu genellikle 30 veya 35 yaş üstü kişilerden oluşmuş, bir çalışmada 18 yaş üstü kişiler, bir çalışmada 20 yaş üstü, bir çalışmada 45 yaş üstü, bir çalışmada 60 yaş üstü, bir çalışmada ise 65 yaş üstü kişiler değerlendirilmiştir. 3’ü dışında tümünde olasılıklı örnekleme yöntemleri kullanılarak örnek seçilmiş, 5’i dışında ise ulaşılması gereken en az örnek büyüklüğü hesaplanmıştır. Örnek seçiminde genellikle sağlık ocağı Ev Halkı Tespit Fişi kayıtları kullanılmıştır. Örnek büyüklüğü hesaplamasında bazılarında hangi hastalıkların prevalanslarının dikkate alındığı belirtilmemişken, KKH ve SVH sıklığının ikincil olarak değerlendirildiği çalışmalarda ise başka hastalıkların prevalanslarının dikkate alındığı görülmüştür. Hiçbirinde katılmama ve/veya ulaşılamama için yedek kullanma yöntemi uygulanmamıştır. Çalışmaların 9’unda katılım oranları belirtilmiştir. Bu çalışmaların tümünde yüz yüze görüşme yöntemiyle anket yapılarak veri toplanmıştır. Bölgesel çalışmalardan 11’i sadece koroner kalp hastalığının, 1’i sadece serebrovasküler hastalığın, 5’i ise her ikisinin morbidite verisini sunmaktadır. Tüm çalışmalarda prevalans verisi, iki çalışmada da ayrıca insidans verisi verilmiştir. 2 çalışmada yaş, cins ve kent-kır

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ayrımı yapılmaksızın toplam prevalans verilirken, 1 çalışmada sadece kadınların prevalansı verilmiştir. 6 çalışmada yaşa ve cinse göre prevalanslar verilirken, 9 çalışmada ise sadece cinse göre prevalanslar verilmiştir. KKH tanısı, 5 çalışmada kişilere anket uygulanarak, sistemik muayene yapılarak ve EKG bulguları değerlendirilerek, 12 çalışmada ise kişilerin kendi bildirimlerine göre öyküleri sorgulanarak konmuştur. SVH tanısı, 7 çalışmada kişilerin kendi bildirimlerine göre öyküleri sorgulanarak, 1 çalışmada ise anket sorularına göre şüpheli olanlara nörolojik muayene ve kraniyal görüntüleme yapılarak, ayrıca hastane kayıtlarına ulaşılarak konmuştur.

Tüm bu çalışmalar değerlendirildiğinde 30 yaş üstü KKH prevalansı toplamda %5.2 ile %10.9, erkekte %7.5 ile %17.4, kadında %1.7 ile %8.3 arasında değişmektedir. Tüm yaşlarda KKH prevalansı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir ve her iki cinste de yaşla birlikte artmaktadır. Onat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 20 yaş üstü kişilerde KKH prevalansı kentte kıra göre daha yüksek bulunmuştur. 2002-2003 Ulusal Hanehalkı Araştırması'nda tüm yaşlarda, 2010 TÜİK Sağlık Araştırması'nda 15 yaş üstünde KKH prevalansı kırdan kente göre daha yüksek bulunmuştur.

30 yaş üstü SVH prevalansı erkekte %1.7 ile %2.8, kadında ise %1,1 ile %2,1 arasında değişmektedir. Tüm yaşlarda SVH prevalansının 6 çalışmada erkeklerde, 2 çalışmada ise kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. 2002-2003 Ulusal Hanehalkı Araştırması'nda tüm yaşlarda, 2010 TÜİK Sağlık Araştırması'nda 15 yaş üstünde SVH prevalansı kırdan kente göre daha yüksek bulunmuştur.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada Türkiye'de toplumda yapılan KKH ve SVH epidemiyolojisi ile ilgili araştırmalar sistematik olarak değerlendirilmiştir. Sistematik derlemelerde araştırmaların eleştirel değerlendirilmesi için kullanılan rehberlerden (STROBE) yararlanılarak kontrol listesi oluşturulmuştur. Öncelikle ulusal çalışmalar incelenmiş, ayrıca bölgesel olarak yapılan çalışmaların da çoğunluğunun Ege Bölgesi'nde yapıldığı görülmüştür. Çalışmalarda çok farklı sonuçlar elde edildiği ve karşılaştırma yapmanın zor olduğu dikkat çekicidir. Bunun başlıca nedenleri örnek seçiminin uygun yapılmamış ve yaş gruplarının farklı alınmış olmasıdır. Ayrıca çalışmalarda KKH ve SVH tanı koyma kriterlerinde farklılıklar görülmektedir. Genellikle ABD ve İngiltere gibi ülkelerde kullanılan yöntem, kişinin kendi beyanına göre "doktor tarafından tanı konmuş hastalık varlığı"nın sorgulanması şeklindedir.

DSÖ, kronik hastalıklar ve risk etmenleri konusunda ülkeler arası karşılaştırılabilir verinin elde edilebilmesi için STEPS adlı bir rehber geliştirmiştir. Buna göre araştırmaların planlanmasında bazı standart basamakların (STEPS) olması gerektiği vurgulanmaktadır. Özellikle çalışmaların planlama ve örnek seçimi aşamalarının belli kurallara göre yapılandırılması önerilmektedir. Ülkelerin olanakları çerçevesinde beyana dayalı, ölçüme dayalı ve laboratuvara dayalı veri toplama yöntemlerini seçebilecekleri belirtilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı dahilinde onaylanan Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi Madde 17'ye göre kalp ve damar

hastalık yükünü azaltmak için toplumsal ve bireysel düzeyde sağlanan ilerlemeyi ölçebilmek için kalp ve damar sağlığında mevcut durumun (risk etkeni yaygınlığı dahil) belirlenmesi gerekmektedir.

Türkiye'de kalp damar hastalıklarının epidemiyolojisini saptamak için yapılan çalışmaların çoğu bölgeseldir veya uygun yöntemle yapılmadığı için karşılaştırılabilir veri sunmamaktadır. Sonuçta çalışmaların ulusal düzeyde, tüm bölgeleri temsil eden, karşılaştırılabilir ve geçerli tanım yöntemleri kullanılarak yapılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, prevalans, Türkiye

Kaynaklar:

1. STROBE. STROBE Statement: Available Checklists. Erişim Tarihi: 08.03.2012. http://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_cross-sectional.pdf

2. Heart Disease and Stroke Statistics--2011 Update : A Report From the American Heart Association. Erişim Tarihi: 10.06.2012 <http://circ.ahajournals.org/content/123/4/e18.full>

3. British Heart Foundation. Trends in coronary heart disease, 1961-2011. Erişim Tarihi: 10.06.2012 <http://www.bhf.org.uk/plugins/PublicationsSearchResults/DownloadFile.aspx?docid=2cc83960-2173-4fd4-a46c-0fb43c22baa4&version=-1&title=Trends+in+coronary+heart+disease%2C+1961-2011&resource=M129>
4. WHO. STEPS survey on Chronic Disease Risk Factors. Erişim Tarihi: 16.07.2012 <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hpr/health-risk-factors/diseases-surveillance/surveillance-country-profiles/step-survey-on-noncommunicable-disease-risk-factors.html>
5. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. Erişim Tarihi: 12.06.2012 <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-39047/h/plan1.pdf>

593

SİVRİHISAR İLÇESİ LİSE ÖĞRENCİLERİNDE KARDİOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİNİN YAYGINLIĞI

Ahu Öztürk, Necati Buğrul, Selma Metintaş, Cemalettin Kalyoncu

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kardiyovasküler hastalıklar (KVH)'ın risk faktörlerinin belirlenmesine ve farkındalığın artmasına rağmen, bu hastalıklar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en önemli ölüm nedeni olarak görülmektedir. Adolesan dönem, sağlık konusunda davranış ve tutum gelişiminin sağlandığı önemli bir yaşam dönemidir. Adolesan dönemde edinilen sağlık açısından riskli davranışların sonuçları, erişkin döneme yansyarak, mortalite ve morbidite oranlarında önemli artışlara yol açabilmektedir. Bu sebeple KVH'dan korunmak için klinik bulgular oluşmadan çocukluk ve adolesan dönemde yaşam tarzı ve risk faktörleri yakından izlenip, değerlendirilmelidir.

Çalışma, Sivrihisar ilçesi lise öğrencilerinde kontrol altına alınabilir kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Mart-Nisan 2012 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Eğitim-Araştırma Bölgesi'nde bulunan Sivrihisar ilçesi lise öğrencilerinde gerçekleştirilen kesitsel tip bir araştırmadır. Sivrihisar ilçe merkezinde 8 lisede öğrenim gören toplam 1475 öğrenci mevcuttur. Çalışma sırasında okullara gidildiğinde sınıflarında bulunmayan öğrenciler ile anket formunda eksik ve/veya yanlış bilgi veren öğrenciler çalışma kapsamı dışında tutularak geriye kalan 1048 (%72) öğrenci çalışma kapsamına alındı.

Çalışma için gerekli izinler alındıktan sonra okul yönetimleri tarafından bildirilen gün ve saatlerde okullara gidilerek öğrencilerin sınıflarında toplanmaları sağlandı. Çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirilen öğrencilerden sözlü onamları alındıktan sonra önceden hazırlanan anket formları, gözlem altında öğrenciler tarafından yaklaşık 30 dakika sürede cevaplandı. Çalışmanın amacına uygun olarak literatürden yararlanılarak hazırlanan anket formu, birinci bölümde sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, anne-baba eğitim düzeyleri ve çalışma durumları, aile gelir durumu, kaldığı yer, ailede kronik hastalık varlığı, kendinde hekim tanıli hastalık varlığı), ikinci bölümde beslenme ve sigara kullanımı, üçüncü bölümde fiziksel aktivite ve televizyon izleme süresi, dördüncü bölümde kardiyovasküler hastalıklar hakkında bilgi düzeyinin değerlendirilmesini içermekteydi. Dördüncü bölümün değerlendirilmesi başka bir bildirinin konusu olmuştur. Anketin cevaplandırılmasının ardından öğrencilerin boy, kilo ve tansiyon arteriyel ölçümleri yapıldı.

Beslenme alışkanlıkları, Demirezen E. tarafından geliştirilen altı maddelik "Beslenme Alışkanlıkları İndeksi" (BAI) ile değerlendirildi. Buna göre öğrencilere kendi beslenme alışkanlıklarını dikkate alarak; yağlı ve şekerli

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yiyecekler yeme, yiyeceklere tuz ekleme, kahve, çay, kola, kırmızı et ve ürünleri, hazır gıda (fast food), meyve ve sebze tüketme sıklığı soruldu. Maddelerin karşısına "hiçbir zaman, nadiren, bazen, sık sık, her zaman" ifadeleri yerleştirildi. Belirtilen sıklıklar, 'hiçbir zaman: 0', 'nadiren: 1', 'bazen: 2', 'sık sık: 3' ve 'her zaman: 4' puan olarak değerlendirildi. Sebze ve meyve tüketimi ile ilgili madde puanlaması ters olarak yapıldı. BAI'den elde edilen toplam puana göre beslenme alışkanlıkları risk düzeyi; sıfır risk yok, 1-6 hafif riskli, 7-12 orta derece risk, 13-18 yüksek risk, 19-24 puan ise çok yüksek risk olarak kabul edildi.

Sigara kullanımı açısından "sigara içip içmediği", "kaç yaşında başladığı", "günde kaç adet sigara içtiği" olmak üzere üç soru soruldu. Düzenli olarak her gün en az bir tane sigara içenler "içiyor", hiç sigara içmemiş olanlar "içmiyor" şeklinde değerlendirildi.

Fiziksel aktivitenin değerlendirmesi için katılımcılara "haftada kaç saat ve ne kadar sıklıkla egzersiz yaptığı ile okulda mola sürelerindeki fiziksel aktivite türünü" içeren üç soru soruldu. Katılımcılar, fiziksel aktivite yönünden; yeterli, orta ve yetersiz olarak gruplandırıldı. Haftada 4 gün ve 4 saat üzeri egzersiz yapılması ile okuldaki mola sürelerinin aktif olarak geçirilmesi yeterli fiziksel aktivite düzeyi olarak kabul edildi. Bunun dışında televizyon karşısında geçirilen süre sorgulandı ve günlük 2 saatten az vakit geçirenler kısa, 2-4 saat arası orta, 4 saatten fazlası uzun süreli televizyon izleme süresi olarak değerlendirildi.

Çocukların boy ölçümleri topukları, kalçaları ve başı duvara yaslanmış olarak 1 mm aralıklı esnek olmayan mezür, ağırlık ölçümleri ise 10 gr'a duyarlı elektronik tartı ile üzerlerinde tek kat giysi olacak şekilde ve ayakkabıları çıkarılarak yapıldı.

Obesitenin değerlendirilmesinde Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanıldı. ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin yayınladığı referans normlarına göre BKİ değerlendirildi; 85 persentil altı normal, 85-95 persentil arası kilolu, 95 persentil ve üzerinde olanlar ise obez kabul edildi.

Kan basıncı ölçümünde, sağ üst kol boyutuna uygun manşonu bulunan standart cıvalı sfigomanometre kullanılarak öğrencilerin tansiyonları ölçüldü. Tansiyon persentilleri, Amerikan Pediatri Akademisi'nin yayınladığı 'Çocuk ve Adolesanlarda Yüksek Kan Basıncının Tanı, Değerlendirme ve Tedavi Dördüncü Raporu' referans sınırlarına göre 90 persentil altı normal, 90-95 persentil arası prehipertansiyon, 95 persentil ve üzeri hipertansiyon olarak değerlendirildi.

Veriler, SPSS (versiyon13.0) Paket Programında değerlendirildi. Analizler için Ki kare analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubundaki öğrencilerin %48.9'u kız, %51.1'i ise erkektir. Yaşları 14-20 arasında değişen öğrencilerin yaş ortalaması 16.04 ± 1.11 yıl idi. Öğrencilerden %37.7'si 15 yaş ve altında, %52.8'i 16-17 yaş grubunda, %9.5'i ise 18 ve üzeri yaş grubundadır. Çalışmaya katılan öğrencilerin annelerinin %75.7'si, babalarının ise %55.2'si ilköğretim mezunu, annelerinin %81.6'sı, babalarının ise %5.5'i gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Ailelerin %19.7'sinin gelir durumu aylık 500 TL altında idi. Çalışmaya katılan öğrencilerin %59.9'u ailesinin yanında ikamet etmekte idi. Öğrencilerin ailelerinin %22.8'inde hipertansiyon, %25.2'sinde diabetes mellitus, %12.0'sinde hiperkolesterolemi ve %11.4'ünde kalp damar hastalığı öyküsü bulunmaktaydı. Ailelerin %50.5'inde ise kronik hastalık öyküsü yoktu. Hekim tanımlı kronik hastalık varlığı sorgulanan öğrencilerin %4.1'inde astım, %1.7'sinde diabetes mellitus, %2.3'ünde ise kalp kapak hastalığı öyküsü mevcuttu.

Beslenme

Çalışma grubu BAI'ne göre, %4.0'ü hafif riskli, %47.0'si orta riskli, %43.0'ü yüksek riskli, %6.0'sı çok yüksek riskli olarak değerlendirildi. Erkekler (%8.4) arasında yüksek riskli beslenme sıklığı kızlara (%4.5) göre daha yüksek bulundu ($p=0.014$). Erkeklerde yaş arttıkça (14-15 yaş :%6.0, 16-17 yaş:%7.0, 18 yaş ve üzeri:%16.0) beslenme açısından risk sıklığının anlamlı olarak arttığı görüldü ($p=0.013$). Kızlarda ise yaşla (14-15 yaş: %3.0, 16-17 yaş: %5.0, 18 yaş ve üzeri: %15.0) beslenme arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0.055$).

Sigara

Çalışma grubunda sigara içme sıklığı %15.0 olarak bulundu. Erkeklerde (%22.8) sigara içme sıklığı kızlara (%6.1) göre daha yüksekti ($p=0.000$). Erkeklerde (14-15 yaş: %8.0, 16-17 yaş: %28, 18 yaş ve üzeri: %46) sigara içme sıklığı yaşla birlikte artış göstermekteydi ($p=0.000$). Kızlarda (14-15 yaş: %5.0, 16-17 yaş: %6.0, 18 yaş ve üzeri: %7.0) ise sigara kullanımında yaşla birlikte artış bulunamadı ($p=0.751$).

Fiziksel aktivite

Çalışma grubunun fiziksel aktivite düzeyi %15.0'inde yetersiz, %68.0' inde orta, %17.0'sinde yeterli düzeydeydi. Kızlar (%19.3) erkeklere (%11.8) göre fiziksel aktivite açısından daha inaktif bulundu ($p=0.000$). Erkeklerde (14-15 yaş:%8.0, 16-17 yaş: %15.0, 18 yaş ve üzeri: %13.0) yaşla fiziksel inaktivite düzeyi arasında ilişki bulunamazken ($p=0,229$), kızlarda (14-15 yaş:%14.0, 16-17 yaş:%20.0, 18 yaş ve üzeri: %44.0) yaşın artmasıyla fiziksel inaktivite düzeyinin arttığı gözlemlendi ($p=0.004$).

Televizyon izleme

Çalışma grubunun %56.0'sının günlük televizyon izleme saati kısa, %29.0'unun orta, %15.0'inde de uzun olarak bulundu. Televizyon izleme süresi açısından cinsiyetle (Erkek:%14.1, Kız:%14.3, $p=0.421$) ve her iki cinste de yaşla (Erkek: $p=0.608$, Kız: $p=0.222$) bir fark bulunamadı.

Obezite

Çalışma grubunun %5.0'i obez, %13.0'ü kilolu olarak değerlendirildi. Obezite ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken ($p=0.548$), erkeklerde (14-15 yaş: %5.0, 16-17 yaş: %4.0, 18 yaş ve üzeri: %9.0) obezite ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.022$). Kızlarda (14-15 yaş: %5.0, 16-17 yaş: %4.0, 18 yaş ve üzeri: -) ise yaş gruplarıyla obesite sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0.172$).

Tansiyon

Çalışma grubunun %2.9'unda hipertansiyon, %3.6'sında ise prehipertansiyon bulundu. Erkekler (%2.8) ve kızlar (%2.9) arasında tansiyon yüksekliği açısından bir fark görülmedi ($p=0.715$). Erkeklerde yaşın artmasıyla (14-15 yaş: %8.0, 16-17 yaş için: %0.7, 18 yaş ve üzeri: %0) prehipertansiyon sıklığı ($p=0.000$), kızlarda ise yaşın artmasıyla (14-15 yaş: %4.0, 16-17 yaş: %2, 18 yaş ve üzeri:%0) hipertansiyon sıklığı azalmaktadır ($p=0.033$).

Çalışma grubunda tansiyonu normal olanların %3.6'sı, prehipertansiflerin %18.4'ü ve hipertansiflerin %36.7' si obez, normotansiflerin % 11.0'i, prehipertansiflerin %26.3'ü, hipertansiflerin ise %40.0'ı kilolu olarak bulundu. Çalışma grubumuzdaki hipertansif olanların arasında obez ve kilolu olanların oranı anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p=0.000$). Tansiyon yüksekliği ile sigara ve fiziksel aktivite düzeyi arasında ilişki bulunamadı (Sigara: $p=0.236$, Fiziksel Aktivite: $p=0.139$). Normotansiflerin %49.5'i, prehipertansiflerin %52.7'si, hipertansiflerin ise %40.0'ı yüksek ve çok yüksek riskli beslenme grubundaydı. Prehipertansif olanlar arasında yüksek riskli beslenenlerin oranı daha fazla bulundu ($p=0.041$).

Grubumuzdaki öğrencilerin %40.0'ı bir, %21.9'u iki, %5.2'si üç ve %0.9'u dört ve üzerinde risk faktörüne (kötü beslenme, sigara kullanımı, fiziksel inaktivite, obezite ve hipertansiyon) sahipti.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Çalışma, adolesan dönemde Kardiyovasküler risk faktörlerinin sıklıkla görüldüğünü ortaya koymuştur. Literatür bulgusuyla uyumlu olarak, erkeklerin riskli beslenme alışkanlıklarının daha fazla olduğu ve bunun yaşla artış gösterdiği bulundu.

Çalışma sonuçları, sigara içme alışkanlığının halen ülkemizde yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir. Erkeklerde adolesan dönemde başlayan bu sorun, yaşla artış göstermekte ve 18 yaş üzerinde %46'ya ulaşmaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Benzer çalışmalarda gösterildiği gibi, öğrenciler yetersiz fiziksel egzersiz yapmaktadır. Kızların fiziksel aktivite düzeyi erkeklerden daha düşüktür. Erişkin yaş grubu kardiyovasküler risk faktör sıklığı çalışmalarına uyumlu olan bu sonuç, toplumsal cinsiyet rollerinin adolesan dönemden itibaren başladığını göstermektedir.

Amerikan Akademisi televizyon ve video oyunlarına ayrılan zamanın günde en fazla iki saat olarak sınırlandırılmasını tavsiye etmektedir. Çalışmada yalnız televizyon izleme süresi alınmış olmasına rağmen öğrencilerin yaklaşık yarısının (%45.0) günlük televizyon izleme süresi 2 saatin üstünde bulundu.

Çocukluk çağı obezitesi özellikle gelişmiş ülkelerde olmakla beraber bütün dünyada artan bir prevalansa sahiptir. Çalışma sonuçlarına göre öğrencilerin %5.0'inin obez, %13.0'ünün ise kilolu bulunması koruyucu hekimlik çalışmaları adına dikkat çekici olmalıdır.

Hipertansiyon erişkin hastalığı olarak kabul edilmesine rağmen çocukluk ve adolesan döneminde de görülebilen önemli bir sorundur. Çalışma grubunun %6.5'i hipertansif veya prehipertansif olarak bulundu. Tansiyon açısından riskli olan bu çocukların obezite ve beslenme açısından da riskli oldukları tespit edildi.

Çalışmada öğrencilerin %62.0'sinin en az bir tane risk faktörüne sahip olduğu bulundu.

Sonuç olarak, lise öğrencilerine okul sağlığı hizmetleri içinde en az bir kez kan basıncı kontrolü yapılması, hipertansiyon ve obezite açısından riski yüksek olanların yakın takibe alınması yanında beslenme, fiziksel aktivite ve sigara konusunda bilgilendirme yapılmasının önemli olduğu kanaatine varıldı.

Anahtar sözcükler: Kardiyovasküler risk faktörleri, lise öğrencileri, kesitsel çalışma

Kaynaklar:

- 1- Demirezen E, Coşansu G: Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. STED 2005;14 (8):174-178.
- 2- Uçar B, Kılıç Z, Çolak Ö, Öner S, Kalyoncu C: Coronary risk factors in Turkish schoolchildren: Randomized cross-sectional study. Pediatrics International 2000; 42:259–267.
- 3- Variable List for HBSC Mandatory Questionnaire 2005/06. : http://www.hbsc.org/survey_data.html. Erişim tarihi: 01.03.2012
- 4- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2009;114;555- 576.
- 5- Allender S, Kremer P, Silva-Sanigorski A, Lacy K, Millar L, Mathews L, Malakellis M, Swinburn B: Associations between activity-related behaviours and standardized BMI among Australian adolescents. Journal of Science and Medicine in Sport 2011; 14: 512–521.
- 6- Child and Adolescent Health Measurement Initiative. 2007 National survey of children's health. <http://www.nschdata.org>. Accessed July 17, 2009. Erişim tarihi: 01.03.2012.
- 7- Jackson CA, Henderson M, Frank JW, Haw SJ: An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. Journal of Public Health 2012; 34(S1): i31–i40.

6- İş Sağlığı

863

TEMİZLİK İŞÇİLERİNİN GÜNEŞ IŞINLARINDAN KORUNMAYA YÖNELİK BİLGİ VE UYGULAMALARI

Ayşe Boztepe, Süheyla Özsoy, Özüm Erkin Balyacı

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Anahtar Kelimeler: işçi, güneşten korunma, deri kanseri, hemşirelik

Giriş ve Amaç: Güneş ışınları melanoma ve diğer deri kanserlerinin gelişiminden sorumlu olan önemli bir çevresel faktördür (American Academy of Dermatology, 2012). Bireylerin güneş ışınlarından korunmaya yönelik bilinçlendirilmesi bu hastalıkların insidansının azalmasında en etkin önlemdir (American Cancer Society, 2012). Bu çalışma temizlik işçilerinin güneş ışınlarından korunma ile ilgili bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek amacı ile planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma Nisan 2010'da Bornova-İzmir'de yürütülmüştür. Araştırma evrenini, Bornova Belediyesi'nde çalışan temizlik işçileri (n:200) oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü evreni bilinen örnekleme yöntemi ile hesaplanmış olup, %95 güven aralığı, %5 standart hata ile 132 işçi olarak saptanmıştır. Veriler; araştırmacılar tarafından literatür (Kaymak ve ark. 2007; Özkan ve ark 2001) desteğinde geliştirilen anket formu (23 kapalı uçlu soru) ile toplanmıştır. Bu form ile işçilerin sosyo demografik özellikleri (8 soru), güneş ışınlarından korunmaya yönelik bilgiler (8 soru), güneş ışınlarından korunmaya yönelik uygulamaları (7 soru) sorgulanmıştır. Soruların yanıtlanması yaklaşık 10 dakikalık bir süre almıştır. Verilerin analizinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmış olup, sayı ve yüzde hesaplanmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Bornova Belediyesi'nden, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi etik kurulundan yazılı ve işçilerden ise sözel onam alınmıştır. Bu çalışmanın sadece bir belediyeye bağlı işçilerle yürütülmesi ve çalışma verilerinin bireylerin öz-bildirimine dayalı olarak toplanması başlıca sınırlılıkları arasındadır.

Bulgular: İşçilerin tamamı erkek olup, yaklaşık yarısı 40 yaş ve üzerinde bulunmuştur. Yarısından fazlası (%75.8) ortaöğretim mezunu olan işçilerin, en uzun yaşadıkları yer il (%83.3)'dir. İşçilerin %79.5'i gelirlerinin giderlerinden az olduğunu beyan etmiştir. İşçilerin %70.5'i çekirdek aile yapısında olup, %67.4'ü evli ve %66.7'si çocuk sahibidir. İşçilerin çoğunluğu (%91.7) güneşten korunmanın gerekli olduğunu, %79.5'i güneş ışınlarının zararlı etkilerini, %68.2'si güneş ışınlarının deri kanseri oluşumuna neden olduğunu ifade etmiştir. Açık tenli olma, vücutta herhangi bir benin varlığı, yaşam boyunca uzun süre güneş altında çalışma, güneş yanığı öyküsü, ailesinde deri kanseri öyküsü gibi deri kanseri riskini arttıran durumların hepsini bilen yalnızca 12 (%9.1) kişi olmuştur. Saat 10.00-16.00 arasında dışarı çıkmama, gölgede oturma, açık renkli elbiseler giyme, ince fakat kapalı giyinme, gözlük takma, şapka takma, şemsiye kullanma, güneş koruyucu kullanma gibi güneşten korunmak için yapılabilecek uygulamaların hepsini bilen 58 (%43.9) kişi olmuştur. İşçilerin güneş koruyucuyu ne amaçla kullandıkları sorgulandığında; %53.0'ı güneşin zararlı etkilerinden korunabilmek için cevabını vermiş olup, yaklaşık olarak yarısı (%47.0) güneş koruyucu krem tercih ederken koruyuculuk faktörünün yüksekliğine dikkat ettiğini bildirmiştir. Güneşe çıkmadan 15 dakika önce güneş koruyucu kullanılması gerektiğini bilen yalnızca 25 (%18.9) kişi olup, işçilerin yaklaşık olarak yarısının günde yaklaşık 1-3 saat ve %43.9'u günün 12.00-13.00 saatleri arasında güneş altında kalmaktadır. İşçilerin %77.3'ü güneş koruyucu kullanırken, SPF değeri 20'nin altında güneş koruyucu kullanan 43 (%32.6) kişidir. Güneş koruyucunun en sık yüz (%56.8) bölgesine uygulandığı saptanmıştır. Güneş koruyucu kullanma sıklıkları; %71.2 sadece sabah, %18.2 iki saatte bir düzenli, %10.6 sadece güneş yanığı olduğunda olarak belirlenmiştir. Güneş ışınlarından korunmaya yönelik toplum eğitimlerinin gerekli olduğunu ifade eden 112 (%84.8) kişidir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Araştırmaya katılan işçilerin çoğunluğu güneşten korunmanın gerekliliğini ve güneş ışınlarının zararlı etkilerini bilmektedir. Tuna Malak ve arkadaşlarının(2011) çalışmasında çiftçilerin pek azının (%1.9) güneşin zararlı etkileri konusunda bilgi sahibi olduğu bildirilirken benzer şekilde Çınar ve arkadaşları (2009) tarafından farklı yaş gruplarındaki bireylerin güneşin zararlı etkileri konusunda yetersiz bilgi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sahibi oldukları saptanmıştır. Litertürle farklılık göstermekte olup, işçilerin güneşin zararlı etkileri konusunda ilgi sahibi olmaları sevindirici bir bulgudur.

Açık tenli olma, vücutta herhangi bir benin varlığı, yaşam boyunca uzun süre güneş altında çalışma, güneş yanığı öyküsü, ailesinde deri kanseri öyküsü gibi deri kanseri riskini arttıran faktörlerin hepsini bilenlerin oranı düşüktür. McCool ve arkadaşlarının (2009) dış mekanlarda çalışan farklı iş gruplarındaki işçilerle yürüttükleri çalışmada, bireysel risk faktörlerinin işyerinde güneşten korunma, güneşin zararlı etkileri konusunda daha doğru bilgilere sahip olma ve güneş koruyucu kullanma üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. İşçilerin güneşten koruyucu uygulamalara başvurması arzulanıyorsa, öncelikle deri kanseri risk faktörleri konusunda farkındalık ve duyarlılık yaratılmalı, bireyin ne kadar risk altında olduğu konusunda bilinç geliştirmesi gerektiği düşünülmektedir.

İşçilerin yarısına yakını saat 10.00-16.00 arasında dışarı çıkmama, gölgede oturma, açık renkli elbiseler giyme, ince fakat kapalı giyinme, gözlük takma, şapka takma, şemsiye kullanma, güneş koruyucu kullanma gibi güneşten korunmak için yapılabilecek uygulamaların hepsini bilmektedir. Shoveller ve arkadaşları (2000) dış mekanlarda çalışan işçilerin yarısından fazlasının koruyucu elbiseler giydiğini (%60) ve şapka taktığını (%58); Lewis ve arkadaşları (2006) postacıların dörtte birinin güneş koruyucu krem ve geniş kenarlı şapka kullandığını; Salas ve arkadaşları (2005), Latin kökenli çiftçilerin şapka kullanmayıp uzun kollu elbiseler giydiklerini bildirmişlerdir. Çalışma bulgularımız işçilerin çoğunluğunun (%91.7) güneşten korunmanın gerektiği bildiğini ancak nasıl korunacaklarını konusunda daha az düzeyde bilgi sahibi olduklarını ortaya koymuştur.

İşçilerin beşte biri güneş koruyucu kullanmazken, kullananların en sık yüz bölgesine uygulama yaptıkları belirlenmiştir. Benzer şekilde Shoveller ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında da işçilerin dörtte birinin yüz bölgesine koruyucu uyguladıkları bildirilmiştir.

İşçilerin büyük çoğunluğu güneş ışınlarından korunmaya yönelik toplum eğitimlerini talep etmektedir. Literatür deri kanseri ve güneşin zararlı etkilerine yönelik düzenlenen eğitim programlarının dış mekanlarda çalışan işçilerin bilgi düzeylerini ve koruyucu uygulamalara başvuru oranlarını anlamlı şekilde arttırdığına işaret etmektedir (Azizi ve ark., 2000; Glanz ve ark., 2001; Silk ve Parrott, 2006; Tuna Malak ve ark. 2011).

Bu sonuçlar doğrultusunda; güneş ışınlarından korunmaya yönelik bilgi ve uygulamaları arttırmak için temizlik işçilerine yönelik bilinçlendirme eğitimlerinin düzenlenmesi, işçilerin çalıştıkları bölgelerde yeterli gölgelik alanların sağlanması, güneş koruyucuların çalıştıkları kurum tarafından yılda bir ya da iki kez ücretsiz olarak temin edilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar:

American Academy of Dermatology (2012). Sunscreens. Erişim tarihi: 07.07.2012, <http://www.aad.org/media-resources/stats-and-facts/prevention-and-care/sunscreens>

American Cancer Society (2012). Skin cancer facts. Erişim tarihi: 07.07.2012, <http://www.cancer.org/Cancer/CancerCauses/SunandUVExposure/skin-cancer-facts>

Azizi E, Flint P, Sadetzki S, et al (2000). A graded work site intervention program to improve sun protection and skin cancer awareness in outdoor workers in Israel. *Cancer Causes Control*, 11, 513-21.

Çınar ND, Çınar S, Karakoç A, et al (2009). Knowledge, attitudes and behaviours concerning sun protection/ skin cancer among adults in Turkey. *Pak Med J Sci*, 25, 108-12.

Glanz K, Maddock JE, Lew RA, et al (2001). A randomized trial of the Hawaii SunSmart program's impact on outdoor recreation staff. *J Am Acad Dermatol*, 44, 973-978.

Kaymak Y., Tekbaş Ö.F., Şimşek I. (2007). Üniversite öğrencilerinin güneşten korunma ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Türkderm*, 41:81-85.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Lewis EC, Mayer JA, Slymen D. (2006). Postal workers' occupational and leisure time sun safety bahviors (United states). *Cancer Causes Control*, 17:181-186.

McCool JP, Reeder AL, Robinson EM, Petrie KJ, Gorman DF. (2009). Outdoor workers' perceptions of the risks of excess sun exposure. *J Occupational Health*, 51(5):404-411.

Özkan Ş., Ergör G., İlknur T., Fetil E., Erdem Y., Akar H., Yıldız G., Tunalı B., Bilgiç A., Birinci Y. (2001). Güneş ve Toplum Bilinci: Bir anket çalışması. *Türkderm* 35(4):277-284.

Salas R, Mayer JA, Hoerster KD. (2005). Sun protective behaviors of California farmworkers. *J Occup Environ Med*, 47:1244-1249.

Silk KJ and Parrott RL (2006). All or Nothing . . . or Just a Hat? Farmers' Sun Protection Behaviors. *Health Promot Pract*, 7, 180-5.

Shovell JA, Lovato CY, Peters L, Rivers JK. (2000). Canadian National survey on sun Protection Behaviors. *Health Promot Pract*, 7:180-185.

Tuna Malak A, Yıldırım P, Yıldız Z, Bektaş M (2011). The Effects of the Training about Skin Cancer on Farmers' Knowledge Level and Attitudes. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*,12(1):117-20.

327

HEMŞİRE/EBE, ACİL TIP TEKNİSYENLERİNİN KESİCİ/DELİCİ ALETLERLE YARALANMA DURUMU

Sare Mihçioğur, Elif Durukan, Nihal Bilgili Aykut, Ayşe Akın

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Anahtar kelime: Kesici/delici alet, Yaralanma, Sağlık çalışanları, Hastane

Giriş: Bulaşıcı hastalıklar günümüzde önemli sağlık sorunlarından biridir. Bulaş yolları bakımından hekimlerin dışında hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni ve yardımcı hastane personeli en önemli risk grubunu oluşturmaktadır.

Kesici/delici aletlerin çoğunun tek kullanımlık olması hastalar için riski azaltmıştır. Fakat sağlık personelinin girişim sırasında yaralanarak hastadan enfekte olma riski yüksektir (1). Kan yoluyla sağlık personeline olan bulaş, hastalarda kullanılan enjektör iğnesinin yanlışlıkla kendisine batırılması, kan ile bulaşmış kesici aletlerle yaralanma, sıyrık, kesik, yara nedeniyle sağlamlığı ve bütünlüğü bozulmuş deriden bulaşma, enfekte kan ya da diğer sıvıların mukozaya sıçraması yoluyla olabilir (2).

Özellikle kesici/delici cisimlerle (enjektör iğneleri, bistüri, vb.) oluşan yaralanmalar parenteral yolla enfeksiyon bulaşma riskini arttırmaları nedeniyle, sağlık çalışanları için önemli bir bulaş yoludur (3, 4). En azından 20 farklı patojen ajanının kesici delici aletlerle yaralanma ile geçişi bildirilmiştir (5). Bu gibi yaralanmalar sonucu bulaşma ihtimali olan pek çok hastalıktan özellikle insan immün yetmezlik virüsü (HIV), Hepatit B ve C sıklık, morbidite ve mortalite açısından hala önemini koruyan etkenlerdir. Parenteral yaralanmaya maruz kalan sağlık çalışanlarının HIV ile enfekte kanla bulaşma riski %0.3, hepatit B (HBV) virüsü ile enfekte kanla bulaşma riski %30 ve hepatit C (HBC) virüslü kanla bulaşma riski ise %2-10'dur (6). Bu gibi hastalıklardan korunma, bu hastalıkların tedavilerinden daha kolay ve maliyet etkindir. Ayrıca, bu tür hastalık tedavilerinin tam kür sağlama oranlarının düşük olması ve kronik seyretmeleri koruyucu önlemlerin değerini arttırmaktadır.

Araştırmanın Amacı: Ankara'da bir eğitim uygulama ve araştırma hastanesinin sağlık birimlerinde çalışan sağlık personelinin (Hemşire, Ebe, Acil Tıp Teknisyeni) kesici/delici alet yaralanmaları, korunma yolları ve yaralanmalar sonrası izlenecek prosedür hakkındaki bilgi durumunun ölçülmesi, bu tip yaralanmaların görülme sıklığı ve bu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

durumdaki davranışlarının belirlenmesi sonucunda yapılacak eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Ankara’da bir eğitim uygulama ve araştırma hastanesinin sağlık birimlerinde çalışan hemşire, ebe ve acil tıp teknisyenlerinin kesici/delici aletlerle yaralanma durumları ve korunma yolları ile ilgili bilgi, görüş ve davranışlarının saptanmasını amaçlayan kesitsel tipte bir araştırma olarak 04 – 28 Ekim 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini eğitim uygulama ve araştırma hastanesinin sağlık birimlerinde çalışan 301 hemşire, ebe ve acil tıp teknisyeni oluşturmaktadır. Bu çalışmada örnek seçilmemiştir. Araştırmaya katılmayı kabul edenlerin tamamına anket uygulanması hedeflenmiştir. Çalışmada 301 kişinin 242’sine ulaşılmıştır. 59 kişi araştırmaya katılmayı reddetmiştir (%19,6) Böylece araştırma evreninin %80,4’üne ulaşılmıştır.

Sağlık çalışanlarının bazı sosyo–demografik özellikleri, kesici/delici aletlerle yaralanma durumları ve korunma yolları ile ilgili bilgi, görüş ve davranışları ile ilgili toplam 30 sorudan oluşan bir anket formu hazırlanmıştır. Anket formunun pilot uygulaması Ankara’da başka bir eğitim uygulama ve araştırma hastanesinde çalışan 12 sağlık personelinin anket formunu doldurması sağlanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yürütüleceği hastanenin Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tüm birimlerin sorumlu hemşirelerini araştırma hakkında bilgilendirmiş sağlık çalışanları tarafından anket formunun doldurulmasında destekleri sağlanmıştır. Anket formları sorumlu hemşirelere teslim edildikten sonra, doldurulmuş olanlar 2-4 gün içerisinde geri alınmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü hastanenin başhekimliğinden gerekli yazılı onay alınmıştır. Ayrıca Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü araştırma ile ilgili bilgilendirilerek onay ve önerileri alınmıştır. Araştırmaya katılacak sağlık çalışanlarına araştırma konusunda bilgi verilerek anket formuna isimlerinin yazılmayacağı, tüm bilgilerin “gizlilik ve mahremiyet” ilkelerine uygun olarak gizli tutulacağı ve araştırma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konularında gerekli açıklamalar yapılarak sözel onayları alınmıştır. Araştırmanın uygulanması esnasında karşılaşılan sorunların en başta geleni vardiya değişimi nedeniyle ulaşılamayan sağlık personeli olmuştur.

Anket formu aracılığı ile toplanan verilerin analizi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim elemanlarının destek ve yönetiminde araştırmacılar tarafından SPSS for Windows Version 11.0 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sonuçların yorumu frekans dağılımlarının incelenmesi ve ki-kare testi uygulanarak yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %94,6’sı kadın, %5,4’i erkektir. Yaş ortalaması 27,78 ± 5,3’dür. %76,0’sı fakülte veya yüksekokul ve %22,8’inin sağlık meslek lisesi mezunudur. %53,7’si 0-5 yıl, %21,9’u 6-10 yıl, %18,6’sı 11-15 yıllık bir çalışma deneyimine sahiptir. %27,3’ü servislerde, %26,9’u yoğun bakımda, %16,5’i polikliniklerde, %8,3’ü ameliyathanede, %6,2’si acil serviste, %5,4’ü hemodiyaliz biriminde çalışmaktadır.

Kesici/delici alet yaralanmaları hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtenlerin (237), %89,0’u bu bilgileri temel eğitim sürecinde, %16,0’sı hastane tarafından verilen hizmet içi eğitimle edindiklerini belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının en çok bildikleri kesici/delici alet yaralanması ile bulaşabilecek hastalıklar sıklık sırasına göre hepatit, AIDS ve tetanozdur. Sağlık meslek lisesi mezunlarının %43,2’si tetanozun bulaşabileceğini belirtirken, fakülte veya yüksekokul/yüksek lisans mezunlarının ise sadece %21,9’u tetanozu belirtmişlerdir. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

%87,3’ü kesici/delici alet yaralanmasıyla bulaşabilecek herhangi bir hastalığa karşı aşısının olduğunu belirtmiştir. %12,1’i ise herhangi bir aşısının olmadığını belirtmiştir. Aşısı olanların %91,0’inin hepatit B aşısı, %7,1’inin tetanoz aşısı, %1,4’ünün hepatit A aşısı olduğunu belirtmiştir. Ankete katılanların %86,8’si kesici/delici alet yaralanması ile bulaşabilecek hastalıklarla ilgili kontrol veya erken tanı amacıyla hepatit markerlarına, HIV baktırmıştır.

Sağlık çalışanlarının kesici/delici alet yaralanmalarından korunmak ve yaralanma sonrası yapılması gerekenler ile ilgili bilgilerini ölçmek için bazı önermelere verdikleri yanıtlar değerlendirilmiştir: Kesici/delici alet yaralanması sonrasında yaranın bir antiseptikle temizlenmemesi gerektiğini %85,0’i bilememiştir. Sağlık meslek lisesi mezunlarının %63,0’ü, fakülte veya yüksekokul/yüksek lisans mezunlarının %76,8’i kesici/delici alet yaralanması sonrasında yaranın sıkılarak kanatılmasının enfeksiyon riskini azaltmayacağını bilmişlerdir. Aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sağlık meslek lisesi mezunu olanların %43,6'sı, fakülte veya yüksekokul/yüksek lisans mezunlarının ise %29,9'u kullanılan enjektör iğnesinin kapağını tekrar kapattığını, belirtmiştir. Aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Sağlık çalışanlarının %52,9'u her girişimsel işlemde, %31,0'i bilinen bulaşıcı hastalığı olan hastada, %14,9'u bazen koruyucu eldiven kullandığını belirtmiştir. %47,1 koruyucu eldiveni gerektiği gibi kullanmamaktadır.

Bugüne kadar meslek uygulamaları sırasında yaralanma geçirdiğini belirten sağlık personelinin (115, (toplamın %47,5'i)) %42,6'sı son 6 ay içinde herhangi bir kesici/delici aletle yaralanmıştır. Son 6 ay içerisinde yaralananların %85,7'si 1-3 kez, 4 den fazla yaralananlar ise %14,3'dür. Kesici/delici alet yaralanması geçirenlerin %40,9'u iğnenin kapağını kapatırken, %33,9'u kan alma esnasında, %25,2'si damar yolu açarken, %21,7'si intramusküler-subkutan enjeksiyon yaparken, %13'ü bistüri kullanırken, %13'ü cerrahi operasyona yardım ederken, %11,3'ü meslektaşının elindeyken kaza ile, %7'si sütür atarken, %6,1'i kanı kan tüpüne aktarırken, %10,4'ü diğer yollarla (ampül kırarken, düzenleme temizlik sırasında, serum seti iğnesiyle) yaralanmışlardır. Ameliyathanede çalışanların %80,0'i ve diyaliz bölümünde çalışanların %69,2'si bugüne kadar kesici/delici aletle yaralanmıştır. Yoğun bakım bölümünde çalışanların ise %33,8'i yaralanmış olduğu saptanmıştır. Aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Aradaki farkı yaratanlar ameliyathane ve diyaliz bölümlerinde çalışanlardır.

Kesici/delici aletle yaralananların %43,5'i bol sabunlu su ile yıkadığını, %42,6'sı batan yeri kanattığını, %19,1'i markerlarına baktırdığını, %12,2'si hastadan kan tetkiki istediğini, %10,4'ü aşı yaptırdığını, %7,8'i betadin ile pansuman yaptığını, %5,2'si antiseptikle temizlediğini belirtmiştir.

Sağlık çalışanların %28,7'si (33 kişi) yaralandıktan sonra hiçbir şey yapmamıştır. Yaralanma sonrası hiçbir şey yapmayanların %60,6'sı hastanın bilinen bir bulaşıcı hastalığı olmadığını, %48,5'i aşılı olduklarını, %15,2'si sadece yıkamayla geçeceğini gerekçe olarak belirtmiştir. %15,7'si acile gitmiş, %23,5'inin enfeksiyon hastalıkları bölümüne başvurmuş, %35,7'si sorumlu amirine (doktor, baş hemşire) haber vermiştir. Yaralananların sadece %47,8'i yaralanmalarını rapor etmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Sağlık meslek lisesi mezunlarının %33,3'ünün, fakülte veya yüksekokul/yüksek lisans mezunlarının ise yanlış olmasına rağmen %15,6'sının iğne kapağının kapatılması gerektiğini düşündükleri görülmektedir. Guruabcharya ve ark.ının yaptığı çalışmada "iğnenin kapağı kapatılmalı mı?" önermesine %79,0 doğru cevap verilmiştir (7).

Çalışanların %47,1'i koruyucu eldiveni etkili olarak kullanmamaktadır. Eğri ve Pehlivan'ın araştırmasında koruyucu eldiven kullanma sıklığı %49,4, Guruabcharya ve ark.ı ise %23,0 olarak bulmuşlardır (7, 8).

Bugüne kadar meslek uygulamaları sırasında kesici/delici aletle yaralananların %47,5 olduğu belirlenmiştir. Omaç ve ark.ları yaptıkları çalışmada son 3 ay içerisinde kesici/delici aletle yaralanma sıklığını %62,7 olarak bulmuşlardır (9).

Araştırma grubunda; ameliyathanede çalışanların %80,0'inin, diyaliz bölümündekilerin %69,2'sinin, servistekilerin %45,5'inin ve yoğun bakım bölümündekilerin %33,8'inin bugüne kadar kesici/delici aletle yaralanmış olduğu saptanmıştır. Eğri ve Pehlivan'ın araştırmasında kesici delici alet yaralanmaları %53,6'lık sıklıkla en çok servislere görülmüştür (8). Siddique ve ark.ları %42,2'lik sıklıkla en çok acilde saptamışlardır (10).

Araştırma grubunda yaralanmaların çoğunluğu (%40,9) iğne kapağını kapatırken meydana gelmektedir. Gur. ve ark. bütün yaralanmaların %24,0'ünün iğnenin kapağını kapatma sırasında gerçekleştiğini belirtmişlerdir (7). Mevcut literatür ve araştırma bulguları riskli bir yaklaşım olan iğne kapağının kapatılmasının yanlış bir uygulama olduğunu göstermektedir.

Ayrıca yaralananların %49,6'sı yaralanmayı rapor etmemiştir. Buna neden olarak %15,8'i gerek duymadığını, %15,8'i hastanın bulaşıcı hastalığı olmadığından rapor etmediğini belirtmiştir. Altıok ve ark. ise %87,3 olarak bulunmuştur (11).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ankete katılanların %91,0'ünün hepatit B aşısı, %7,1'inin tetanoz aşısı, %1,4'ünün hepatit A aşısı olduğunu belirlenmiştir. Guruabcharya ve ark.ı çalışmalarında HBV aşılama sıklığını %60,0 olarak bulmuşlardır (7). Omaç ve ark. ise HBV aşılama sıklığını %70,5 olarak, Altıok ve ark. %79,5 olarak, Siddique ve arkadaşları %82,7 olarak saptamıştır (8 - 10).

Sonuç olarak;

Sağlık çalışanları kesici/delici alet yaralanmalarından korunma ve yaralanma sonrası alınması gereken önlemler içinde;

- Antiseptikle temizlenmemesi,
- Yaranın kapatılmaması,
- Enjektör iğnelerinin kullanıldıktan sonra bükülmemesi,
- İğne kapaklarının kapatılmaması,
- Bol sabunlu suyla yıkanması konularında,

yanlış bilgilere sahip olmaları veya bilgilerinin olmaması bu araştırmada en çok dikkati çeken durumdur.

Sağlık çalışanları,

- Her girişimsel müdahalede koruyucu eldiven kullanmamaktadır.
- Yaralanma riskini arttıran davranışlar teorik olarak doğru bilgiye sahip olanlar tarafından uygulanmaktadır.
- Kesici/delici alet yaralanmaları ile bulaşabilecek hastalıklar hakkındaki bilgileri yetersizdir.
- Aşısı olmayanlar vardır.

Öneriler: Araştırma sonuçlarına dayalı olarak;

- Sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitime ağırlık verilmelidir. Belli aralıklarla anket ve gözlem çalışmalarıyla değerlendirme yapılmalıdır. Eğitimde az bilen gruplara ağırlık verilmelidir.
- Kesici/delici aletle yaralanma sonrası uygulanması gerekenleri açıklayan kılavuzlar oluşturularak, hastane ve polikliniklerin belirli bölgelerine asılması doğru uygulamaları hatırlatmak yönünden yararlı olabilir.
- Kesici/delici aletle yaralanma sıklığını azaltmak için; tıbbi atıkların kontrolü yönetmeliğinin uygulanması, denetimlerin yapılması ve eksikliklerin giderilmesi yönünde çalışmalar yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Kuyurtar, F., Altıok, F., Tıp ve Hemşire Öğrencilerinin Delici/Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Aldıkları Önlemler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, (2009) Cilt 4, Sayı: 12
2. Zencir, M., Yalçın, N., Zencir, G., Orhan, N., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşire ve hekimlerin AIDS konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi, HIV/AIDS (1998), 1(4): 159-64
3. Demirci, F., Sezer, A., Çeşitli yönleriyle Hepatit C, Anadolu Tıp Dergisi, (2000), 3: 244-8
4. Barutca, S., Soylu, A.R., Aygencel, G., Aslan, S., Hepatit B virüsü, epidemiyoloji, bulaşma ve korunma yolları, İlaç ve Tedavi Dergisi, (1996), 9 (2): 97-100
5. Collins, CH., Kennedy, DA., Microbiological hazards of occupational needlestick and "sharps" injuries, J. Appl. Bacteriol. (1987), 62: 385-402
6. Karadakovan, A., Hepatit B enfeksiyonu ve koruyucu önlemler, Aile ve Toplum Dergisi, (2002): 5 (2): 13-20
7. Guruabcharya, DL., Mathura, KC., Karki, DB., Knowledge, attitude and practices among health care workers on needle-stick injuries, Kathmandu University Medical Journal (2003) Vol. 1, No. 2, 91-94
8. Eğri, M., Pehlivan, E., Turgut Özal Tıp Merkezi sağlık hizmeti çalışanlarında kesici delici yaralanmalar epidemiyolojisi. Sağlık ve Toplum (2000)10 (1), 25-28
9. Omaç, M., Eğri, M., Karaoğlu, L., Malatya merkez hastanelerinde çalışmakta olan hemşirelerde mesleki kesici-delici yaralanma ve hepatit B bağışıklama durumları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, (2010)17 (1) 19-25

10. Siddique, K., Mirza, S., Tauqir, SF., Anwar, I., Malik, AZ., Knowledge attitude and practices regarding needle-stick injuries amongst healthcare providers. Pakistan Journal of Surgery (2008) Vol. 24, Issue 4
11. Altıok, M., Kuyurtar, F., Karaçorlu, S., Ersöz, G., Erdoğan, S., Sağlık çalışanlarının delici-kesici aletlerle yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınan önlemler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,(2009) Cilt:2, Sayı:3: s:20

526

İSTANBUL'DA BİR YATAKLI TEDAVİ KURUMUNDA ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN ŞİDDETE UĞRAMA SIKLIKLARI

Kevser Tarı Selçuk¹, Celalettin Çevik², Gülay Karataş³

¹Bigadiç Devlet Hastanesi, Balıkesir

²Atatürk Devlet Hastanesi, Balıkesir

³Yakacık Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

Giriş ve Amaç: Sağlık kurumunda hasta ve hasta yakınlarından ya da diğer bir başka bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel veya cinsel saldırı olarak tanımlanan şiddete, ebe ve hemşireler sağlık çalışanları arasında en sık maruz kalan meslek grupları arasında yer almaktadır. Sağlık sektöründe şiddet yaşama riskinin diğer sektörlere göre 16.0 kat fazla olduğu, sağlık çalışanları içinde de ebe ve hemşirelerin diğer çalışanlara göre 3.0 kat fazla şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarında, strese, fiziksel ve ruhsal sıkıntılara, performansta düşüşe, buna bağlı olarak hizmet sunumu sırasında hastaya yaklaşımda olumsuzluğa, hata oranında artmaya ve dolaylı olarak sunulan hizmet kalitesinin düşmesine neden olan şiddet, son yıllarda artış gösteren, önemli bir sorundur. Bu çalışmada yataklı tedavi kurumunda çalışan ebe ve hemşirelerin şiddete uğrama sıklıklarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma Ağustos-Eylül 2011 tarihleri arasında İstanbul iline bağlı Yakacık ilçesinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Yakacık Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde çalışan 92 ebe ve hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örnek seçimi yapılmamış, evrenin tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada ücretsiz izin, geçici görev ve yıllık izin nedeniyle evrenin tümüne ulaşılamamış, araştırmanın katılım oranı %93.0 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni, son bir yılda şiddet yaşama sıklığıdır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek grubu, öğrenim durumu, meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, çalışılan birim, mesai saatleri dışı çalışma durumu bu araştırmanın bağımsız değişkenleridir. Çalışmada araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle ebe ve hemşirelere uygulanmıştır. Veriler SPSS 15.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Veri çözümlemede tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 32.66±5.84 olup, %93.0'ü kadındır ve %68.6'sı evlidir. Araştırma grubunun %53.5'i hemşiredir ve %46.5'i lisans mezunudur. Grubun meslekte çalışma süresi ortalama 12.49±6.92 yıl, kurumda çalışması süresi ortalama 4.93±3.13 yıldır. Ebe ve hemşirelerin %16.3'ü çocuk acilde, %12.8'i ameliyathanede, %11.6'sı doğumhanede, %11.6'sı çocuk servisinde, %11.6'sı cerrahi servisinde ve %10.5'i yönetim birimlerinde çalışmaktadır ve %75.6'sı mesai saatleri dışında nöbet tutmaktadır. Ebe ve hemşirelerin %69.8'i son bir yılda herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını belirtmiş, şiddet yaşayanların %88.3'ü sözel, %11.7'si hem sözel hem de fiziksel şiddet yaşadığını ifade etmiştir. "Son bir yıl içerisinde bu kurumda en son şiddet yaşadığınız birim neresidir" sorusuna ebe ve hemşirelerin %39.6'sı çocuk acil servisi yanıtını vermiştir. Ebe ve hemşirelerin %46.7'si gece mesaisinde, %45.0'i hasta yakını, %46.7'si hem hasta hem de hasta yakınından şiddet gördüğünü belirtmiştir. Şiddete maruz kalan ebe ve hemşirelerin %88.3'ü ise yaşadığı şiddetle ilgili herhangi bir yasal girişimde bulunmamıştır.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada ebe ve hemşirelerin yaklaşık %70.0'inin son bir yılda herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığı, sözel şiddetin daha yaygın yaşandığı ve en sık şiddet yaşanan birimin yaklaşık %40.0 sıklıkla çocuk acil servisi olduğu belirlenmiştir. Bolu'da İl Merkezinde devlet hastanesi ve üniversite

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

hastanesinde yürütülen bir çalışmada sağlık çalışanlarının çalışma hayatı boyunca 87.1'nin şiddete maruz kaldığı, şiddet davranışının en sık hasta yakınından kaynaklandığı belirtilmiştir. 2006 yılında Türkiye'nin batısında 34 sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen bir çalışmada da sözel şiddetin %72.4, fiziksel şiddetin %11.7 sıklıkla yaşandığı, acil servislerde şiddet sıklığının diğer birimlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir. Belirtilen çalışmaların bulguları, bu çalışma ile uyumlu olup şiddetin dikkat çekici boyutlarını göz önüne sermektedir. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde son bir yıl içinde şiddete maruz kalma sıklığının %85.9, sözel şiddet oranının %59.0, fiziksel şiddet oranının ise %26.5 olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada şiddet sıklığının yüksek olması çalışmanın Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yürütülmüş olmasından kaynaklanabilir. İngiltere'de yürütülen bir çalışmada hemşirelerin yaklaşık %97.0'sinin son bir yılda şiddete maruz kaldığı, sözel şiddetin fiziksel şiddete oranla daha sık yaşandığı belirtilmektedir. Şiddet sıklığının yurt dışında yapılan çalışmalarda farklı olmasının nedeni kültürlerarası şiddet tanımlanmasındaki farklılıklardan kaynaklanabilir. Bu çalışmada sözel şiddete uğrama, fiziksel şiddete uğramadan daha yaygındır ve bu bulgu yurt dışında yapılan birçok çalışmanın bulgularıyla uyumludur. Çalışmanın küçük bir örnek grupta yürütülmesi, hafıza faktörü nedeniyle son bir yıl içerisinde yaşanan şiddet olaylarının tümünün hatırlanmaması bu araştırmanın kısıtlılıklarındandır.

Sağlık hizmet sunumunda önemli görev ve sorumluluklar üstlenen ebe ve hemşirelerin çalışma saatleri içerisinde yaşadıkları şiddet dikkat çekici boyutlardadır. Sözel şiddet diğer şiddet türlerine göre daha yaygın yaşanmakta olup, her on sağlık çalışanından biri sözel şiddetle birlikte fiziksel şiddete de maruz kalmaktadır. Bu durumunun personelinin özgüvenini, motivasyonunu ve performansını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Bu çalışmanın en önemli bulgularından biri ise ebe ve hemşirelerin yaklaşık %90.0'ünün yaşadıkları şiddet sonrası herhangi bir yasal girişimde bulunmamasıdır. Bunun karşılaşılan bürokratik engellemeler ve sonuç alamama endişesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Konu ile ilgili olarak son dönemde alınan yasal tedbirlerin işlerliğinin ve şiddetle tek başına baş etmek zorunda kalan sağlık çalışanlarının desteklenmesi için, sağlık kuruluşlarında oluşturulan birimlerde sürekliliğin sağlanması gerekmektedir. Özellikle şiddetin sık yaşandığı acil servis gibi özellikli birimlerde güvenlik önlemlerinin arttırılması ve medya ve diğer kuruluşların işbirliği ile halkın konu hakkında bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Yataklı tedavi kurumu, Ebe ve hemşireler, Şiddet.

Kaynaklar:

- 1.Saines JC. Violence And Aggression In A&E: Recommendations For Action. Accid Emerg Nurs 1999; 7:8-12.
- 2.Violence In The Health Care Workplace http://www.hkmj.org/article_pdfs/hkm0602p4.pdf Erişim tarihi:16.06.2012
- 3.Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression And Violence Towards Health Care Providers--A Problem In Turkey? J Forensic Leg Med 2007; 14:423-428.
- 4.Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification Of Violence In Turkish Health Care Settings. J Interpers Violence 2006; 21:276-296.
- 5.Gökçe T, DüNDAR C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı Ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 15:25-28.
- 6.Wells J, Bowers L. How Prevalent Is Violence Towards Nurses Working In General Hospitals In The UK J Adv Nurs 2002; 39 3):230-40
- 7.Jakson M, Ashley D. Physical And Psychological Violence In Jamaica's Health Sector. Rev Panam Salud Publica 2005;18(2):114-21.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Mine Solakoğlu Uçar¹, Tuba Karahan¹, Şükrü Arpacı¹, Nur Öрки¹, Tahsin Çağlayan¹, Mehmet Burdurlu¹, Metin Ece¹, İbrahim Demirciler¹, Erdoğan Taş²

¹Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü

²Denizli İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç: Dünya Sağlık Örgütü'nün 2007 raporuna göre, her yıl dünya üzerinde 1.6 milyon kişi şiddet sonucu ölmektedir. Toplumun her kesimi şiddet olayları ile karşılaşmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık çalışanları şiddet ortamından etkilenmekte ve sağlık çalışanları işyerlerinde şiddete uğramaktadır. Dünyada farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda fiziksel şiddete sıklığı %30-40 arasında değişirken, sözel şiddete uğrama sıklığı ise %38-90 arasında değişmektedir. Türkiye'de 2002 yılında Eskişehir, Ankara, Kütahya'da farklı sağlık kurumlarındaki farklı meslek gruplarındaki şiddete uğrama sıklığı değerlendirilmiş ve sırasıyla % 74.5, % 58.0, % 46.6 olarak bulunmuştur. Araştırmanın amacı; Denizli'de kamuya bağlı sağlık kurumlarındaki tüm meslek gruplarında son bir yılda şiddete uğrama sıklığını belirlemektir.

Gereç- Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırma 28.05.2012-15.06.2012 arasında yürütülmüştür. Araştırmaya en az bir yıldır Denizli'de kamuya bağlı sağlık kurumlarında çalışan (Müdürlük, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi, 112'ler, Devlet Hastaneleri, Ağız Diş Sağlığı Merkezi) tüm meslek grupları dahil edilmiştir. Veri toplamada sosyo-demografik özellikler ve şiddet eylemlerini içeren toplam 20 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Şiddet ile ilgili sorular hazırlanırken Arnetz (1998) tarafından geliştirilen Şiddet Olay Formundan (Violent Incident Form) faydalanılmıştır. Şiddet sorularında tek tek eylemler sorulmuş ve belirtilen eylemler daha sonra gruplandırılmıştır. Örneklem seçilmemiş ve evrenin tamamı araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiş ve değişkenler arasındaki ilişki ki-kare kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmanın evrenini Denizli'de kamu kurumlarında en az bir yıldır çalışan 6044 kişi oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve şiddetle ilgili soruları cevaplayan 5289 (%87.5) kişiye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılanların % 62.4'ü kadın, %57.4'ü il merkezinde çalışmakta, % 70.9' u Hastane ve Ağız Diş Sağlığı Merkezinde çalışmakta idi. Sağlık çalışanlarının yaşları 18-66 arasında olup ortalama 36.0±8,0 'dı. Sağlık Kurumlarında ortalama çalışma süresi 12.6±8.0 (1-44) 'di. Sağlık çalışanlarının % 52.8'i son bir yılda sözel, fiziksel türlerinden en az biri ile karşılaşmıştı. Sırasıyla sözel ve fiziksel şiddet görme sıklığı % 40.0, %12.8'dir. Şiddet olayı ile karşılaşanların % 86.2'si il merkezinde, % 13.8'i ilçe ve köylerde çalışmaktadır.(p>0,05) Şiddet olayı ile karşılaşanların % 66.4'ü İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında % 33.6'sı Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında çalışmaktadır. (p<0.00). Şiddet olayı ile karşılaşanların % 75.8'i sadece sözel şiddet ile karşılaşmışken % 24,2'si fiziksel şiddet görmüştür. Şiddet olayı ile karşılaşan kadınların % 78,5'i , erkeklerin % 71.0'ı sözel şiddet ile karşılaşmıştır. (p<0.00) Sözel yada fiziksel şiddet görme açısından il merkezi, ilçede çalışma ve birinci basamak yada ikinci basamakta çalışma arasında fark yoktu. Fiziksel şiddete uğrayanların % 42.7'si yardımcı sağlık personeli, % 14.2'si hekim, % 11.7'si güvenlik görevlisi, % 11.6'sı teknisyen grubu, % 6.1'i temizlik personeli, % 13.8'i diğer sağlık çalışanlarıdır. ((p<0.00)

Sonuç: Araştırmamızda herhangi bir şiddet olayı ile karşılaşma durumu % 52.8'dir. İl merkezinde veya ilçe ve köylerde çalışanlar arasında şiddet olayı ile karşılaşma açısından fark yoktur. İkinci basamak sağlık çalışanları daha fazla şiddet olayı ile karşılaşmaktadır. En fazla fiziksel şiddete maruz kalan yardımcı sağlık personelidir. Gittikçe yaygınlaşan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını önlemek için hem toplum hem de sağlık çalışanları eğitilmelidir. Şiddet olaylarını önlemeye yönelik müdahale programlarına birinci basamakta eklenmeli, illere özgü yerel eylem planları oluşturulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sağlık Çalışanı, şiddet, Denizli

943

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN EVLİ HEMŞİRELERİN İŞ YAŞAMININ AİLE YAŞAMI ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Selma Gürel¹, Suheyla Özsoy², Renginar Öztürk Dönmez²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD

Giriş ve Amaç: Son yıllarda, aile içinde önemli rolleri olan kadınların iş gücüne katılımının artması ile iş ve aile konuları önem kazanmaya başlamıştır. Bununla birlikte, hemşirelik çoğunlukla kadınların yaptığı bir meslek olmakla birlikte; uzun ve düzensiz çalışma saatleri, çalışma koşullarının zor ve iş yükünün fazla olduğu bir meslek grubudur. Bu nedenle, hemşireler iş ve aile içi rollerini dengelemede güçlük yaşayıp, çatışma yaşayabilirler. İş-aile yaşam çatışması, bireyin aynı anda, çalışan anne-baba ve eş gibi birden fazla role sahip olduğunda ortaya çıkmaktadır (Çelik ve Turunç 2009). Ülkemizde, birinci basamak sağlık kurumlarında 5258 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği gereği, hemşirelerin çalışma koşulları da değişmiştir.

Bu araştırma, İzmir ili Bornova ilçesindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan evli hemşirelerin iş yaşamının, aile yaşamı üzerine etkilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı çalışma, Mart-Haziran 2011 tarihleri arasında İzmir ili Bornova ilçesine bağlı 26 aile sağlığı merkezinde (ASM) yürütülmüştür. Araştırma evrenini 108 evli hemşire oluşturmuştur. Olasılıksız örnekleme yöntemi ile araştırmaya katılmaya gönüllü, ASM’nde çalışan 103 evli hemşire (katılım oranı=%95.37) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür incelenerek oluşturulmuş 20 soru içeren anket formu ve “İş-Aile Yaşam Çatışması Ölçeği (İAYÇÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Anket formunda, hemşirelerin sosyo -demografik özelliklerini, hemşirelik mesleğinin aile yaşamına olumlu- olumsuz etkilerini, çalıştığı kurumdan hissettikleri memnuniyet derecesini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Aile-iş çatışması seviyelerinin ölçülmesinde Netemeyer ve ark.(1996) tarafından geliştirilen ve Türk toplumu için Efeoğlu (2006) tarafından güvenilirliği, Çelik ve Turunç (2009) tarafından geçerliliği yapılan İAYÇÖ, “iş –aile çatışması” (5 madde) ve “aile-iş çatışması” (5 madde) olmak üzere iki alt boyutu olan 5’li likert ölçeğidir (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan ise 50’dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, kişinin iş -aile yaşamı çatışması yaşadığını göstermektedir.

Efeoğlu (2006), İAYÇÖ’nin Cronbach alfa katsayısının 0.83 olduğunu, Çelik ve Turunç (2009) İAYÇÖ’nin tek faktörlü yapıya uyum sağladığını ve faktör yüklerinin 0.45- .85 arasında değiştiğini belirlemişlerdir. Araştırmamızda, İAYÇÖ’nin Cronbach alfa katsayısına bakılmış ve temel bileşenler analizi yapılmıştır. Temel bileşenler analizine göre, öz değeri 1’i aşan iki faktörün elde edildiği ve açıklanan toplam varyansın %61.82 olduğu belirlendi. Faktör gruplarına dağılan maddelerin, Netemeyer ve ark.(1996) çalışmasındaki alt boyutlara tamamen benzer olduğu belirlendi. Faktör gruplarının adlandırılması Netemeyer ve ark.(1996) çalışmasına bağlı kalarak yapıldı. İAYÇÖ’nde “iş- aile çatışması” olarak adlandırılan 1.faktör grubunun 5 maddeden oluştuğu, varyansın %37.13’ünü açıkladığı ve maddelerin yük değerlerinin 0.64 ile 0.75 arasında olduğu belirlendi. “Aile -iş çatışması” olarak adlandırılan ikinci faktör grubunun da 5 maddeden oluştuğu, varyansın %24.68’ini açıkladığı ve maddelerin yük değerlerinin 0.41 ile 0.68 arasında olduğu belirlendi. İAYÇÖ’nin madde toplam puan ortalamasının 29.7±0.53, çarpıklık değerinin -0.85±0.23 ve diklik değerinin 1.56±0.47 olduğu belirlendi. Ölçeğin tümüne ait Cronbach alpha katsayısının 0.801, “iş-aile çatışması” alt boyutunun Cronbach alpha katsayısının 0.891, “aile-iş çatışması alt boyutunun” Cronbach alpha katsayısının 0.767 olduğu belirlendi. Araştırmamızda da, İAYÇÖ’nin geçerli ve güvenilir olduğu belirlendi.

Araştırma verileri, hemşireler ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. İAYÇÖ puan ortalaması araştırmanın bağımlı değişkeni olup, hemşirelerin yaşı, eğitim durumu, kadro durumu, çalışma yılı, çocuk sahibi olmaları, çalıştığı birimden hissettiği memnuniyet derecesi, eşlerinin eğitim durumu, mesleki gelişimlerine yönelik ailelerinin tutumu ve mesleğin aile yaşamına olumlu-olumsuz etkileri ise araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Ölçeğin kullanımı için, Efeoğlu’ndan, araştırmanın yürütülmesi için de Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı izin, hemşirelerden sözel izin alınmıştır. Verilerin analizi, SPSS

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

17.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek için sayı -yüzde, bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin ilişkisini belirlemek için t testi, varyans analizi, İAYÇÖ'nün geçerliliği için temel bileşenler analizi, ölçeğin güvenilirliği için standart hata, madde toplam korelasyon katsayıları ve Cronbach alfa katsayısına bakılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin %59.2'sinin 30-39 yaş aralığında olup, yaş ortalamalarının 38.17 ± 5.32 olduğu ve tamamının kadın olduğu belirlendi. Hemşirelerin %56.3'ünün ön lisans, %32.0'sinin lisans, %11.7'sinin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu saptandı. Eşlerinin %72.8'nin üniversite mezunu ve %69.2'sinin kamuda çalıştığı (polis, öğretmen, asker vb.) belirlendi. Hemşirelerin %97.1'nin çocuk sahibi olduğu, ortalama sahip oldukları çocuk sayısının 1.60 ± 0.49 olduğu saptandı. Hemşirelerin %40.8'nin 12-17 yıldır çalıştığı ve ortalama çalışılan yılın 17.90 ± 5.49 olduğu belirlendi. Hemşirelerin %60.2'sinin sözleşmeli devlet memuru, %39.8'nin görevlendirmeli devlet memuru olduğu belirlendi.

Hemşirelerin çalıştığı birimden memnuniyet durumlarını 1 ile 10 puan arasında değerlendirmeleri istendiğinde, memnuniyet derecesi puanının 6.15 ± 1.83 olduğu saptandı. Hemşirelerin %96.1'nin aldığı ücreti yetersiz bulduğu, %66.0'sinin mesleğe başladıklarında hayal kırıklığı yaşadıkları belirlendi. Hemşirelerin %39.7'sinin mesleğin hak ettiği değeri görmediğini, %27.9'nun ekonomik tatminsizlik yaşadığını ve %13.2'sinin mesleğin ağır iş yükü olduğunu ifade etmeleri nedeni ile hayal kırıklığı yaşadıkları saptandı.

Hemşirelere, hemşirelik mesleğinin aile yaşamı üzerine olumlu etkileri açık uçlu soru olarak sorulduğunda, %80.6'sının "sağlık yönünden bilinçli olma" ve %10.7'sinin "maddi destek sağlama" nedenleri ile mesleğin olumlu etkileri olduğunu belirttikleri saptandı. Hemşirelik mesleğinin aile yaşamı üzerine olumsuz etkileri sorulduğunda ise, hemşirelerin %40.8'nin "aileye vakit ayıramama", %37.9'nun "mesleğin fiziksel ve psikolojik yorgunluğa neden olması", %10.7'sinin "eve enfeksiyon taşıma", ve %6.8'inin "ev işlerini yerine getirememe" nedenleri ile mesleğin olumsuz etkileri olduğunu belirttikleri saptandı. Aile yaşamının iş yaşamından daha az etkilenmesi için hemşirelerin %41.7'sinin iş yükünün azaltılmasını, %16.5'nin ücretlerin iyileştirilmesini, %10.7'sinin mesleğe verilen önemin artırılmasını önerdikleri belirlendi. Hemşirelerin %82.5'nin ailelerinin kariyer gelişimlerinde kendilerini desteklerini ifade ettikleri saptandı.

Hemşirelerin iş yaşamının aile yaşamı üzerine etkilerini belirlemek için İAYÇÖ kullanılmıştır. İAYÇÖ'nden alınan puanın yüksek olması, iş-aile yaşamı arasında çatışma yaşandığını göstermektedir. Hemşirelerin İAYÇÖ'nden aldığı puan ortalamasının 29.7 ± 0.53 olduğu, en düşük alınan puanın 13 ve en yüksek alınan puanın 43 olduğu belirlendi. Uzun ve düzensiz çalışma saatleri, fazla mesai, özerklik durumu, örgütün büyüklüğü, düşük ücret, üst yönetimin olumsuz tavrı, iş ilişkileri, kişinin işte bulunma süresinin uzunluğu, terfi, aile ilişkileri, aile beklentileri, çocuk sayısı, yaş, gelir, çalışan performansı gibi çeşitli iş ve kişisel özellikler iş-aile veya aile iş çatışmasının en önemli nedenleri arasında sayılmaktadır. Araştırmamızda da, İAYÇÖ'nin puan ortalaması ile hemşirelerin bazı sosyo-demografik değişkenleri, iş yaşamına ilişkin değişkenler ve aile yaşamına ilişkin değişkenlerin ilişkisi incelenmiştir. Hemşirelerin yaş grubu ($F=1.06$, $p>0.05$), eğitim durumu ($F=0.74$, $p>0.05$), çalışma yılı ($F=1.16$, $p>0.05$), eşlerinin eğitim durumu ($F=0.53$, $p>0.05$), çocuk sahibi olmaları ($t=0.34$, $p>0.05$) ve eşlerinin mesleğinin ($F=1.22$, $p>0.05$) İAYÇÖ puan ortalamasını etkilemediği belirlendi. Hemşirelerin iş yaşamına ilişkin bazı değişkenler ile İAYÇÖ puan ortalaması arasında ilişki incelendiğinde ise, hemşirelerin çalıştığı birimden memnuniyet derecesi ($F=1.26$, $p>0.05$) ve hemşirelerin mesleğe başladıklarında hayal kırıklığına uğrama nedenleri ($F=1.20$, $p>0.05$), görevlendirmeli- sözleşmeli devlet memuru olması ($t=0.7$, $p>0.05$) ile İAYÇÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı, ancak hemşirelerin aldığı ücreti yeterli bulması ($t=2.65$, $p<0.05$) belirlendi. İAYÇÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptandı. Hemşirelerin aile yaşamına ilişkin bazı değişkenler ile İAYÇÖ puan ortalaması arasında ilişki incelendi. Hemşirelik mesleğinin aile yaşamına etkileri ($F=0.73$, $p>0.05$), aile yaşamına olumsuz etkileri ($F=1.19$, $p>0.05$) değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi.

Tartışma: ASM'nde çalışan hemşirelerin yaş ortalamasının 38.17 ± 5.32 olduğu, yarısından fazlasının ön lisans mezunu olduğu ve yarısına yakınının 12-17 yıldır hemşire olarak görev yaptığı belirlendi. Kahraman ve ark. (2011)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin %92.2'sinin lisans mezunu olduğunu, büyük çoğunluğunun 1-5 yıldır hemşire olarak görev yaptığını saptamışlardır. Öztürk ve ark. (2011) ASM ve toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) görev yapan hemşirelerin %65.0'i ön lisans mezunu ve 35.05±6.03 yaşlarında, 14.38±6.99 yıl mesleki deneyime sahip olduğunu belirlemişlerdir. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin genellikle ön lisans mezunu olduğu, yaş ortalamalarının ve meslekte geçirilen yılın ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşirelere göre daha fazla olduğu söylenebilir. Hemşirelerin 1.60 çocuk sahibi oldukları saptandı. Yapılan çalışmalarda da hemşirelerin ortalama bir çocuğa sahip oldukları görülmüştür (Karaman ve Bener 2005, Kahraman ve ark. 2011). Yoğun iş yükü, nöbet tutma gibi nedenlerle sahip oldukları çocuk sayısının az olduğu düşünülmüştür.

Hemşirelerin 2/3'ünün sözleşmeli devlet memuru olarak görev yaptıkları saptandı. Sevencan ve ark. (2010) aktardığına göre, Aile Hekimliği sisteminin uygulandığı illerde Aile Hekimlerinin %99'u sözleşmeli çalışırken, hemşirelerin yalnızca %75'i sözleşmeli çalışmaktadır. Hemşirelerin sözleşmeli çalışma oranları, araştırmamızdaki oranlarla benzerdir. Hemşireler, hekimlere oranla daha az sözleşmeli çalışmaktadırlar.

Hemşirelerin çalıştığı birimden hissettikleri memnuniyet derecesinin orta düzeyde olduğu ve hemşirelerin tamamına yakınının aldığı ücreti yetersiz buldukları belirlendi. Araştırma sonuçlarına göre, hemşirelerin çalıştığı birimden kısmen memnun oldukları ve aldıkları ücreti yetersiz gördükleri saptanmıştır (Kanbay ve Üstün 2009). İş memnuniyetinin alınan ücret, çalışma koşulları, işte yükselme imkanı, otonomi gibi değişkenlerden etkilendiği bilinmektedir. Çalışan birimden duyulan memnuniyetin orta düzeyde olması, hemşirelerin aldıkları ücreti az görmeleri, sözleşmeli çalışmaları, fazla iş yüküne sahip olduklarını ve mesleğin hak ettiği saygınlığı görmediklerini ifade etmelerine bağlı olduğunu düşündürmüştür.

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun hemşirelik mesleğinin, çocuk, hasta bakımı gibi sağlık açısından bilgi sahibi olmaları nedeni ile aile yaşamına olumlu etkisinin olduğunu, yarısına yakınının eş ve çocuğa vakit ayıramama, 1/3'ünün hemşirelik mesleğinin fiziksel ve psikolojik yorgunluğa neden olması, ev işlerine vakit ayıramama gerekçesi ile aile yaşamına olumsuz etkisinin olduğunu ifade ettikleri saptandı. Hemşirelerin örneklemini oluşturduğu benzer çalışmalarda da, mesleğin aile yaşamı üzerine olumsuz etkileri olarak hemşireler tarafından en fazla sözü edilen konuların aileye zaman ayıramama, sinirli olma ve yorgunluğun olduğu belirlenmiştir (Karaman ve Bener 2005, Kahraman ve ark. 2011).

İş aile çatışması, bireyin işi ile ilgili üstlendiği rolün, ailesi ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirmesini engellemesinden dolayı meydana gelen çatışma ya da işten aileye yönelik olan çatışma türüdür. Hemşirelerin iş yaşamının aile yaşamı üzerine etkilerini belirlemek için İAYÇÖ kullanılmıştır. İAYÇÖ'nden alınan puanın yüksek olması, iş-aile yaşamı arasında çatışma yaşandığını göstermektedir. Hemşirelerin İAYÇÖ'nden aldığı puan ortalamasının 29.7±0.53 olmasından dolayı, hemşirelerin iş- aile yaşam çatışması yaşadıkları ve iş yaşamının aile yaşamı üzerine olumsuz etkileri olduğu söylenebilir. Efeoğlu (2006) da ilaç sektöründe çalışanların aynı ölçekten aldıkları puan ortalamasının 29.6±0.74 olduğunu saptamıştır. İAYÇÖ'nin puan ortalamasının hemşirelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma yılı, eşlerinin eğitim durumu, eşlerinin mesleği ve çocuk sahibi olmaları gibi sosyo-demografik değişkenlerden etkilenmediği belirlendi (p>0.05). Efeoğlu (2006) çalışmasında da, benzer sosyo-demografik değişkenleri ile İAYÇÖ'nin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığından söz etmiştir. Farklı örneklem gruplarından elde edilen puan ortalamasının benzer olması ve sosyo -demografik değişkenlere göre değişmemesi, evli ve çalışan her insanın iş- aile yaşamı çatışmasını yaşadığını düşündürmüştür.

Hemşirelerin çalıştığı birimden memnuniyet derecesi, mesleğe başladıklarında hayal kırıklığına uğrama nedenleri ve görevlendirmeli- sözleşmeli devlet memuru olması ile İAYÇÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi (p>0.05). Aldığı ücreti yeterli bulan hemşirelerin, aldığı ücreti yetersiz bulan hemşirelere göre İAYÇÖ'nden daha az puan aldığı belirlendi (p<.05). Efeoğlu (2006), aldığı ücreti yeterli bulan ilaç sektörü çalışanlarının da İAYÇÖ'nden daha düşük puan aldıklarını belirlemiştir. Bu sonuç, işten

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kazanılan ücretin, birimde çalışmaktan duyulan memnuniyet, çalışma yılı, sözleşmeli çalışma gibi değişkenlerden daha önemli bir etkisi olduğunu düşündürmüştür.

Sonuç ve Öneriler: Hemşirelerin yaş ortalamalarının 38.17 ± 5.32 olduğu, yarısından fazlasının ön lisans mezunu olduğu, eşlerinin çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu ve tamamına yakınının çocuk sahibi olduğu belirlendi. Hemşirelerin ortalama 17.90 ± 5.49 yıldır çalıştığı, 2/3'nün sözleşmeli olarak görev yaptığı, çalışılan birimden memnuniyetlerini orta düzeyde olduğu belirlendi. Hemşirelerin tamamına yakınının aldığı ücreti yetersiz bulduğu, yarısına yakınının aileye vakit ayıramadıkları gerekçesi ile mesleğin aile yaşamına olumsuz etkileri olduğunu ifade ettikleri belirlendi. Hemşirelerin İAYÇÖ'nden aldığı puanın yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin sosyo –demografik değişkenleri, iş yaşamına ilişkin değişkenler (alınan ücret hariç) ile İAYÇÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlendi.

ASM'nde çalışan hemşirelerin sorumlulukları çerçevesindeki görevleri yapması ile iş yüklerinin azaltılması, ücret ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi önerilmektedir. Araştırmanın ASM'nde dışında diğer kurumlarda çalışan hemşireler ile yürütülmesi önerilmektedir.

Kaynaklar:

Çelik M, Turunç Ö. (2009). AİLE-iş çatışması, iş stresi ve örgütsel sadakatin iş performansına etkisi: savunma sektöründe ampirik bir çalışma

Efeoğlu İE (2006). İş-aile yaşam çatışmasının iş stresi, iş doyumu ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkileri: ilaç sektöründe bir araştırma. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Doktora tezi, Adana.

Kahraman G, Engin E, Dülegerler Ş, Öztürk E (2011). Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler. DEUHYO ED 4(1),12-18.

Kanbay Y , Üstün B 2009 Kars ve Artvin illerinde hemşirelerin iş ortamı ile ilgili stresörleri ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(4):155-161.

Karaman A, Bener Ö (2005). Bolu sosyal sigortalar kurumu Hastanesinde çalışan evli hemşirelerin ev ortamında yaşadıkları sorunlar. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, 2(8):113-120.

Netemeyer RG, JS Boles ve R McMurrin (1996). Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. Journal of Applied Psychology, 80: 400-409.

Öztürk E, Babacan E, Bayramgözü T (2011). Trabzon aile ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi , poster bildiri kitabı 125-133

Sevencan F, Boztağ G, Temel G, Akbay H, Üner S. (2010). Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin aile hekimliği mevzuatında yer alan bazı konuları benimseme durumu. Erciyes Tıp Dergisi;32(2):103-110.

Anahtar kelimeler: aile sağlığı merkezi, hemşire, iş yaşamı, aile yaşamı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Özlem Pekel¹, Hakan Baydur², Sinem Doğanay¹, Cem Akdeniz¹, Alp Ergör¹, Türkan Günay¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı A.D

²Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu

Giriş-Amaç: Sigara içimi, tek başına, önlenabilir morbidite ve erken mortalitenin en önemli sebebidir. Sigara ile mücadelede sigara bırakma merkezleri önemli rol oynamaktadır. Üniversitemizin Belediye işbirliğiyle açtığı sigara bırakma merkezine gelen istek üzerine, işyerinde “duyarlılaştırılmış gruplar” ve “sigara bırakma polikliniği oluşturulması” yoluyla sürdürülebilir bir politika ve yöntem geliştirmek amaçlanmıştır. Bu çalışmanın amacı, işyerinde oluşturulan sigara bırakma merkezinin sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem: Balçova'nın Kalbi(BAK) projesi kapsamında 2009 yılında Belediye işbirliği ile sigara bırakma merkezi açılmıştır. Projenin kamuoyunda duyulmasının ardından, İzmir'de otomotiv sanayinde üretim yapan bir fabrika sigara bırakma hizmeti almak için DEÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na başvurmuştur. Fabrikada 314 mavi yakalı, 72 beyaz yakalı çalışan vardır. İşyeri'nde yarı zamanlı bir işyeri hekimi bulunmaktadır. Araştırma evreni, fabrikada sigara içen ve bırakmayı düşünen çalışanlardır. Araştırmada örnek alınmayıp tüm gruba ulaşılması hedeflenmiştir. Proje Şubat 2011'de başlayıp bir yıl sürdürülmüştür. Projede sigara bırakma hizmeti vermek için işyeri hekimi ile beş kişilik destek ekibine eğitim verilmiştir. Eğitimin bir kısmı sigara bırakma merkezinde uygulanmıştır. İşyeri hekimi sigara bırakmak isteyen çalışanla ilk görüşmeyi yapmış ve tedaviyi planlamıştır. İzlemleri destek ekibi bireyin çalıştığı bölüme giderek yüzyüze yapmıştır. Gereksinim duyulan durumlarda işyeri hekimi ile görüşmesi sağlanmıştır. Fabrikada DEÜTF Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nın da desteğiyle sigara bırakma konusunda iki konferans yapılmıştır. Bunun dışında da afiş ve broşürlerle duyurular yapılmıştır. Fabrika yönetimi sigara bırakma için tedavi gerektiren durumlarda maddi destek vermiştir. Veri çözümlemesinde ki-kare testi, t-testi ve kaplan-meier sağkalım analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Sigara bırakma hizmetinden bir yıl boyunca 79 kişi yararlanmıştı. Katılımcıların yaş ortalaması 32.3±5.6 olup %97.5'i erkek, %83.5'i evli, %70.9'u lise mezunudur. Büyük çoğunluğu operatör olarak çalışmaktadır. Çalışma süreleri toplamı ortalama 14.0±6.5 yıldır. Bir yıllık izlem sonunda sigara bırakma oranı %20.3, bırakıp yeniden başlama oranı %17.7'dir. Sigarayı bırakma süresi ortalama 175.9±95.2 gündür. Sigara bırakanların ve bırakmayanların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) Evde kendisinden başka sigara içen varlığında ve sigara kullanma süresi fazla olanlarda bırakma başarısı anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0.05).Bu araştırmada nikotin bağımlılık düzeyi ve ilaç kullanımının bırakma ve yeniden başlama üzerine anlamlı etkisi saptanmamıştır. Sigaraya yeniden başlama durumu sigara kullanma süresi uzun olanlarda ve evde başka sigara içen varlığı olanlarda anlamlı olarak fazla görülmüştür.

Sonuç: İşyerinde yapılan girişimle sigara bırakma oranları işyerlerinde yapılan çalışmalarla benzer bulunmuştur. Evde sigara içen varlığının bırakma ve yeniden başlama üzerine etkisi düşünüldüğünde yapılacak girişimin tüm aileyi kapsamaması gerekmektedir. Bu nedenle sigara bırakma girişimleri tüm toplumu kapsayacak biçimde planlanmalı ve yaygınlaştırılmalıdır. .

Anahtar kelimeler: işyeri ,sigara bırakma, sigaraya yeniden başlama

Kaynaklar:

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva: 2008
2. Bilir N, Telatar G, Yıldız AN. Sigarasız İşyerleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Yayını, No. 26, Ankara, 2005.
3. Bilir N. Sigarasız İşyeri Nasıl Gerçekleştirilebilir? İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, 30: 30-37, 2006.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

4. Güneş G, Ilgar M, Karaoğlı L. The Effectiveness of an Education Program on Stages of Smoking Behavior for Workers at a Factory in Turkey. *Industrial Health* 2007, 45, 232-236.

5. Tanaka H, Yamato H, Tanaka T. Effectiveness of a low-intensity intra-worksite intervention on smoking cessation in Japanese employees: a three-year intervention trial. *J Occup Health* 2006 May;48(3):175-82.

7- Çocuk Sağlığı

370

ORTAÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE AKRAN ÇATIŞMASI İNCELENMESİ

Rabia Sohbet, Filiz Mermer

Gazianep Ün. Sağlık Bil. Fak.

Giriş ve Amaç: Akran ilişkileri ve yakın arkadaşlık ergen gelişimi açısından önemlidir(1). Sosyal yaşamın her alanında yaşanan değişim ve gelişimle birlikte artan kişisel farklılıklar, kişilerarası çatışmaları beraberinde getirmektedir. Ergenler içinde bulunduğu gelişim sürecinde kendini tanıma ve kendini diğerleri ile karşılaştırarak yeni bir kimlik geliştirme arayışı içindedir. Okullarda ergenler arasında yaşanan şiddet, küreselleşen dünyada egemen ülkelerin güçlerini insan haklarına aykırı biçimde kullanması ve toplumun sosyo-ekonomik dengesizliklerine kadar pek çok sorunun yansımasıdır. Okul çağındaki çocuk ve ergenlerde, şiddete yönelik davranışlar yanında, alay etme, gözdağı verme gibi zorbalık olarak tanımlanan saldırgan davranışlar dikkat çekmektedir. Şiddete maruz kalma çocuk ve ergenlerin ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Çocuklarda saldırgan davranışlar, yıllarca devam ederek, olumsuz davranışsal, sosyal, akademik sonuçlara yönelik riskleri yaratmaktadır. Şiddete maruz kalma, çocuk ve ergenleri, anksiyete, depresyon, fobiler, temas bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu gibi ciddi risklere sokmaktadır(4,5). Zorbalarda erken yaşlarda sigara-içki, özel/kamu mallarına zarar verme, kötü arkadaş gruplarına katılma, düşük akademik başarı, okul devamsızlığı ile yetenek ve zihinsel kapasitelerinin altında işlerde çalışmayı sağlamaktadır. Zorbalıkta kırık, incinme, yaralanma, morluk gibi fiziksel etkileri yanında uzun dönemde psikolojik etkileri ruh sağlığında bozulmayı sağlamaktadır(7,8) Okulda zorbalık tüm dünya ülkelerini ilgilendiren yaygın sorundur, Farklı ülkelerde okul zorbalık prevalansı %8-70; Türkiye’de %30-40 arasındadır. Milli Eğitim Bakanlığı 2006 çalışmasında okullarda şiddet olaylarının %32.8’i fiziksel şiddet (yumruk, tekme, tokat vs), %19.7’si tehdit ve sataşma, %12.9’u dedikodu yapma, lakap takma, %9.5’i eşya/mala zarar verme olarak saptanmıştır. Ülkemizde son yıllarda okullarda yaralanma-ölümle sonuçlanan şiddet olaylarının artması, Milli Eğitim Bakanlığı 2005-2006 eğitim-öğretim yılında iki genelge yayınlayarak okullarda meydana gelen şiddet olaylarına dikkat çekmiştir. 2006-2011 yıllarını kapsayan beş yıllık stratejik eylem planı oluşturulması, İçişleri Bakanlığı ile işbirliği protokolü ve konuyla ilgili T.B.M.M.’de araştırma komisyonu kurulması okulların daha güvenli hale getirilmesi için önemli adımlara rağmen bunlar yeterli değildir(15,16). DSÖ 35 ülke verilerini karşılaştırdığı raporda %1-50 zorbalık görüldüğünü saptamıştır. Pek çok ülkede çocuk ve ergenler arası şiddet ve saldırgan davranışlar yaygın toplumsal problemdir(17). Okullardaki önleme çalışmalarında gençlerin olumlu davranan yetişkinler olması için problem çözme, sosyal ve iletişim becerilerinin öğretilmesi önemlidir.

Bu çalışmada lise öğrencilerinin zorba davranışlarda bulunma/maruz kalmaya ilişkin görüşlerini tespit etme, ergenlik döneminde yaşanan zorbalığın tanımlanması, öğrencilerin duygu-düşünceleri üzerinde olumsuz etkilerinin belirlenmesi, okulda iletişimde önemli sorunlara yol açan çatışmaların neden ve çözümüne yol gösterecek programlarının planlanmasına ve yürütülmesine ışık tutması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Gaziantep ilindeki ortaöğretim öğrencileri arasında akran çatışmasının incelenmesi amacı ile yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma evreni; Gaziantep, Cumhuriyet, Atatürk, Türk Telekom, Mimar Sinan ve Yahya Kemal Lisesi’nin 2011-2012 öğretim yılında dokuzuncu sınıfına devam eden 9950 öğrencidir. Araştırmada küme örneklem yöntemi ile dokuzuncu sınıfa devam eden 1743 öğrenciye kasım aralık 2011 tarihlerinde gözlem altında anket uygulanmıştır.

Bağımsız Değişkenler: Öğrencilerin ve anne-babalarının sosyo-demografik özellikler, ilgi alanları ve alışkanlıkları, Öğrencilerin akran çatışmasına ilişkin görüşleri, Akran çatışmasının nedenleri, okullarında zorbalık yapan gruplar, çatışmanın kız ve erkekler arasında görülme sıklığı, maruz kalınan zorbalık türleri, şiddetin sebepleri, zorbalık yapma veya maruz kalma durumları, şiddet sonucu yaşadıkları, çözüm önerileri olarak belirlenmiştir.

Bağımlı Değişkenler: Öğrencilerin Akran zorbalığı tanı ölçeğinde aldıkları bilgi puanları.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Veri toplama kişisel bilgi formu ve akran çatışması tanı ölçeğidir. Akran Çatışması Tanı Ölçeği, öğrencilerin zorbalık düzeylerini belirlemek amacıyla Gülten Genç tarafından geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Akran çatışması tanı ölçeğinde 38 soru bulunmaktadır. öğrencilerin bilgi puanları hesaplanmıştır. Veriler SPSS 16.0 istatistik paket programı ile değerlendirilmiş, veri analizinde 0.05 anlamlılık düzeyi benimsenmiştir. Gaziantep İl Millî Eğitim Müdürlüğü ve etik kurul izni ve çalışmaya katılan öğrencilerden sözel onamları alınmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin, %53.6'sı 15 yaşında, %58.7'si erkek, %82.3'ü Gaziantep doğumlu, babaların %60.3'ü; annelerin %60.5'i ilköğretim mezunu, anne-babaların %89.7'sinin sağ beraber yaşadığı, öğrencilerin %34.9'u 5-6 kardeşe sahip, %48.8'i gelir gider eşit dediği; %37.7'si anne babasının otoriter olduğunu, %20'si baba, %12.8'i anne otoriter dediği görülmektedir. Öğrencilerin boş zamanlarında %27.4'ü müzik-resim-şiiirle ilgilendiği, %19.6'sı spor yaptığı, %18.1'i kitap okuduğu, %11.6'sı internette vakit geçirdiğini ifade etmiştir.

Öğrencilerin, %19.8'i ailede şiddet gördüğünü, %35.1'i aile içi sorunları çözmede arasıra şiddete başvurduğunu, %35.4'ü sorunlarını ailesiyle paylaştığını, %67.6'sı ailesinden gereken desteği gördüğü, %3.3'ü katı kurallar/cezai yaptırımları olan anne-babası olduğunu; %49.7'si velisinin sorun olduğunda okula geldiğini söylemiştir. Öğrencilerin; %19'u delici kesici alet kullandığını, %14.3'ü okulda madde bağımlısı olduğunu, %12'si sigara, %1.8'i alkol, %1.4'ü uyuşturucu dediği; %24.7'si intihar etmeyi düşündüğünü, %23.6'sı öfke nöbeti geçirdiğini, %17.2'si sorunları çözmede fiziksel güç kullanmaya inandığını söylemiştir. Öğrencilerin; %81.6'sı arkadaş grubuyla aynı düşünmeyene herkes düşüncesinde serbest dediği, %24.2'si okulda yalnız kaldığını, %16.4'ü başkalarını kızdırmak eğlenceli dediği, %36.5'i kızdığı zaman sözel şiddet uyguladığını; %51.8'i kolay kışkırtılmadığını, %38.2'si okulda kavgaya karıştığını ifade etmiştir. Öğrencilerin %18.9'u geçen yıl ders başarısızlığını; %23.7'si okul değişikliği yaptığını, %19.7'si okula adaptasyon problemi yaşadığını; %49.6'sı hiçbir zaman devamsızlık yapmadığını, %57'si okuldaki arkadaş sayısının 1-10 arasında olduğunu söylemiştir.

Öğrencilerin; %47'si okulda zorbalık varlığını, %10.7'si okulda zorbalık grubuna katıldığını, %14.5'i okulda şiddetin yaşanan saldırgan/zorba davranışlara tanık olmanın etkisiyle olduğunu, okuldaki sorunu %46.8'si arkadaş, %17'si anne-baba, %11.8'i öğretmeniyle paylaştığını; %51.6'sı okulda şiddeti çok gördüğünü, %61.6'sı okulda madde bağımlısı varlığını, %46.7'si maddenin sigara olduğunu, %5.9'u uyuşturucuyu; %47.9'u okulda sözel- %26.7'si fiziksel şiddeti, %13'ü baskı kurma, %12.4'ü dışlama görüldüğünü ifade etmiştir. Öğrencilerin; %36.3'ü erkekler, %13.5'i kızlar arasında, %50.3'ü her ikisinde aynı düzeyde akran çatışmasının yaşadığını; %21.5'i üst sınıflar alt sınıflara şiddet uyguladığını, %19.3'ü okulda cinsel istismara rastladığını ifade etmiştir. Öğrencilerin %15'i zorba erkek öğrencinin tek başına, %46.1'i grup halinde şiddet uyguladığını; *erkeklerin* %42.5'i dövülme, %34.1'i küfür, %12.1'i bıçak/kesici aletle yaralanma, %7.3'ü dışlama, %4'ü eşyaya zarar vermeye maruz kalındığını; %39.1'i zorbanın kız olduğunu; zorba kızların %18.2'si tek başına, %41.1'i grup halinde yaptığını, *kızların* %33.7'si fiziksel şiddet, %23.8'i laf atma/küfür, %15.9'u söylenti yapma, %14.7'si isim takma, %7.9'u dışlanma, %4'ü eşyasına zarar vermeye maruz kaldığını; kızların %33.2'ü kız, %24.2'si erkek, %42.7'si ikisinden zorbalık gördüğünü; Öğrencilerin %52.2'si güçlü görünme, %14.6'sı zorbalığı normal davranış görme, %6'sı kurbanların acı çekmesinden mutlu olma, %6'sı kişisel problemler, %2.6'sı kurbanlarının kendilerini kışkırtmasını çatışma nedeni olarak ifade etmiştir.

Öğrencilerin %29.4'ü zorbalığı bildirmeye ispiyonculuk derken; %56'sı öğrenci şiddete maruz kaldığını görürse söyleyeceğini; %26.3'ü öğrenci şiddete maruz kalınca yetişkinden yardım isterim, %20.3'ü görmemezlikten gelirim dediği; %40.4'ü okulda zorbalığa sık rastlandığını; zorbalığa maruz kalırsa %34.1'i öğretmenden yardım isterim, %33.5'i aynı şekilde karşılık veririm dediği; %37.8'i zorbalığa maruz kaldığını; %68.9'u çok kere zorbalığa maruz kaldığı; maruz kaldığı zorbalığın %29.7'si dövülme, %35.9'u küfür, %4.8'i para/eşyaya zarar verilme, %4.6'sı bıçak/kesici aletle yaralanma demıştır.

Öğrencilerin; %38.3'ü fiziksel/sözel şiddet uyguladığını, %30.1'i karşıdakine kızınca küfür, %27.6'sı isim takma/dalga geçme, %12.8'i dışlama, %5.4'ü dövme, %4.2'si bıçakla yaralama, %3'ü cep telefonu ile kötü mesaj atma, %1.7'si tehdit telefonu şiddeti düşündüğünü; %62.3'ü şiddet uyguladığı kişinin intikam almasından korktuğunu; %32.6'sı şiddeti beni kızdırdıkları, %15.8'i eğlence, %10.1'i kız arkadaşına bakarsa yaparım dediği, şiddetin %10'u para-eşya alma, %9.2'si güçlü olduğunu gösterme, %5.8'i öç alma için yapıldığını; %29.1'i şiddetin sorunları çözeceğine inandığını, %25.2'si hak edene ceza verilmeli demıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Öğrencilerin; bir insana zarar verdikten sonra %22.1'i hiç pişman olmadığını; şiddete maruz kalınca %50.9'u arkadaş, %21.7'si öğretmen, %21.5'i aileye anlattığını; okulda şiddete maruz kaldığında %38.2'si üzüldüğü, %20'si çok utandığı, %12.4'ü kendine güvenini yitirdiği, %5.7'si korktuğu, %10'u acı duyduğunu söylerken; %16.8'i şiddete maruz kaldıktan sonra okula gelmeye korktuğu, %18.2'si şiddete maruz kalınca devamsızlık yaptığı; %15.7'si okul değiştirmeyi düşündüğü, %38.8'i şiddete maruz kalınca notlarının düştüğünü; %57.1'i okulda kendini güvende hissettiği, %18.3'ü şiddetten sonra intihar etmeyi düşündüğü, %25.2'si geceleri ağlayarak uyandığı, %6.6'sı kâbuslar gördüğü, %5.8'i kendine güvenini yitirdiği, %1.7'si öcünü almayı düşündüğünü ifade etmiştir.

Öğrencilerin; zorba ile baş etmede %41.9'u zorbalık yapılmalı derken; %45.4'ü öğretmen şiddet gören öğrenciyle ilgilendiğini, %38.1'i çatışmalarda öğretmenlerin öğrenciyle konuştuğunu, %40.8'i akran zorbalığı çözüm önerilerinin öğretmenlerden, %27.4'ü anne babadan yardım istenmeli olarak belirtmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Öğrenciler okul ortamında sorunları olduğunda en fazla arkadaşları ile daha sonra öğretmen ve aileleriyle paylaşmaktadır. Öğrencilerin beşte biri delici kesici alet kullanmakta, ailesinden şiddet görmekte, yarısından fazlası sorun çözmede fiziksel gücün gerekliliğine inanmaktadır.

Öğrenciler kendilerini okul ortamında güvende hissetmemekte, korkmaktadır. Öğrenciler okulda şiddetin varlığını, on öğrenciden biri zorbalık grubuna katıldığını, zorbalığa en fazla sınıfta, spor salonunda, okul yolunda ve serviste maruz kalmıştır. Zorbalık daha çok kızdıkları zaman, eğlence, kız arkadaşına bakıldığı için, güçlü olduğunu göstermede yapılmaktadır. Şiddetin her iki cinsten de aynı düzeydedir, en fazla sözel şiddet sonra fiziksel şiddet, gruplar halinde uygulanmaktadır. Zorbalığa maruz kalanların üzüldükleri, utandıkları, korktukları, intiharı düşündükleri, geceleri ağlayarak uyandıkları, kendilerine güvenlerini yitirdiklerini belirtmiştir. Öğrencilerin zorba ile baş etmede onun gibi davranma gerekliliğini, şiddet uyguladığı kişinin intikam almasından korktuğunu söylemiştir. zorbalıktan sonraki duygularını sırasıyla çok mutlu olma, onların bunu hak ettiklerini düşünme, kendilerini kötü hissetme, hiçbir şey hissetmeme olarak ifade etmiştir. Çatışmada öğrenciler öğretmen ve anne babadan yardım beklemektedir. Okulda riskli davranışlarda bulunan öğrenciler gözlem altında tutulmalı, delici kesici alet araması yapılmalı, Zorbalığın en fazla olduğu alanlarda önlemler alınmalı, Aileler zorbalık ve önlenmesi konusunda bilinçlendirilmeli, Öğrenci sorunları öğretmen ve idarecilerle paylaşması konusunda cesaretlendirilmeli, Okulda öğrencilere çatışma çözme becerileri hakkında gerekli eğitim verilmeli Öğrenciler öğretmenleri tarafından kitap okuma, spor yapma ve sosyal faaliyetlerde bulunmaya teşvik edilmeli, bu konuda gerekli destekler sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akran çatışması, Ergenlik, Ergenlik sorunları, Kişisel çatışmalar.

504

İLKÖĞRETİM OKULU ÖĞRENCİLERİNDE AKRAN ZORBALIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Zehra İncedal¹, Emine Aksüt¹, Alparslan Şeker¹, Elçin Balcı², Osman Günay²

¹Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

²Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Giriş ve Amaç: Okullarda meydana gelen saldırganlık olaylarının bir türü olan okul zorbalığı, yaşça daha büyük ya da fiziksel olarak daha güçlü öğrencilerin kendilerinden daha güçsüz olan çocukları sürekli olarak hırpalaması, eziyet etmesidir. Zorba öğrenciler söz ve eylemleri aracılığıyla diğer öğrencileri korkutmakta, sahip olmaları gereken özgür öğrenme haklarını ellerinden almakta, çocukların kendilerini okulda güvensiz hissetmelerine sebep olmaktadır (1).

Akran zorbalığı ile ilgili ilk çalışmaların İsveçli araştırmacı Heinemann'ın okul bahçesinde öğrencilerin davranışlarını gözlemlemesiyle başlamış, 1970'li yıllarda Dan Olweus tarafından tanımlanmıştır. Olweus'a göre;

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

okul zorbalığı; bir ya da daha fazla öğrencinin bir başka öğrenciye sürekli olarak olumsuz eylemlerde bulunmasıdır. Bir eylemin zorbalık olarak tanımlanabilmesi için; kasıtlı olarak zarar verme amacı güden saldırgan davranışlar olması, süreklilik özelliği taşıması ve zorba ve kurban arasında güç dengesinin olmaması gerekir (2).

Akran zorbalığı hem zorba hem de mağdur açısından olumsuz etkileri olan, bireyin hayatında kalıcı izler bırakabilen ve toplumu tehdit eden önemli bir sorundur. Kurbanlarda sosyal iletişimi azalttığı, başarı düzeyini düşürdüğü, yalnızlaştırdığı; daha ileri dönemlerde depresyondan intihar girişimine kadar çeşitli sorunlara yol açtığı bilinmektedir. Zorbalarda ise şiddete, madde kullanımına ve suça eğilimi arttırmaktadır.

Bu çalışmanın amacı ilköğretim okullarında okuyan 7–14 yaş grubundaki öğrencilerin akranlarına karşı zorbaca davranışlarda bulunma ve zorbaca davranışlara uğrama sıklığını ve bunu etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Karaman İl merkezinde bulunan bir ilköğretim okulunda yapıldı. Okulun 2–8. sınıflarına kayıtlı 1009 öğrencinin tamamının araştırma kapsamına alınması planlandı.

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 15 sorudan oluşan sosyodemografik anket ve “Akran zorbalığı belirleme ölçeği” yardımıyla toplandı...

Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği; akranlarına “zorbalık yapan” ve “zorbalığa uğrayan” öğrencileri belirlemek amacıyla kullanılan, toplam 37 madde ve beş alt başlıktan oluşan bir ölçektir. Alt başlıklar; fiziksel, sözel, izolasyon, söylenti çıkartma ve eşyalara zarar verme şeklindedir. Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği çocuk formu, biri “zorba” diğeri “kurban” olarak adlandırılan ve aynı maddelerin farklı biçimde sorulmasından oluşan paralel iki ölçekten oluşmaktadır. Ölçek Tunçay ve Ayas tarafından geliştirilmiş ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (3).

Ölçekte “hemen hemen her gün” seçeneği 5 puan, “haftada en az bir defa” seçeneği 4 puan, “ayda bir defa” seçeneği 3 puan, “dönem boyunca bir defa” seçeneği 2 puan ve “hiçbir zaman” seçeneği 1 puan olarak değerlendirilmektedir. Sorulara verilen cevap puanları toplanarak, ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekte zorba ve kurban tanımları için kesme noktası hesaplanmıştır. Ölçekte kurban olma durumu için 67 puan, zorba olma durumu için 59 puan sınır olarak belirlenmiştir. Ölçeğin zorba ve kurban boyutlarından alınabilecek en düşük puan 37, en yüksek puan 185’dir. Puanlar yükseldikçe zorba ve kurban olma düzeyi artmaktadır.

Çalışma kapsamına alınması planlanan öğrenciler, sınıflarından ziyaret edilerek, araştırma hakkında bilgilendirildi ve sözel onamı alındı. Sosyodemografik anket ve Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği, araştırmacıların gözetiminde öğrenciler tarafından dolduruldu. Toplam 950 öğrenci ile ilgili veriler değerlendirmeye alındı (ulaşma oranı %94.1)

Çalışmada grupların karşılaştırması ki-kare testi ile yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalaması 11.29±2.07 olup; %66.5’i 12 yaş ve altı, %33.5’i 13 yaş ve üzerindedir. Öğrencilerin %46.0’ını kız, %54.0’ını erkek öğrenciler oluşturmaktadır. Bu öğrencilerin %52.7’si ilköğretim birinci kademedede, %47.3’ü ikinci kademedede okumaktadır.

Öğrencilerin annelerinin %16.7’si, babalarının ise %98.5’i çalışmaktadır. Öğrencilerin %94.4’ünün kardeşi vardır. Öğrencilerin %81.2’si il merkezinde doğmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %14.9’u annesinden, %10.6’sı babasından şiddet gördüğünü, %26.7’si de kardeşine şiddet uyguladığını belirtmiştir.

On üç yaş ve üzeri öğrencilerin %23.6’ı zorba, %31.1’i kurban tanımına uymaktadır. Bu oranlar 12 yaş ve altı öğrenciler için %9.8 ve %18.8’dir. On üç yaş ve üzerindeki öğrencilerde hem zorba hem de kurban olma oranları 12 yaş ve altındakilerden önemli ölçüde yüksektir (P<0.05)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede; kızların %19.2' si, erkeklerin %26.1' i kurban iken kızların %10.5' i, erkeklerin ise %17.7' si zorbadır. Erkeklerde zorba ve kurban olma oranları kız öğrencilerden önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Anne ve babasından şiddet gördüğünü ifade eden öğrencilerde hem zorba hem de kurban olma oranları yakınlarından şiddet görmeyen öğrencilerden önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($P<0.05$).

Erkek öğrencilerde ve 12 yaşın üstündeki öğrencilerde hem fiziksel zorbalık ve kurban olma hem de sözel zorbalık ve kurban olma oranları önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($P<0.05$)

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırmamızda yaşla birlikte zorba ve kurban olma oranlarının arttığı belirlenmiştir. Buna bağlı olarak, ilköğretim ikinci kademedeki okuyan öğrencilerde zorba ve kurban olma oranları birinci kademedeki okuyanlardan daha yüksektir. Pelligrini (4) zorbalığın ergenliğe geçişle birlikte arttığını ve bu durumun ergenin sosyal statü elde etme aracı olarak görmesinden kaynaklandığını ileri sürmüştür.

Yapılan araştırmalar; erkeklerin kızlardan daha çok zorbaca davranışlara başvurdukları ve kızların daha fazla zorbalığa maruz kaldıklarını göstermektedir (5). Bu araştırmada da erkeklerin kızlara oranla daha fazla zorbaca davranışlar gösterdiği ve diğer çalışmalarla benzer olduğu belirlenmiştir. Fakat çalışmamızda yine erkeklerin kızlara oranla daha fazla zorbaca davranışlara maruz kaldığı da belirlenmiştir. Türkiye’de zorbalık ile ilgili yapılan az sayıda araştırmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur. Bunun nedeni erkek öğrencilerin sorunları zorbalık içeren davranışlarda bulunarak çözmek istemeleri, bunu bir cesaret, güç göstergesi olarak görmelerinden kaynaklanabilir.

Zorbaca davranış sergileyen öğrencilerin büyük bir bölümünün ailelerinden şiddet gördüğü bilinmektedir. Araştırmamızda da aile bireylerinden şiddet gören öğrencilerde hem zorbalık hem de kurban olma oranlarının aile bireylerinden şiddet görmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular zorbalığın büyük ölçüde öğrenilen bir davranış olduğunu, şiddete tanık olmanın şiddete eğilimi artırdığını göstermektedir.

Erkeklerin fiziksel zorba/kurban oranları kızlara oranla daha yüksek bulunmuştur ve aradaki fark anlamlıdır. Bulduğumuz sonuçlar diğer araştırma sonuçlarıyla da benzerlik taşımaktadır. Yapılan araştırmalar 5–8. sınıftaki erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre vurma, itme, tartaklama, dayak atma gibi fiziksel zorbalığa daha fazla başvurduğunu göstermektedir (6). İlköğretim ikinci kademedeki okuyan öğrencilerin zorbalık oranı birinci kademedeki okuyan öğrencilerin oranından daha yüksek bulunmuştur. Bizim bulduğumuz sonuçlar diğer araştırma sonuçlarıyla da benzerlik taşımaktadır.

Sonuç ve Öneriler: Araştırmamızda, erkek öğrencilerin kızlara oranla daha fazla zorbaca davranışlar gösterdiği ve daha fazla zorbaca davranışlara maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu nedenle, özellikle de erkek öğrenciler okul ve akran zorbalığı konusunda bilgilendirilmelidir.

İlköğretim ikinci kademedeki okuyan öğrencilerin hem zorba hem de kurban oranları birinci kademedeki okuyanlardan çok daha yüksek bulunmuş ve sınıf düzeyinin zorba/kurban olma durumunu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. İlköğretim ikinci kademe öğrencilerine rehberlik derslerinde zorbalıkla başa çıkma stratejileri ve zorbaca davranışlara maruz kaldığında bu sorunu yardım alarak çözebileceği anlatılabilir. İlköğretim ikinci kademedeki okuyan öğrenciler ergenliğe adım attıkları bu dönemde dikkatle takip edilmelidir. Çünkü bu dönem, doğrudan ve dolaylı zorbalığın en sık görüldüğü dönemdir. Çocuğun ergenlik döneminde yalnız bırakılmaması, bu sürecin aile ve öğretmen desteğiyle sorunsuz bir şekilde atlatılması sağlanabilir.

Aile içinde şiddete tanık olmanın öğrencilerin fiziksel zorbalık oranlarını anlamlı ölçüde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Çocukların sosyalleşmeye teşvik edilmesinde fiziksel güç kullanmak yanlış bir model oluşturur. Ebeveynlerin evde birbirine şiddet uyguladığını gören ya da kendisine şiddet uygulanan çocuk bu davranışı örnek alacak ve kendisi de akranlarına ve kardeşlerine uygulayacaktır.

Okullarımızda akran zorbalığı önemli bir sorundur. Bu sorunla ilgili Türkiye’de yapılmış araştırma sayısı çok azdır ve büyük illerle sınırlı kalmıştır. Daha geniş çaplı ve tüm ülkeyi yansıtacak çok merkezli araştırmaların yapılması akran zorbalığının çözümlenmesi için faydalı olabilir.

Anahtar Sözcükler; Akran zorbalığı, öğrenci, ilköğretim, aile içi şiddet

Kaynaklar:

1. Furniss C.. Bullying in schools: It's not a crime – is it?. Education and Law 2000; 2(1): 10–29.
2. Olweus D. Sweden. In: Smith PK, Morita Y, Junger-Tas J, Olweus D, Catalano R, Slee P (Eds.), The Nature of School Bullying. A Cross-National Perspective. London and New York 1999, pp 7 – 27.
3. Pişkin M, Ayas T. Akran Zorbalığı Ölçeği: Çocuk formu. Akademik Bakış Dergisi 2011; 23: 1- 12.
4. Pellegrini AD. Bullying, victimization and sexual harassment during the transition to middle school. Education Psychologist, 2002; 37(3), 151–163.
5. Rigby, K. (1995). What Schools Can Do About Bullying. The Professional Reading Guide for Education Administrators. Vol.17(1): 1–5.
6. Rigby, K. (1998). The relationship between reported health and involvement in bully/victim problems among male and female secondary school children. Journal of Health Psychology, 3, 465–476.

515

İLKÖĞRETİM VE LİSE ÖĞRENCİLERİ ARASINDA İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE YALNIZLIK

Tuğçe Koyuncu, Alaettin Ünsal, Didem Arslantaş

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Giriş ve amaç: Son yıllarda internet kullanımı hızla artmaya ve günlük yaşamda büyük bir yer tutmaya başlamıştır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de internet kullanımı hızla artmaktadır. Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre Türkiye’de 2011 yılında hanelerin %42.9’unda internet erişimi olduğu rapor edilmiştir.

Kişilerin duygusal ve sosyal açıdan oldukça kırılğan oldukları ergenlik döneminde diğer bağımlıklarda olduğu gibi internet bağımlılığı da önemli bir sağlık sorunudur. Yapılan bazı çalışmalarda gençler arasında internet bağımlılığı sıklığının %1.0 - 38.0 arasında değiştiği bildirilmektedir.

İnternet, bilgiye ulaşmanın ve insanlarla iletişim kurmanın hızlı ve kolay bir yolunu sunmaktadır. Ancak bu kolaylıklarının yanında aşırı internet kullanımı kişilerin günlük yaşam aktivitelerini, duyu durumlarını ve aile bireyleri arasındaki iletişimi olumsuz yönde etkiler. Bu durum aşırı internet kullanımı, patolojik internet kullanımı, problemlerli internet kullanımı ve internet bağımlılığı gibi farklı şekillerde adlandırılmaktadır. İnternet kullanımı ile ilgili zihinsel meşguliyet, internet kullanımını sınırlama ve kontrol etme ile ilgili yineleyici düşünceler, erişim isteğini durduramama, işlevselliğin çeşitli düzeylerde bozulmasına karşın internet kullanmayı sürdürme, giderek artan sürelerde internette zaman geçirme, kullanma olanağı bulunamadığı zaman arama ve kontrolsüz isteme davranışları ile kendini gösterebilmektedir.

İnternet bağımlılığı olanlarda bazı ruhsal ve sosyal bozuklukların daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Bunlardan biri olan yalnızlık tek başına olmaktan farklı olarak bireyin var olan sosyal ilişki ile olmasını istediği sosyal ilişki arasındaki farklılığı algılaması sonucunda yaşanan ve hoş olmayan bir ruhsal durum olarak tanımlanmaktadır. İnternet bağımlılığı olan kişilerin sosyal ilişkiler kurmada zorluk çektikleri ve kendilerini yalnız hissettikleri, aileleri ve arkadaşlarına daha az zaman ayırdıkları bilinmektedir.

Bu çalışma ile Sivrihisar’da öğrenim görmekte olan ilköğretim ikinci kademe ve Lise öğrencileri arasında internet bağımlılığı sıklığının saptanması ve yalnızlık düzeyinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Çalışma, 7 Mayıs - 8 Haziran 2012 tarihleri arasında Sivrihisar ilçesindeki ilköğretim ikinci kademe ve Liselerde öğrenim görmekte olan öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

araştırmadır. Sivrihisar, Eskişehir iline bağlı bir ilçe olup, nüfusu 23 423, geçim kaynağı ise tarım ve hayvancılıktır. İlçe merkezinde bulunan 8 Lise’de 1453 ve 5 ilköğretim okulunda 1484 olmak üzere toplam 2937 öğrenci öğrenim görmektedir. Sivrihisar Sıdika Hanım Lisesi ve Hasan Karacalar ilköğretimokulu idarecilerinin izin vermemesi nedeni ile bu okullar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Ayrıca ilköğretim 1. kademe öğrencileri çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışma kapsamına alınan okullarda öğrenim görmekte olan öğrenci sayısı 1792’dir. Çalışmada veri toplama süresince okullarda bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 1157 öğrenci (%64.6) çalışma grubunu oluşturmuştur.

Çalışmanın amacına yönelik literatürden faydalanılarak üç kısımdan oluşan bir anket form hazırlandı. Birinci kısım bazı sosyodemografik özelliklerden, ikinci kısım Young internet bağımlılığı ölçeği sorularından ve üçüncü kısım ise UCLA yalnızlık ölçeği sorularından oluşmaktadır. Okullarda çalışmanın yapılabilmesi için gerekli olan izinler alındıktan sonra, okul yöneticilerinin uygun gördüğü ders saatlerinde önceden hazırlanan anket formlar, gözlem altında öğrenciler tarafından dolduruldu. Bu çalışmada internet bağımlılığının değerlendirilmesi için Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği kullanıldı. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-100 arasında değişmekte olup, 50 ve üzerinde puan alanlar “internet bağımlılığı var” olarak kabul edildi. Yalnızlık ise UCLA Yalnızlık Ölçeği ile değerlendirildi. Bu ölçekten alınabilecek puanlar 20-80 arasında değişmekte olup, puan arttıkça yalnızlık düzeyi de artmaktadır. Çalışmamızda aile gelir durumu öğrencilerin kendi algılarına göre iyi, orta ve kötü olarak değerlendirilmiştir. Düzenli olarak günde en az 1 tane sigara içenler sigara içiyor kabul edilmiştir. Çalışma grubundakilerden telaşlı, coşkulu, aceleci, sabırsız olduğunu bildirenler “A tipi kişilik”, sessiz, sakin, sabırlı, planlı programlı olduğunu bildirenler ise “B tipi kişilik” olarak kabul edildi. Veriler, SPSS (versiyon 15.0) İstatistik Paket Programında değerlendirildi. Analizler için Ki-kare testi ve Spearmann Korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubu 521’i (%45.0) kız, 636’sı (%55.0) erkek olmak üzere toplam 1157 öğrenciden oluşmaktadır. Öğrencilerin yaşları 11-19 arasında değişmekte olup, ortalama 15.13 ± 1.71 yıl idi. Bu çalışmada internet bağımlılığı sıklığı %7.9 ($n=91$) olarak saptandı. Öğrenciler arasında anne öğrenim düzeyi arttıkça internet bağımlılık sıklığı da artmaktadır ($p < 0.05$). Çalışma grubundakilerden obez olanlarda, A tipi kişiliğe sahip olanlarda, internetle erken yaşlarda tanışanlarda, yaşadığı yerde internet erişimi olanlarda, interneti her gün 2 saatten daha fazla kullananlarda internet bağımlılığı sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (her biri için $p < 0.05$). İnterneti okul ödevi ve araştırma için kullanan öğrencilerde ise internet bağımlılığı sıklığının daha düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). İnternet bağımlılığı ile öğrencilerin okulu, sınıfı, cinsiyeti, yaşı, aile tipi, aile gelir durumu, baba öğrenim durumu, anne ve baba çalışma durumu, kardeş sayısı, kaldığı yer, sigara içme durumu, kronik hastalık öyküsü ve fiziksel engel varlığı arasında bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Öğrencilerin İnternet Bağımlılık Ölçeğinden aldıkları puanlar ile Yalnızlık Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında önemli derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r_s = 0.121$; $p = 0.000$).

Tartışma: Çalışmamızda internet bağımlılığı sıklığı %7.9 olarak bulundu. Gençler arasında önemli sağlık sorunlarından biri olan internet bağımlılığı ile ilgili olarak yapılan çeşitli çalışmalarda oldukça farklı sonuçlar bildirilmektedir. Bildirilen farklı sonuçların nedenleri arasında internet bağımlılığının tanısında kullanılan yöntemlerin farklı olması, araştırmaların değişik populasyonlarda yapılmış olması ve farklı araştırma yöntemlerinin kullanılmış olması sayılabilir. Bizim çalışmamızda da olduğu gibi kırsal kesimde yapılan çalışmalarda internet bağımlılığı sıklığının düşük olmasının sebeplerinden biri internete ulaşımının kentte yaşayanlara göre daha güç olması olabilir.

İnternet erişimi imkanı olan ev, yurt v.b gibi yerlerde kalan bireylerin internete ulaşmaları daha kolay olacağı için bu bireyler arasında internet bağımlılığı sıklığının daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Bu çalışmada da internet erişimi olan yerlerde kalan öğrenciler arasında internet bağımlılığı sıklığının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç rapor edilmiştir.

İnternet kullanma süresi ile internet bağımlılığı arasında pozitif bir ilişki olduğu bilinmektedir. Her gün interneti kullanan ve haftada 14 saat ve daha fazla süre internet kullanan öğrenciler arasında internet bağımlılığı sıklığı daha yüksek bulundu. Bazı araştırmalarda da haftada 15 saatten fazla internette vakit geçirenlerde internet bağımlılığı sıklığının daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda internetle erken yaşlarda tanışan öğrenciler arasında internet bağımlılığı sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. İnternetle erken yaşlarda tanışan çocukların hayatlarında, internetin her zaman var olması

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ve önemli bir yer tutması bu çocuklarda internet bağımlılığının daha fazla görülmesinin nedenleri arasında sayılabilir.

İnternet bağımlılığı ile sosyoekonomik düzey arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu bildirilmektedir. Sosyoekonomik düzeyin göstergelerinden biri de anne öğrenim durumudur. Çalışma grubunda anne öğrenim düzeyi arttıkça internet bağımlılığı sıklığı da artmaktadır. Yapılan bazı araştırmalarda da anne öğrenim düzeyi ile internet bağımlılığı arasında benzer bir ilişki bulunduğu rapor edilmiştir.

İnternet bağımlılığı olan kişiler zamanlarının büyük bir kısmını oturarak, hareketsiz bir şekilde harcamaktadır. Bu kişilerin kilolarını kontrol edemeyip obez olmaları beklenen bir durumdur. Bu çalışmada obez olan öğrenciler arasında internet bağımlılığı obez olmayanlara göre önemli derecede daha yüksek bulunmuştur.

İnternet bağımlılığı ve kişilik tipleri arasındaki ilişki ile ilgili olarak yapılan çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar rapor edilmiştir. Bazı araştırmacılar utangaç ve içe dönük bireylerde internet bağımlılığının daha sık görüldüğünü, bazıları ise dışa dönük olanlarda daha sık görüldüğünü bildirmektedirler. Bizim çalışmamızda ise A tipi kişiliğe sahip olan öğrenciler arasında internet bağımlılığı sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada interneti okul ödevi ve araştırma için kullanan öğrenciler arasında internet bağımlılığı sıklığının eğlence ve sosyal ilişkiler kurmak için kullananlara göre daha düşük olduğu saptandı. Benzer sonuç bildiren çalışmalarda vardır.

Morahan ve Martin yalnızlık ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkinin yönünü saptamanın olası olmadığını bildirmekle beraber, internet kullanımının yalnızlığa neden olabileceği görüşünü ileri sürmektedirler. İnternet kullanımı öncelikle sosyal ilişkilerde gerçek yaşamın yerini alarak kullanıcılarda yalnızlığa neden olabilir. Çalışmamızda yalnızlık ile internet bağımlılığı düzeyi arasında pozitif yönde önemli derecede bir ilişki bulunmuştur. Bazı çalışmalarda da benzer sonuç rapor edilmektedir.

Sonuç ve öneriler: Sivrihisar'da ilköğretim ikinci kademe ve lise öğrencilerinde internet bağımlılığı önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada yalnızlık ile internet bağımlılığı arasında pozitif yönde önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur. İnternet bağımlılığı saptanan öğrencilerin kesin teşhis ve tedavilerinin sağlanabilmesi için uzman hekimlere yönlendirilmesi, erken tanı için zaman zaman taramalar yapılması ve öğrencilerin interneti kontrollü kullanmaları konusunda bilgilendirilmeleri yararlı olacaktır. Yalnızlık ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkinin ortaya konabilmesi için daha kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar kelimeler: İnternet bağımlılığı, yalnızlık, ilköğretim-lise öğrencileri, Sivrihisar

Kaynaklar:

-Durak Batıgün A, Hasta D. İnternet bağımlılığı: Yalnızlık ve kişilerarası ilişki tarzları açısından bir değerlendirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11: 213-9.

-Ko CH, Yen JY, Yen CF, Chen CS, Chen CC. The association between Internet addiction and psychiatric disorder:A review of the literatüre. European Psychiatry 2012; 27 (1): 1-8.

-Cao H, Sun Y, Wan Y, Hao J, Tao F. Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction. BMC Public Health 2011; 11: 802.

-Ebeling-Witte S, Frank ML, Lester D. Shyness, Internet Use, and Personality. CyberPsychology & Behavior. October 2007, 10 (5): 713-6.

-Morahan-Martin JM. The relationship between loneliness and internet use and abuse. Cyberpsychol Behav 1999; 2: 431-9.

BİR SAĞLIK EŞİTSİZLİĞİ OLGUSU: BEBEK ÖLÜM HIZININ BÖLGELERE VE İLLERE GÖRE DEĞİŞİMİ

Hakan Tüzün

Kağıthane TSM

Giriş ve Amaç: Gerek ülkeler arasında gerek ülkelerin kendi içlerindeki sağlık eşitsizliklerinin politik, sosyal ve iktisadi olarak kabul edilmez olduğunu söyleyen Alma Ata Bildirgesi ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasını birinci amacı olarak belirten DSÖ Avrupa Bölgesi Herkes İçin Sağlık Hedefleri'nin aralarında yer aldığı tarihsel metinlerin üzerinden önemli sayılabilecek zaman dilimleri geçmesine karşın sağlık eşitsizliklerinin varlığını sürdürdüğünü gösteren güncel bir literatür yaşamaya devam etmektedir.

Bebek ölüm hızı (BÖH) hızı zaman içerisinde azalma eğilimde olmakla birlikte bebek ölümleriyle ilgili sağlık eşitsizlikler varlığını korumaktadır. Dünya geneli için binde 40 olan BÖH, endüstrileşmiş ülkelerde binde 5 iken, gelişmekte olan ülkelerde binde 67 ve az gelişmiş ülkelerde binde 106'dır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesinde binde 27, Amerika bölgesinde binde 34 iken, Afrika'da binde 104, Güney Doğu Asya'da binde 74'tür (1). Ülke içinde farklı bölgeler arasında BÖH bakımından eşitsizlikler saptayan araştırma sonuçları da ulusal düzeyde sağlık eşitsizliklerinin varlığını göstermektedir (2-5).

Bu çalışmada 2010 yılı verileri ile Türkiye'de bölgelere ve illere göre BÖH'nin değişiminin sağlık eşitsizlikleri ölçütleri ile analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS) veri tabanında yer alan ölüm verisi ile TÜİK tarafından derlenen ölüm nedeni verisini kullanarak Türkiye geneli için ölüm verisi yayınlamaktadır. Bölgelere göre canlı doğum ve bebek ölüm sayıları için TÜİK'in 2010 yılı ölüm istatistikleri verileri kullanılmıştır (6). TÜİK verilerinde kullanılan istatistiki bölge birimleri sınıflaması 1. düzey (NUTS 1) 12 bölge içermektedir. İllere göre canlı doğum ve bebek ölüm sayıları için TÜİK web sayfası veri tabanları kullanılmıştır (7).

Bölgeler arası bebek ölüm hızı bakımından eşitsizlikleri değerlendirmek üzere, sağlık eşitsizliklerinin ölçümünde yararlanılan ölçeklerden birisi olan Gini katsayısı kullanılmıştır. 0 ile 1 arasında değişen Gini katsayısının düşük değerleri eşitliğe doğru yüksek değerleri eşitsizliğe doğru gidişin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Gini katsayısının (G) hesaplanmasında Brown formülü kullanılmıştır (8).

n-1

$$G = \frac{1}{2} \frac{\sum_{k=0}^{n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k)}{\sum_{k=0}^{n-1} Y_k}$$

k=0

Formülde X kitle değişkeninin yığılımlı oranını, Y sağlık değişkeninin yığılımlı oranını ifade etmektedir. Bu çalışmada kitle değişkeninin yığılımlı oranı olarak "yığılımlı canlı doğum oranı", sağlık değişkeninin yığılımlı oranı olarak "yığılımlı bebek ölüm oranı" kullanılmıştır. "Canlı doğum oranı" ilgili bölgenin canlı doğum sayısı ülke genelindeki canlı doğum sayısına bölünerek, "bebek ölüm oranı" ilgili bölgenin bebek ölüm sayısı ülke genelinin bebek ölüm sayısına bölünerek elde edilmiştir. Bölgeler en yüksek BÖH'dan en düşük BÖH'ya sıralandıktan sonra, bu sıraya uygun biçimde "canlı doğum oranları" toplanarak "yığılımlı canlı doğum oranı", "bebek ölüm oranları" toplanarak "yığılımlı bebek ölüm oranı" elde edilmiştir. Böylece elde edilen "yığılımlı canlı doğum oranları" ve "yığılımlı bebek ölüm oranları" Brown formüllerindeki yerlerine konarak bölgelere göre Gini katsayısı (Gini bölge) elde edilmiştir. Söz konusu işlemler il bazında BÖH'lar dikkate alınarak yapılmış ve illere göre Gini katsayısı (Gini il) hesaplanmıştır.

Topluma atfedilen risk (TAR) toplumun sosyoekonomik düzeyinin sosyoekonomik düzeyi en iyi olan grubun düzeyine ulaştırılması durumunda söz edilen sağlık sorunun ne kadarından korunulabileceğini gösterir. TAR

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

değeri hesaplanırken toplumun genelinde o sağlık sorunun görülme hızından en üst sosyoekonomik grupta o sağlık sorunun görülme hızı çıkarılıp toplumun genelinde o sağlık sorunun görülme hızına bölünmesi ile elde edilen sonuç bir katsayı ile çarpılır (9).

Bulgular: Ülke geneli için BÖH binde 12,1 iken İstanbul'da binde 9,7, Batı Marmara'da binde 10,4, Ege'de binde 11,6, Doğu Marmara'da binde 10,0, Batı Anadolu'da binde 11,6, Akdeniz'de binde 12,2, Orta Anadolu'da binde 11,0, Batı Karadeniz'de binde 11,3, Doğu Karadeniz'de binde 10,7, Kuzeydoğu Anadolu'da binde 14,0, Ortadoğu Anadolu'da binde 14,5, Güneydoğu Anadolu'da binde 16,0'dır.

BÖH bakımından diğer bölgeler en düşük hıza sahip İstanbul ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan bölgeler Güneydoğu Anadolu bölgesi (OR:1,66 ; % 95 GA:1,57-1,75), Ortadoğu Anadolu bölgesi (OR: 1,61 ; % 95 GA:1,50-1,73), Kuzeydoğu Anadolu bölgesi (OR:1,45 ; % 95 GA:1,33-1,58), Batı Karadeniz bölgesi (OR: 1,17 ; % 95 GA:1,07-1,27), Orta Anadolu bölgesi (OR:1,14 ; % 95 GA:1,04-1,24) Akdeniz bölgesi (OR:1,26 ; % 95 GA:1,19-1,34), Batı Anadolu bölgesi (OR:1,20 ; % 95 GA:1,12-1,29), Ege bölgesidir (OR:1,20 ; % 95 GA:1,12-1,28).

BÖH'nin en yüksek olduğu il Gaziantep (binde 18,2) iken bunu Kütahya (binde 17,8), Mardin (binde 17,6), Konya (binde 17,6), Şanlıurfa (binde 17,5) ve Hakkari (binde 17,4) izlemektedir. BÖH'nin en düşük olduğu il Yalova (binde 5,9) iken bunu Kırklareli (binde 6,6), Bilecik (binde 7,5), Zonguldak (binde 7,7), Ankara (binde 8,5) ve Kırıkkale (binde 8,5) izlemektedir.

BÖH bakımından en yüksek değeri alan Gaziantep ve en düşük değeri alan Yalova karşılaştırıldığında OR: 3,15 (% 95: 1,88-5,26) sonucu elde edilmektedir.

Eşitsizliği ölçümlendirmek üzere hesaplanan Gini bölge 0,10, Gini il 0,13 bulunmuştur.

Bölgelere göre TAR % 19,83'tür. Bu sonuç Türkiye'deki bebeklerin tümü için bebek ölüm hızı İstanbul'daki bebek ölüm hızı düzeyinde olsaydı Türkiye'deki bebek ölümlerinin % 19,8'i önlenebilirdi anlamına gelmektedir. İllere göre TAR % 51,59'dur. Bu sonuç Türkiye'deki bebeklerin tümü için bebek ölüm hızı Yalova'daki bebek ölüm hızı düzeyinde olsaydı Türkiye'deki bebek ölümlerinin % 51,59'u önlenebilirdi anlamına gelmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Veriler Türkiye'de BÖH'nin azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Araştırmadan önceki 5 yıllık dönemi dikkate alarak belirlenen BÖH Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2008'de binde 17'dir. TNSA-2003 ve TNSA-1998'in öncesindeki 5 yıl için hesaplanan bebek ölüm hızları ise sırasıyla binde 29 ve 43'dür (10).

2000 yılına ait TÜİK verilerine göre ülke genelinde BÖH binde 43'dür. En yüksek BÖH binde 62 ile Kuzey Doğu Anadolu bölgesinde görülmekte ve bunu binde 52 ile Ortadoğu Karadeniz bölgesi izlemektedir. En düşük BÖH binde 35 ile Doğu Karadeniz ve Batı Anadolu bölgelerinde görülmektedir (8). 2010 yılı için TÜİK verileriyle karşılaştırıldığında bölgesel ve ulusal düzeyde BÖH düşüş görülmektedir.

12 NUTS bölgesinin yedisi ile BÖH'nin en düşük olduğu İstanbul arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanması bölgeler arası sağlık eşitsizliklerini göstermektedir. İstanbul ile karşılaştırıldığında BÖH farkının en yüksek olduğu bölgeler (Güneydoğu Anadolu bölgesi OR: 1,66, Ortadoğu Anadolu bölgesi OR: 1,61, Kuzeydoğu Anadolu bölgesi OR:1,45) eşitsizliğin Doğu Anadolu bölgeleri aleyhine yoğunlaştığını ortaya koymaktadır.

Gini ilin (0,13) Gini bölgelere (0,10) göre daha yüksek oluşu sağlık eşitsizliklerinin il düzeyinde karşılaştırma yapıldığında daha derin olduğunu ortaya koymaktadır. BÖH bakımından en yüksek değeri alan Gaziantep ve en düşük değeri alan Yalova karşılaştırıldığında elde edilen OR:3,15 değerinin BÖH bakımından en yüksek değeri alan bölge olan Güneydoğu Anadolu bölgesi İstanbul ile karşılaştırıldığında elde edilen OR:1,66 değerinin yaklaşık iki katı olması eşitsizliğin il düzeyine inildiğinde daha da derinleştiğini diğer açıdan göstermektedir. İllere göre TAR değerinin de (% 51,59) bölgelere göre TAR değerinin (% 19,83) çok üzerinde olması bu sonucu desteklemektedir. Bu durum diğer yandan bir bölgenin kendi içindeki iller arasında da olası eşitsizliklerin varlığını akla getirmekte, bölgeler arası karşılaştırmaların sağlık eşitsizliklerinin gerçek boyutunu ortaya koymada yetersiz kalabileceğini düşündürmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Farklı bölgeler ya da farklı sosyoekonomik düzeyler arasında BÖH bakımından eşitsiz sonuçları gösteren ülke örnekleri mevcuttur. BÖH bakımından bölgesel farklılıklar saptanan Hollanda’da Kuzey bölgesi referans alınarak Doğu bölgesi ile karşılaştırıldığında en yüksek farka rastlanmaktadır (OR: 1,20 ; % 95 GA:1,12-1,28) (11). İran’da sosyoekonomik gruplar arasında yapılan BÖH karşılaştırılmasında, en düşük ve en yüksek gruplar karşılaştırıldığında en yüksek farka rastlanmaktadır (OR: 2,34 ; % 95 GA:1,78-3,09) (12).

Çalışma sonuçları, 2000 yılı TÜİK verileri kullanılarak illere ve bölgelere göre Gini katsayısının hesaplandığı Özdemir’in çalışmasında elde ettiği verilerle karşılaştırıldığında 2000’den 2010’a dek Gini bölgenin 0,07’den 0,10’a çıktığı, Gini ilin ise 0,11’den 0,13’e çıktığı gözlenmektedir. Bu karşılaştırma BÖH bakımından bölgeler ve iller arası eşitsizliklerin güçlenerek varlığını koruduğunu göstermektedir.

Konsantrasyon indeksi sağlık değişkenlerinin farklı sosyoekonomik gruplara göre değişimini inceleyen bir eşitsizlik ölçütüdür. Eşitsizlik arttıkça -1 ya da +1’e yaklaşan değerler alabilmekte, hiç eşitsizlik yoksa 0 değerini almaktadır. Örneğin sosyoekonomik düzey arttıkça azalan bebek ölüm hızları için negatif değerli, sosyoekonomik düzey arttıkça artan bağışıklama oranları için pozitif değerli konsantrasyon indeksleri elde edilmektedir. Sosyoekonomik düzeye göre BÖH için konsantrasyon indekslerinin hesaplandığı bir çalışmada Brezilya için -0,28, Nepal için -0,11, Nikaragua için -0,15, Filipinler için -0,09, Güney Afrika için -0,12, Vietnam için -0,01 değerleri bulunmuştur (13). İran’da sosyoekonomik gruplar arasında yapılan BÖH karşılaştırılmasında, konsantrasyon indeksi -0,18 bulunmuştur (12).

Bu çalışmada BÖH ile ilgili sadece bölge ve iller arası farklılıklar değerlendirilmiştir. Daha ileri çalışmalar için BÖH ile ilişkili olabilecek anne eğitim düzeyi, hane halkı gelir düzeyi, sağlık hizmetlerine erişim vb. gibi diğer etmenlerin bölgesel farklılıklar ile birlikte incelenmesi ve bölgesel farklılıkların hangi etmenler üzerinden etkisini gösterdiğini ortaya çıkarılmasının amaçlanması önerilebilir.

İllere göre % 51,59 olarak saptanan TAR değeri ülkedeki bebek ölümlerinin yarıdan fazlasının önlenilebilir nedenlerden kaynaklandığını düşündürmektedir. BÖH zaman içerisinde azalma eğiliminde olmasına karşın coğrafi eşitsizliklerin varlığını sürdürmeye devam etmesi, ana ve çocuk sağlığını ilgilendiren politikalar geliştirilirken dikkate alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: “bebek ölüm hızı”, “sağlık eşitsizlikleri”, “Gini katsayısı”.

Kaynaklar:

1. UNICEF 2011. Levels and trends in child mortality.Report 2011-Estimates developed by the UN Inter Agency Group for Child Mortality Estimation.
2. Alexander Warren Hertel-Fernandez, Alejandro Esteban Giustib, Juan Manuel Sotelob. The Chilean infant mortality decline: improvement for whom? Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990–2005. Bulletin of the World Health Organization 2007;85:798–804.
3. Katarina Rosicova , Andrea Madarasova Geckova, itse P. van Dijk, Jana Kollarova, Martin Rosic, Johan W. Groothoff. Regional socioeconomic indicators and ethnicity as predictors of regional infant mortality rate in Slovakia Int J Public Health (2011) 56:523–531
4. Maria Pia Fantini , Elisa Stivanello, Laura Dallolio, Marzia Loghi,Elena Savoia. European Journal of Public Health , V ol. 16, No. 4, 429–432 Persistent geographical disparities in infant mortality rates in Italy (1999–2001): comparison with France, England, Germany, and Portugal
5. KJoseph, Ling Huang, Susie Dzakpasu, Catherine McCourt. Regional disparities in infant mortality in Canada: a reversal of egalitarian trends BMC Public Health 2009, 9:4
6. TÜİK Ölüm İstatistikleri 2010 Haber Bülteni Sayı: 13132. 17.05.2012
7. www.tuik.gov.tr
8. Pınar Özdemir Erdem Arabulut. İl ve Bölgelere Göre Bebek Ölüm Hızlarındaki Değişkenliğin Gini Eşitsizlik Ölçüsü ile İncelenmesi: Sağlık Alanındaki Eşitsizliklerin Değerlendirmesi Turkiye Klinikleri J. Biostat 2009;1(2):45- 53
9. World Bank Activities Quantitative Techniques For Health Equity Analysis: Tecnicai Notes. 2005.
10. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü.

11. Miranda Tromp, Martine Eskes, Johannes B Reitsma, Jan Jaap HM Erwich, Hens AA Brouwers, Greta C Rijninks-van Driel, Gouke J Bonsel, Anita CJ Ravelli. Regional perinatal mortality differences in the Netherlands; care is the question. BMC Public Health 2009, 9:102

12. Hosseinpoor AR, Mohammad K, Majdzadeh R, Naghavi M, Abolhassani F, Sousa A, Speybroeck N, Jamshidi HR, Vega J. Socioeconomic inequality in infant mortality in Iran and across its provinces. Bull World Health Organ. 2005 Nov;83(11):837-44.

13. Adam Wastaff. Socioeconomics inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries Bull World Health Organ., 2000, 78 (1).

855

AKUT VE ACİL DURUMLAR OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMALARININ OMAHA SİSTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Aysun Ardıç, Melek Nihal Esin, Semra Erdoğan

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Giriş: İnsan yaşamı içinde okul çağı sağlık açısından özel bir dönemdir. Türkiye İstatistik Kurumu 2010 verilerine göre ülke nüfusunun (73.722.988) %34.25'i (25.244.953) okul yaş grubunda yer almaktadır (TUİK, 2012). Bu dönemde çocuklar fiziksel ve duygusal açıdan sürekli bir büyüme ve gelişme içindedirler ve öğrenme yolu ile hayata hazırlanmaktadır. Sağlıklı öğrenebilmeleri için ise bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olmaları gerekmektedir. Bu bağlamda başta hemşire ve hekim olmak üzere okul sağlık ekibi tarafından verilen okul sağlık hizmetleri oldukça önem kazanmaktadır (Pekcan, 2010).

Okul sağlığı hizmetleri; öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının tanınması, geliştirilmesi, sağlığı geliştiren programların düzenlenmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, engelli ve kronik hastalığı olan çocukların sağlık bakımının yönetilmesi, ani yaralanma ve hastalanma durumunda ilkyardım hizmetlerinin uygulanması ve okul çevre sağlığını geliştirilmesi kapsamında öğrencilerin, okul personelinin, ailelerin ve dolayısıyla toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlayan tüm çalışmaları kapsamaktadır (Özcebe, 2010).

Amerikan Okul Sağlığı Birliği (American School Health Association: ASHA) okul sağlık ekibinin en temel üyesi olan okul hemşiresini öğrencilerin yaşam kalitelerini, akademik başarılarını ve yaşam boyu başarılı olmalarını sağlamak amacıyla çalışan profesyonel hemşireliğin uygulandığı özel bir alan olarak tanımlamaktadır. Bu amaçla, okul hemşireleri öğrencilerin sağlık ve güvenliğini geliştirmek; mevcut ve olası sağlık problemlerine yönelik girişimlerde bulunmak; vaka yönetimi hizmetlerini yürütmek ve öğrencinin öz yeterlilik, öz güven ve öğrenim adaptasyonu sağlamak için aile ile işbirliği içinde çalışır (ASHA, 2012). Okul toplumunun genel sağlık düzeylerinin, sağlık sorunlarının belirlenmesi ve uygun hemşirelik girişimleri ile sağlığın korunması ve geliştirilmesi, okul hemşireliği çalışmaları için temel oluşturmaktadır. Konuyla ilgili ulusal ve uluslar arası araştırmalar incelendiğinde; okul sağlığı hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi süreçlerinin dokümantasyonuna olanak sağlayan sistemlerin kullanılmasına gereksinim olduğu görülmektedir (Henry ve ark., 1998; Barton ve ark., 2003; Hendrix, 2009).

Omaha Sistemi sağlıklı/hasta birey problemlerinin tanınması, girişimlerin belirlenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla hemşirelik ve diğer sağlık disiplinleri tarafından kullanılan gelişmiş bir sınıflama sistemidir. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi (PSL), Girişim Şeması (GŞ) ve Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ) olmak üzere üç ana bileşenden oluşmaktadır. Problem Sınıflama Listesi (PSL); 42 tanı ve her tanıya ait belirti ve bulguları dört alanda (Çevresel, Psikososyal, Fizyolojik ve Sağlık Davranışları Alanı) sınıflandırmaktadır. Girişim Şeması uygulayıcıların aktivitelerini ve girişimlerini sınıflama, analiz ve kayıt etme fırsatı sağlayarak, tanılanan problem ile bakımın sonuçları arasında bir köprü oluşturur. Bir girişim; kategori, hedef ve bireye özel girişimin yer aldığı üç aşamadan oluşur. Girişim Şemasında Eğitim Rehberlik ve Danışmanlık (ERD), Tedavi İşlem (Tİ), Sürveyans (SV) ve Vaka Yöneti (VY) olmak üzere dört kategori, 75 hedef ve her hedefin

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

altında ona ait girişimler yer almaktadır. Problem Değerlendirme Ölçeği ise problemin düzeyini ve bakımın sonuçlarını değerlendiren bir ölçme aracıdır. Beş maddeli likert tipi bir ölçektir. Her problem “Bilgi”, “Davranış” ve “Durum” boyutları ile 1’den 5’e kadar bir puan ile değerlendirilir. Bilgi alt ölçeğinin amacı, ilişkili problem ile ilgili bireyin ne bildiğini, ne kadar anladığını belirlemek, Davranış alt ölçeğinin amacı, bireyin uygulamaları ve becerilerini değerlendirmek, Durum alt ölçeğinin amacı ise, bireyin durumunu ya da gelişimini belirlemektir (Martin & Scheet, 1992; Martin, 2005). Sistem Türkçe (Erdoğan ve Esin, 2006) dahil bir çok dile çevrilmiştir.

Omaha Sistemi, başta toplum sağlığı (Monsen ve ark., 2010; Monsen ve ark., 2011a) alanlarında olmak üzere, evde bakım hizmetlerinde (Cohen ve ark., 2000; Monsen ve ark., 2011b), klinik uygulamalarda (Naylor, Bowles ve Brooten, 2000; Bowles, 2000; Sloan & Delahoussaye, 2003), öğrenci uygulamalarında (Merrill ve ark., 1998; Elfrink ve Davis, 2004; Erdoğan ve Esin, 2006) ve okul sağlığı hizmetleri (Lee ve Park, 2009; Gür ve ark., 2008) gibi pek çok alanda kullanılmaktadır. Omaha Sistemi kullanılarak yapılan okul sağlığı çalışmaları incelendiğinde, uluslar arası (Lee ve Park, 2009) ve ulusal (Gür ve ark., 2008) literatürde birer çalışma bulunmuştur. Lee ve Park (2009) tarafında yayınlanan çalışma Kore dilinde yazıldığı için incelenememiştir.

Gür ve arkadaşları tarafından (2008) gerçekleştirilen çalışmada ise OS’nin sadece PSL bileşeni kullanılmıştır. Araştırmaya toplam 1247 öğrenci dahil edilmiş ve 9360 problem saptanmıştır. En fazla Fizyolojik (n= 6179), daha sonra sırası ile Sağlık Davranışları(n= 2443), Psikososyal (n=388) ve Çevresel (n=350) alana ait problemler tespit edilmiştir. Öğrencilerin PSL’ne göre en yaygın görülen problemleri ise Deri (n= 2903), Ağrı (n=1289), Kişisel Hijyen (n=1243), Ağız Sağlığı (n=706), Fiziksel Aktivite (n=627), Dolaşım (n=304), Beslenme (n=277), Görme (n=231), Solunum (n=230), Sindirim- Hidrasyon (n=201) ve Gelir (n=191) olarak kaydedilmiştir.

Amaç: Bu çalışma, akut ve acil durumlarda gerçekleştirilen okul sağlığı hemşireliği uygulamalarını OS kullanarak değerlendirmek amacıyla retrospektif tanımlayıcı araştırma tipinde planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Nisan 2008-Mayıs 2010 tarihleri arasında İstanbul’da bir ilköğretim okulunda Çarşamba ve Perşembe günleri Halk Sağlığı Hemşireliği dersi uygulaması kapsamında stajyer hemşirelik öğrencileri ve araştırmacılar tarafından sağlık birimi defterine kayıt edilen 214 akut/acil vaka OS’ne göre retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın çalışma izni, 2007-2010 yılları arasında her yıl tekrarlanarak, İl Millî Eğitim Müdürlüğü ve İl Sağlık Müdürlüğü ve çalışmanın yapıldığı okul müdürü tarafından onaylanmıştır. Okulun nüfusu toplam 850 öğrenci, 34 öğretmen ve dört personel olmak üzere 888 kişiden oluşmaktadır. Okulda Mart-2008- Haziran-2010 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve öğrencileri tarafından Halk Sağlığı Hemşireliği dersi uygulaması kapsamında akut ve acil durumlarda ilk yardım ve müdahaleler, sağlığı tanılama ve sağlık taramaları yapma, özel sağlık durumu olan öğrencilere vaka yönetimi yapma, ulusal bağışıklama çalışmalarına destek olma, sağlık eğitimleri ve tüm sağlığı geliştirme uygulamalarını da kapsayan okul sağlığı çalışmaları yürütülmüştür. Bu çalışmalar sırasında bir sağlık birimi oluşturulmuş ve sağlık kayıt defteri tutulmuştur. Sağlık birimi defteri araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olup, “ad-soyad”, “yaş”, “cinsiyet”, “sınıf numarası”, “tarih”, “başvurma nedeni/şikayetler”, “hemşirelik girişimleri”, “değerlendirme”, “kayıt eden kişinin ismi” bölümlerini içermektedir. Sağlık birimine başvuran öğrenci, öğretmen ve okul çalışanlarının şikayetlerine göre belirlenen hemşirelik tanıları ve girişimleri, araştırmacılarından biri tarafından OS’ndeki karşılığı bulunarak Nightingale Notes by Champ Software (NN) programına kodlanmıştır. Nightingale Notes; OS kod ve kavramlarını içeren, web tabanlı bir elektronik sağlık kayıt programıdır (Champ, 2012). Programa kodlanan hemşirelik tanı ve girişimleri, Excel dosyası olarak veri tabanı halinde raporlandırılabilir. Daha sonra bu Excel veri tabanı SPSS 11,5 istatistik programına kopyalanarak değişkenlerin sayı ve yüzdelik dağılımları incelenerek değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya toplam 174 öğrenci, öğretmen ve diğer okul personeli katılmıştır. Bireylerin %65,5’i (n=114), kız %34,5’i (n=60) erkek ve yaş ortalaması 10,98±4,29 dur. Sağlık birimi defterine kaydedilen toplam 217 vakanın OS göre değerlendirilmesi sonucunda toplam 250 problem tanılanmıştır. Problemlerin %98’i Fizyolojik, %0,08’i Çevresel ve Sağlık Davranışları ve %0,04’ü Psikososyal alanda yer almıştır. Problem Sınıflama Listesi’ne göre en sık görülen 10 problem sırasıyla %33,2 (n=83) Deri, %22,8 (n=57) Ağrı, %14 (n=35) Dolaşım, %5,6 (n=14) Sindirim ve hidrasyon, %9,6 (n=24) Sinir kas ve iskelet fonksiyonu, %4,4 (n=11) Bulaşıcı/enfeksiyon durumu, %2 (n=5) Bağırsak fonksiyonu, %1,6 (n=4), Ağız sağlığı, %1,6 (n=4) Solunum ve %1,2 (n=3) Görme’dir. Tanılanmış problemlere yönelik olarak 342 hedef ve bu hedeflere bağlı toplam 578 hemşirelik girişimi NN sistemine kaydedilmiştir. Girişimlerin %44,6’sı SV, %37’si Tİ, %10,2’si VY ve %8,1’i ERD kategorisinde yer almaktadır. Ayrıca en sık tanılanan beş hedef ise sırasıyla %33 Belirti/bulgular-fiziksel, %14,6 Yara

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bakımı/pansuman değişimi, %14,3 Tıbbi/diş bakımı, %12,6 Fiziksel tedavi bakımı ve %4,7 Dayanıklı tıbbi araçlardır.

Tartışma: Bu çalışma ile Nisan 2008-Mayıs 2010 tarihleri arasında İstanbul'da bir ilköğretim okulunda sağlık birimine başvuran vakaların OS'ne göre retrospektif olarak değerlendirilmesi kapsamında kullanılan OS PSL ve GŞ bileşenlerinin, okul sağlığına yönelik kaydedilen problemleri ve girişimleri büyük ölçüde karşıladığı görülmüştür. Ancak araştırmacıların ve stajyer öğrencilerin sık karşılaştığı yüzeysel kanamalar, burun kanaması problemleri PSL bileşeni içinde tam karşılığı bulunamamakta birlikte çoğunlukla Deri ve Dolaşım problemleri olarak tanılanmıştır. Gür ve arkadaşlarının çalışmasında da aynı sorunların yaşandığı belirtilmektedir (Gür ve ark., 2008).

Yine Gür ve arkadaşlarının çalışması ile benzer olarak, en sık tespit edilen ilk iki problem "Deri" ve "Ağrı" olduğu ve tanılanan problemlerin çok büyük oranda "Fizyolojik alan"a ait olduğu görülmektedir (Gür ve ark., 2008).

Çalışma sonuçları ile paralel olarak okul yaralanmaları, okul sağlık personelinin en sık karşılaştığı ve en çok üzerinde durduğu problem olarak literatürde de yer almaktadır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) 2011 verilerine göre çocukların okulda şiddete uğrama (%32,8) ve kaza (%21,5) oranı oldukça yüksektir. Nader ve Brink'in çalışmasında öğrencilerinin %80'nin yaralanma şikayeti ile okul hemşiresine başvurduğunu belirtilmiştir (Nader & Brink 1981). Türkiye'de de Gür ve Yıldız'ın İstanbul'daki ilköğretim okullarında yaptığı diğer bir çalışmada ise, 3302 okul kazasına bağlı yaralanma tespit edilirken, bu yaralanmaların %48'inin ekstremitelerde meydana gelen sıyrık, kesik, morluk ve kanama ile karakterize daha çok deriye ait problemler olduğu ifade edilmiştir (Gür & Yıldız, 2007). Almanya'da 749 öğrenci ile yapılan bir diğer çalışmada ise öğrencilerin %83'ünün ağrı yaşadıkları tespit edilmiştir (Roth-Isigkeit ve ark., 2005). Ayrıca en sık tanılanan diğer sekiz problemin de Gür ve arkadaşlarının araştırmasıyla oldukça benzer olduğu görülmüştür (Gür ve ark., 2008).

Bu araştırmanın en önemli sınırlılığı ise retrospektif bir çalışma olması nedeniyle PDÖ kullanılamamasıdır. Problem Değerlendirme Ölçeği, bireylerin girişim öncesi ve sonrası bilgisini, davranışını ve durumunu değerlendirdiği için uygulayıcının yaptığı girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi bakımından oldukça önemlidir.

Sonuç ve Öneriler: Sonuç olarak, OS'nin okul sağlığı alanında kullanıma uygun olduğu görülmüş olup bu alanda belirlenen problemlere yönelik okul sağlığı programlarının geliştirilmesine de olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca OS'nin üç bileşeninin bir arada (PSL-PDÖ-GŞ) uygulandığı yeni çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar:

Barton, A.J., Gilbert, L., Erickson, V., Baramée, J., Sowers, D. & Robertson, K.J. (2003). A Guide to Assist Nurse Practitioners With Standardized Nursing Language. *Computers, Informatics, Nursing (CIN)*, 21(3): 128-133.

Cohen, J., Saylor, C., Holzemer, W.L. & Gorenberg, B. (2000). Linking Nursing Care Interventions with Client Outcomes: A Community- Based Application of an Outcomes Model. *J Nurs Care Qual*, 15(1): 22-31.

Elfrink, V.L.& Davis, L.S. (2004). Using Omaha System Data to Improve the Clinical Education Experiences of Nursing Students: The University of Cincinnati Project. *Home Health Care Management Practice*, 16: 185 DOI: 10.1177/1084822303260933.

Erdogan S, Esin NM. (2006). The Turkish version of the Omaha System: Its use in practice-based family nursing education. *Nurse Education Today*; 26(5): 396-402.

Gür, K., Yıldız, A. (2007). Epidemiology of Unintentional Injuries in The Elementary Schools of İstanbul. *Journal of Public Health*. 5, 2, 49-57.

Gür K, Ergun A, Yıldız A, Kadioglu H, Erol S, Kolac N, Yurt S, Adana F. (2008). Bir İlköğretim Okulunda Omaha Problem Sınıflandırma Listesine Göre Öğrencilerin Sağlık Problemleri. *Hemsirelikte Araştırma Gelistirme Dergisi*: 1-14.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Hendrix, S.E. (2000). An Experience With Implementation of NIC and NOC in a Clinical Information System. *Computers, Informatics, Nursing (CIN)*.
- Henry, S.B., Warren, J.J., Lange, L. & Button, P. (1998). A Review of Major Nursing Vocabularies and the Extent to Which They Have the Characteristics Required for Implementation in Computer-based Systems. *Journal of American Medical Informatics Association, 5(4)*. 321-328.
- Lee J-H, Park H-A. (2009). Development of a nursing decision support system for health problems of elementary and secondary school students. *Journal of Korean Society of Medical Informatics, 15(1)*, 71-82. (Korean).
- Martin KS. (2005). *The Omaha System: A key to practice, documentation, and information Management*. Reprinted 2nd Ed. Omaha, NE: Health Connections Press.
- Martin KS, Scheet NJ. (1992). *The Omaha System: A Pocket Guide for Community Health Nursing*. Saunders, Philadelphia.
- Merrill, A. S., Hiebert, V., Moran, M., Weatherby, F. (1998). Curriculum Restructuring Using the Practice-Based Omaha System. *Nurse Educator, 23(3)*: 41-44.
- Monsen, K.A., Fulkerson, J.A., Lytton, A.B., Taft, L.L., Schwichtenberg, L.D. & Martin, K.S. (2010). Comparing Maternal Child Health Problems and Outcomes Across Public Health Nursing Agencies. *Matern Child Health J, 14*:412–421.
- Monsen, K.A., Foster, D.J., Gomez, T., Poulsen, J.K. & Mast, J. (2011b) Evidence-based Standardized Care Plans for Use Internationally to Improve Home Care Practice and Population Health. *Applied Clinical Informatics, 3*:373-384.
- Monsen, K.A., Sanders, A, Yu, F., Yu, D. Radosevich, D. & Geppert, J. (2011a). Family home visiting outcomes for mothers with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 55(5)*: 484-499.
- Nader, P.R., Brink, S.G. (1981) Does visiting the school health room teach appropriate or inappropriate use of health services? *American Journal of Public Health, 71* , 416-419.
- Naylor, M.D., Bowles, K.H. & Brooten, D. (2000). Patient Problems and Advanced Practice Nurse Interventions During Transitional Care. *Public Health Nursing, 17(2)*: 94-102.
- Özcebe, H. (2010). Okul Sağlığı ve Tanımlar. I. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Bildiri Kitapçığı.
- Pekcan, H. (2010). Çağdaş Okul Sağlığı. I. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Bildiri Kitapçığı.
- Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stöven, H., Schwarzenberger, J., Schmucker, P. (2005). Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics. 115*,152-162.
- Sloan, H.L., Delahoussaye, C.P. (2003). Clinical Application of the Omaha System With the Nightingale Tracker® A Community Health Nursing Student Home Visit Program, *Nurse Educator. 28, (1)*: 15-17.
- American School Health Association (ASHA). www.ashaweb.org Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2012.
- Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).<http://www.cdc.gov/healthyyouth/adolescenthealth/index.htm> Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2012.
- Nightingale Notes by Champ Software. <https://www.nightingalenotes.com/auth#tab2> Erişim Tarihi: Mart-Haziran 2012.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). <http://www.tuik.gov.tr> Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2012.

948

ÇOCUKLAR ve GENÇLER İÇİN GELİŞTİRİLMİŞ GENEL AMAÇLI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KIDSCREEN'İN TÜRK DİLİNE UYARLANMASI VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

Hakan Baydur¹, Erhan Eser², Dilek Ergin¹, Gül Gerçeklioğlu¹

¹Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Manisa

²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Manisa

Amaç: Bu çalışmanın amacı çocuklar ve gençler için geliştirilmiş genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeği KIDSCREEN'in Türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin sınanmasıdır.

Yöntem: Araştırma Manisa kent merkezinde yer alan 3 ilköğretim okulu ve 3 lisede olmak üzere toplamda 6 okulda yürütülmüş metodolojik bir çalışmadır. Araştırmanın örnek büyüklüğü madde sayısının yaklaşık 5 ila 10 katı olacak şekilde planlanmıştır. Bu koşullarda 52 maddelik bir ölçek için en küçük örnek büyüklüğü 260 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya 8 ila 18 yaş aralığında biri kırsal, biri kentsel ve biri yarı kentsel olmak üzere ilköğretim ve orta öğretim okullarında okuyan toplam 667 çocuk ve onların ebeveynleri dahil edilmiştir. Araştırmada her bir yaş diliminden katılımın sağlanabilmesi için her bir okulun içerisindeki sınıf dereceleri dikkate alınarak birer şube çalışma içerisine alınmıştır. Böylece tüm yaş gruplarından örneğin araştırma içerisinden yer alması sağlanmıştır. Araştırmada 40 öğrenciye ve onların ebeveynlerine tekrar test uygulaması yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm çocuğun/gencin genel sosyodemografik özelliklerini sorgulamaktadır. İkinci bölümde Türk diline uyarlanmış KIDSCREEN-52 genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeği bulunmaktadır. Bu ölçeğin hem çocuğun/gencin hem de ebeveynin yanıtlayacağı türden olmak üzere iki farklı sürümü vardır. Bu iki sürüm benzer yapıları, benzer sorular ile sorgulamaktadır. Üçüncü bölümde Türk diline daha önceden uyarlanmış KINDL genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeği yer almaktadır. Bu ölçeğin de hem çocuk/ergen hem de ebeveyn sürümü bulunmaktadır. Çocuklara/gençlere ve onların ebeveynlerine ayrı ayrı olmak üzere hazırlanmış olan bu anket seti uygulanmıştır.

KIDSCREEN toplamda 52 sorudan oluşan 8-18 yaş arası çocuklar ve gençler için geliştirilmiş, genel amaçlı bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçek Avrupa Birliğinin beşinci çerçeve programına desteklenmiş çok merkezli bir proje içerisinde geliştirilmiştir. Ölçeğin farklı dillere çevrilmiş 27 sürümü bulunmaktadır. Öz bildirim dayalı olarak yanıtlanma olanağı olmayan çocuk ve gençlerin yerine onların ebeveyn veya bakımını üstlenen kişilerle doldurulabilecek sürümü bulunmaktadır. Ölçeğin bu nedenle hem öz bildirim, hem de vekil (proxy, ebeveyn) sürümleri bulunmaktadır. Ölçek 52 soruluk yapısıyla toplamda çocukların/gençlerin 10 ayrı boyutta yaşam kalitesini sorgulamaktadır. Bu boyutlar sırasıyla bedensel iyilik, ruhsal iyilik, ruh hali ve duygular, kendini algılama, özerklik, ebeveynle ilişkiler ve ev yaşamı, parasal kaynaklar, sosyal destek ve akranlar, okul çevresi, sosyal kabul ve zorbalık'tır. Ölçeğin her bir boyut için puan hesaplaması KIDSCREEN geliştirme merkezinin çok ülkeli (merkezli) uygulamasından elde edilen birey-madde temelli RASCH analizinden elde edilen değerler kullanılarak yapılmaktadır. KIDSCREEN-52'nin 10 ayrı boyutu, KIDSCREEN-27'nin (kısa form) 5 ayrı boyutu ve KIDSCREEN-10'un bir toplam puanı için hesaplama yapılabilmektedir. KIDSCREEN-52 ve kısa formunun toplam bir puanı bulunmamaktadır. Puan hesaplaması öz bildirim ve ebeveyn için ayrı ayrı yapılmaktadır.

KIDSCREEN yaşam kalitesi ölçeğinin hızlı değerlendirme ve izlem çalışmalarında kısa ve/veya indeks formunun uygun olduğu, özellikle halk sağlığı alanında yaygın bir şekilde hızlı değerlendirme aracı olarak kullanılabileceği bildirilmektedir.

KIDSCREEN ölçeğinin uyarlama ve psikometrik çözümlenme çalışmasında ölçeğin proje merkezinden önceden izin alınmıştır. Ayrıca çalışma için etik kurul onayı ve kurum onayları alınarak çalışma yürütülmüştür.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

KIDSCREEN ölçeğinin Türk diline uyarlanması aşaması, sonradan bir ölçeğin uyarlanmasında standart olarak kullanılan yöntemler dikkate alınarak ve ölçeği geliştiren merkezin uygulama rehberi esas alınarak yapılmıştır. Bu uyarlama aşaması sırasıyla: 1) iki farklı çevirmen tarafından ölçeğin orijinal dili olan İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmesi, 2) Çeviride sorunlu maddeler üzerinde uzlaşma, 3) Uzlaşılan bir çeviri sürümünün oluşturulması, 4) Üzerinde uzlaşılan çevirinin ana dili İngilizce olan bir kişi tarafından geri çevirisinin (İngilizce'ye geri çevirisinin) yapılması, 5) İleri ve geri çevirinin gözden geçirilmesi, 6) Türkçe'ye çevrilip gözden geçirilen ölçeğin son sürüm olarak kabulü, 7) Uluslararası düzeyde ölçeğin yapısal eş değerliğinin değerlendirilmesi, gerekiyor ise karşılıklı görüşme ile sorunlu maddelerin üzerinde uzlaşma, 8) Ön Test (bilişsel sorgulama), 9) Ölçeğin son halinin oluşturulması.

KIDSCREEN-52 yaşam kalitesi ölçeğinin son biçimi oluştuktan sonra geçerlilik ve güvenilirlik yönünden uygulanması gerçekleştirilmiştir. Bunun için önceden belirlenen sayıda ve uygun yaş(8-18 yaş arası) ve cinsiyet grubunda çocuğa/gençe ve onların ebeveynlerine ölçek yanıtlamaları için dağıtılmıştır. Uygun bir zaman diliminde yanıtlamaları sağlanan ölçek toplanarak veriler SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığıyla işlenmiştir. İşlenen veriler sonuçta psikometrik özellikler yönünden sınımlanmıştır.

Ölçeğin psikometrik özellikleri üç ayrı ölçek türünün öz bildirim ve vekil sürümleri için ayrı ayrı olmak üzere incelenmiştir. Ölçek psikometrik özellikleri geçerlilik ve güvenilirlik sınavı olmak üzere iki şekilde yürütülmüştür. Geçerlilik ve güvenilirlikte doğrulayıcı yaklaşım uygulanmıştır. Geçerlilik sınavında yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi, madde-toplam korelasyonları incelenmiş, ayırt edici geçerlilik için t-testi sınavı yapılmıştır. Ayrıca eş zamanlı olarak uygulanan KINDL yaşam kalitesi ölçeği ile karşılaştırmalı olarak birliktelikleri ve ayrılan noktaları incelenmiştir. Güvenirlik çözümlemesinde iç tutarlılık katsayıları incelenmiş, madde silindiğinde iç tutarlılık katsayısı ve örtüşmeye göre düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları değerlendirilmiştir. Ayrıca test-tekrar test uygulamasının tutarlılığı değerlendirilmiştir.

Ölçeğin analizinde SPSS 15.0, Lisrel 8.54 ve MAP istatistik paket programları kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya toplam 662 çocuk ve genç, 552 ebeveyn katılmıştır. Katılan çocukların %49.4'ü erkek, yaş ortalaması 13.1±2.4'tür. Katılımcılar ilköğretim 3 ile orta öğretim 12. sınıflar arasından tüm şubeleri kapsayacak şekilde seçilmiştir. Katılımcıların %54.2'sinin annesi, %44.9'unun babası ilköğretim mezunudur. Katılımcıların %11.9'u (n=78) önemli ve sürekli devam eden bir hastalığı olduğunu, %2.4'ü (n=16) doğuştan ya da sonradan olan bir özrünün olduğunu bildirmiştir. %26.7'si ise son bir ay içerisinde hastalığı nedeniyle bir doktora başvurduğunu belirtmiştir.

Araştırmada 52 soruluk öz bildirim formunun yapı geçerliliği için uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre Yaklaşıklık Hataları Ortalamasının Karesi (RMSEA, root mean square error of approximation) 0.06 ile kabul edilebilir sınırlarda değer aldığı görülmüştür. Model uyumunu gösteren bir başka gösterge olarak ki-kare/serbestlik derecesi 2.85 bulunmuştur. Bu değer 2 ile 3 arasında olması kabul edilebilir uyumun bir göstergesidir. Bir başka gösterge olarak Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI, comparative fit index) 0.97 ile model uyumunun iyi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Standartlaştırılmış RMR değeri 0.06 ile iyi, kritik N değeri 207 ile örnek büyüklüğünün yeterli olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin 52 soruluk ebeveyn (vekil, proxy) sürümünden elde edilen doğrulayıcı faktör analizi değerleri RMSEA: 0.06, ki-kare/sd:2.35, CFI: 0.95, Stand.RMR: 0.07, Kritik N: 172 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin 27 soruluk 5 boyutlu kısa formu ve 10 soruluk tek boyutlu indeks sürümleri için doğrulayıcı faktör analizi özet uyum ölçütleri, öz bildirim ve ebeveyn sürümleri için sırasıyla şöyledir:

KIDSCREEN-27- Özbildirim sürümü: RMSEA: 0.07, CFI: 0.96. Ebeveyn sürümü: RMSEA: 0.08, CFI: 0.94.

KIDSCREEN-10- Özbildirim sürümü: RMSEA: 0.10, CFI: 0.96. Ebeveyn sürümü: RMSEA: 0.13, CFI: 0.87.

Ayırt ediciliğini sınamada son bir ay içerisinde sorun yaşama ve son bir ay içerisinde sağlık sorunu nedeniyle doktora başvuru ile ölçeğin boyutları arasındaki ilişki t-testi ile incelenmiştir. 52 soruluk öz bildirim ölçeği sosyal destek ve akran boyutu, ebeveyn sürümü özerklik ve sosyal kabul-zorbalık boyutu dışında tüm boyutlarda sağlık sorunu yaşama ile anlamlı düzeyde ilişkidir (p<0.05).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ölçek güvenilirliğinde iç tutarlılık katsayısı (cronbach alfa) 52 soruluk öz bildirim ölçeğinde boyutlarda 0.69 ile 0.90 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplamı için cronbach alfa katsayısı 0.95'tir. Ebeveyn sürümünde boyutlarda cronbach alfa dağılımı 0.68 ile 0.92 arasında, toplamda ise 0.94 olarak bulunmuştur.

KIDSCREEN-27 kısa formununun öz bildirim sürümünde iç tutarlılık katsayısı dağılımı boyutlarda 0.78 ile 0.84 arasında, toplamda 0.93 olarak bulunmuştur. Ebeveyn sürümünde ise boyutlarda 0.77-0.81 arasında iç tutarlılık katsayısı elde edilirken, toplamdaki alfa değeri 0.91'dir. Tek boyutlu indeks formu olan KIDSCREEN-10'un iç tutarlılık katsayısı 0.82'dir.

Güvenirlilik sınavasında ölçek boyutlarının test-retest değerlendirmesi sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC, intraclass correlation coefficient) ile yapılmıştır. Ölçek boyutlarının tüm sürümlerde ICC değeri 0.67 ile 0.95 aralığında dağıldığı belirlenmiştir. Ölçeğin tekrarlayan ölçümlerinde yüksek düzeyde tutarlı ölçüm yaptığı görülmektedir.

Benzer ölçek sınavasında Kindl yaşam kalitesi ölçeği ile korelasyon katsayısı incelenmiştir. Ölçeğin benzer alanları sorgulayan boyutları arasında orta ve yüksek düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: KIDSCREEN yaşam kalitesi ölçeği öz bildirim ve ebeveyn sürümlerinin üç ayrı formunun yapı ve ayırt edici özelliklerinin uygun olduğu, tutarlı ve kararlı ölçüm yaptığı belirlenmiştir. KIDSCREEN çocuklar ve gençler için geliştirilmiş genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe sürümü, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

Anahtar kelimeler: yaşam kalitesi, çocuk, genç, psikometrik özellikler

8- Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı

342

SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELLERİ İLE YAPILAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN KADINLARIN MEME VE SERVİKS KANSERİNE YÖNELİK ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Fatma Ersin, Zuhul Bahar

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Giriş: Meme ve serviks kanseri erken tanındığında bireyin yaşam süresi uzamakta ve hayatta kalma şansı artmaktadır. Bu açıdan her iki kanserin erken tanı çalışmaları oldukça önemlidir. Bu kanserler için kullanılan yöntemler oldukça basit, uygulanması kolay ve ekonomik yöntemlerdir. Bu nedenle kadınların erken tanı davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bu faktörlere yönelik modeller ile desteklenmiş hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulamaya geçirilmesi kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır (Anderson ve ark., 2006; Gürsoy, 2008).

Amaç: Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak planlanan hemşirelik girişimleri ile kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını geliştirmektir (Kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi, mamografi ve pap smear testi).

Yöntem: Çalışma yarı deneysel tipte bir çalışmadır. İzmir Narlıdere Bölgesi'nde yer alan 11 mahallede, 2009-2012 yılları arasında yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini Narlıdere Bölgesi'nde yaşayan 10369 kadın oluşturmuş olup, katılmayı kabul eden 50 deney ve 50 kontrol grubu olmak üzere 100 kadın çalışmaya alınmıştır. Katılımcılar birbirlerinden etkilenmeyecekleri bölgelerden, birbirine benzer özellikler taşıyan kadınlardan seçilmiştir. Bu çalışmada deney ve kontrol grubuna atanan kadınlar arasında bazı sosyo-demografik özellikler açısından farklılık olmadığını incelemek üzere homojenite testi yapılmış, analiz sonucunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kırk yaşından küçük olan, memesinde herhangi bir kitle bulunan veya meme, serviks kanseri tanısı almış olan, her ay düzenli KKMM yapan, son 1 yıl içerisinde pap test, mamografi ve KMM yaptırmış, histerektomi ameliyatı geçirmiş olan kadınlar araştırmaya alınmamıştır. Bağımlı değişkenleri kadınların her ay düzenli KKMM yapması, izlem süresi olan üç ay içerisinde klinik meme muayenesi yaptırması, mamografi çektirmesi ve pap smear testi yaptırması, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği, Öz-Etkililik Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puanları oluşturmuştur. Bağımsız değişkenlerde ise hemşirelik girişimleri (Eğitim, danışmanlık hizmeti, hatırlatıcı kullanımı ve izlem) yer almaktadır. Veriler eğitim öncesi, eğitim sonrası 3. ayda toplanmıştır. Verilerin toplanmasında; Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Öz-Etkililik Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu, Önceki Davranışlarla İlişkili Bilgi Formu kullanılmıştır. Yapılan eğitimin içeriği ve eğitim materyalleri Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre yapılandırılmıştır. Eğitimler araştırmacı tarafından yapılmış ve 8 hafta sürmüştür. Meme ve serviks kanserine yönelik eğitimler tamamlandıktan sonra kadınlara araştırmacı tarafından hazırlanan meme kanseri, KKMM, rahim ağzı kanseri konusundaki broşürler dağıtılmıştır. Veriler SPSS 11.0 bilgisayar programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, ki-kare testi, McNemar testi yapılmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili kurumlardan ve katılımcılardan izin alınmıştır. Ayrıca çalışma sonrasında kontrol grubuna hazırlanan broşürler verilmiş ve sağlık eğitimi yapılmıştır.

Bulgular: Sağlığı geliştirme modelleri kullanılarak yapılan hemşirelik girişimleri sonucunda kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirmeye yönelik algıları (duyarlılık, ciddiye, yarar, sağlık motivasyonu, öz etkililik algısı) kontrol grubuna göre daha yüksek olup, engel algısında anlamlı düzeyde bir azalma saptanmıştır. Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde kadınların %34'ü mamografi, %22'si KMM, %84'ü KKMM'si yaptırdığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise bu oran mamografi için %6, KMM için %4, KKMM için %12'dir. Aralarındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Pap smear yaptıran kadınların %73.7'si bu davranışı bir yıldan daha önceki bir zamanda deneyimlediğini

%26.3'ü hiç deneyimlemediğini belirtmiştir. Kadınların pap smear yaptırma davranışı ile önceki davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tartışma: Literatürdeki çalışmalara benzer olarak hemşirelik girişimleri sonrasında kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik duyarlılık, sağlık motivasyonu, KKMM yarar, KKMM öz-etkililik, ve mamografi yarar algısı puan ortalamalarında artma, KKMM ve mamografi engel algısı puan ortalamalarında azalma olduğu saptanmıştır (Champion, 2000; Fernandez ve ark., 2009; Jirojwong ve MacLennan, 2003; Tuong, 2007). Ancak hemşirelik girişimleri sonrasında deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik ciddiye algısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca hemşirelik girişimleri sonrası kadınların KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çekirme oranları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde deney grubunda artış olduğu görülmüştür (Beydağ ve Karaoğlan 2007; Champion ve ark., 2000; Constanza ve ark., 2000). Deney grubunda meme kanseri erken tanı davranışlarını yapma oranlarındaki artışın kadınların hemşirelik girişimleri sonrası yarar, öz-etkililik, sağlık motivasyonu algısının yüksek engel algısının düşük olmasından, aynı zamanda yapılan eğitimin etkili olmasından kaynaklanmış olabilir.

Deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası kadınların serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak duyarlılık, yarar, öz-etkililik algısı puan ortalamaları artmış olup, engel ve ciddiye algısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca hemşirelik girişimleri sonrası kadınların pap smear testi yaptırma sıklığının kontrol grubu ile karşılaştırıldığında deney grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Jirojwong ve ark. 2001; McFarland, 2003). Deney grubunda yer alan kadınların hemşirelik girişimleri sonrası sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubuna göre arttığı görülmüştür (Johnson, 1998; Taylor, 1998).Elde edilen bu sonuçlar yapılan hemşirelik girişimlerinin etkinliğini göstermektedir.

Sonuç: Yapılan hemşirelik girişimleri sonucunda kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarında olumlu değişimlerin olması Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli'ni temel alan hemşirelik girişimlerinin etkinliğini göstermekte olup, bu girişimlerin ulusal düzeyde yaygınlaştırılması olumlu değişimlerde sürekliliğin sağlanması açısından önemli olabilir.

Anahtar Sözcükler: Sağlığı geliştirme modelleri, Meme ve serviks kanseri, Hemşirelik.

478

YAŞLI KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİNİ YAPMA BECERİSİNE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN ETKİSİ

Aygül Kissal, Ayşe Beşer

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Giriş-Amaç: Dünyada kadın kanserleri içinde birinci sırada görülen meme kanseri ile 65 yaş ve üzeri kadınların yaklaşık yarısı karşılaşmaktadır. Meme kanseri erken tanısı için temelde önerilen birbirini tamamlayıcı üç yöntem Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), Klinik Meme Muayenesi, Mamografidir. Özellikle Türkiye'nin de içinde yer aldığı gelişmekte olan düşük-orta gelirli ülkelerde, sosyo-ekonomik gerçekler dikkate alındığında KKMM tartışmasız önemli bir gereklilik ve kaçınılmaz bir uygulamadır. Ancak meme kanserinin erken dönemde belirlenebilmesi için KKMM'nin doğru ve etkin yapılması gerektiği göz ardı edilmemeli; kadınlarda doğru KKMM yapma oranını arttırmada sosyo-kültürel yapı ve özellikler dikkate alınarak, meme sağlığı eğitim programlarının hazırlanmalı, yaşama geçirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır. Türkiye'de kadınların meme kanseri ve KKMM hakkında bilgileri yeterli değildir. Araştırmalar KKMM yaptığını ifade eden kadınların bu yöntemi aynı kalitede uygulamadıklarını göstermektedir. Meme kanserinin erken dönemde tanılanması için KKMM'nin etkin bir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

şekilde yapılması gerekmektedir. Bu çalışma yaşlı kadınların KKMM yapma sıklığı, muayene becerisi ve algıları üzerine hemşirelik girişimlerinin etkisini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Yarı deneysel ön-son test olarak planlanan bu çalışmanın örneklemini İzmir Balçova Bölgesi'nden örneklem kriterlerini karşılayan 60-75 yaş arasındaki kadınlar içerisinde 50 deney ve 50 kontrol olmak üzere toplam 100 yaşlı kadın basit sayılar tablosu kullanılarak random atamaları gerçekleştirilmiştir. Daha sonra çalışmayı kabul eden ve çalışma kriterlerini karşılayan tüm yaşlı bireyler randomize olarak deney ve kontrol grubuna atanmıştır. Üç kez farklı saatlerde gidilerek ulaşılamayan kadınlar yerine önceden belirlenen %25 yedek listesindeki oluşturulan kadınlara gidilmiştir. Çalışmanın gücü geriye dönük güç analizi ile .95 olarak bulunmuştur ($\alpha = .05$, Etki Büyüklüğü = .37, Odds Ratio = .13, Güven Aralığı = .95, $n_1 = 50$, $n_2 = 50$). Araştırmanın yürütülebilmesi için Balçova Belediyesi ve Kaymakamlığından, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Katılımcılara bilgi verilerek yazılı/sözlü onam alınmıştır. Deney grubuna Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak hazırlanan eğitim, KKMM film gösterisi, meme maketi ile KKMM öğretimi ve KKMM ile ilgili yazılı eğitim materyali sunulmuştur. Kontrol grubuna herhangi bir girişim yapılmamış rutin sahadaki uygulamaları almıştır. Araştırmanın verileri "Sosyo-demografik Veri Formu", "Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" ve "Kendi Kendine Meme Muayenesi Kontrol Listesi" ile toplanmıştır. Veriler KKMM eğitiminden önce ve eğitimden üç ay sonra toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve bağımlı/bağımsız gruplarda t-testi ve Ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri: Araştırmanın bağımlı değişkenleri yaşlı kadınların bildirimine dayalı KKMM yapma sıklığı, gözleme dayalı KKMM yeterlilik puanı, SİM KKMM yarar, engel ve öz-etkililik algısıdır.

Bulgular: Deney ve kontrol gruplarının hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde yaşlı kadınların KKMM'sini %52'sinin düzenli yaptığı, %38'inin düzensiz yaptığı, %10'unun yapmadığı saptanırken bu oran kontrol grubunda sırası ile %18, %64 ve %18 ($p < .05$). Yaşlı kadınlarda girişim öncesine göre, girişim sonrası KKMM düzenli olarak uygulama oranı %52 artmıştır. Deney ve kontrol grubunun hemşirelik girişimleri öncesi KKMM yapma beceri puan ortalaması karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p > .05$) hemşirelik girişimleri sonrasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < .05$). Deney grubunda KKMM yapma beceri puan ortalaması hemşirelik girişimleri öncesinde 15.34 ± 16.18 , hemşirelik girişimleri sonrasında 52.00 ± 19.90 'a yükselmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .05$). Kontrol grubunda KKMM yapma beceri puan ortalaması ön testte 17.40 ± 20.39 , son testte 18.60 ± 21.85 'e yükselmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Deney grubunda kontrol grubuna göre KKMM yarar algısı, KKMM öz-etkililik algısı puan ortalamaları hemşirelik girişimleri öncesine göre, hemşirelik girişimleri sonrasında daha yüksek, KKMM engel algısı düşük olarak bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < .05$).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Bu çalışma hemşirelik girişimlerinin yaşlı kadınların KKMM beceri düzeylerinde artışa ve sağlık davranışlarında olumlu değişimlere katkı sağladığını göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak pek çok araştırmada broşür, video ve meme maketi kullanılarak yapılan girişimler KKMM yapma sıklığı ve KKMM etkin yapma becerisini artırdığı bulunmuştur (Champion, 1995; Chan ve ark., 2007; Secginli ve Nahcivan, 2011; Wood ve ark., 2002; Wood, 1996; Wood ve Dufy, 2004). Ahmad ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, sadece yazılı eğitim materyalleri ile yapılan programın KKMM yapma oranlarını artırmada etkili olmadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak bu çalışma KKMM sıklığı yansira KKMM etkin yapma beceri oranlarının artırılmasında girişimlerin olumlu sonuçlarını göstermektedir. Ancak girişimin yaşlı kadınların KKMM yapma becerisinin yeterli düzeye ulaştıramadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada yer alan girişimler yaşlı kadınlarda KKMM yapma becerisinin geliştirilmesinde birinci basamak sağlık merkezlerinde, hastanelerde kullanılabilecek uygun ve pratik bir yöntemdir. Ancak yaşlı kadınlarda KKMM etkin yapma becerisini artıracak başka yöntemlerin denenmesine gereksinim vardır. KKMM kadınlara bire bir ve interaktif ve tekrarlı öğretim yöntemleri ile öğretilmesi önerilebilir. Halk sağlığı hemşireleri ve diğer sağlık disiplinleri yaşlı kadınlara KKMM öğretimi ve geliştirilmesi ile ilgili eğitimlerinde muayene işleminin etkin ve doğru yapılmasının önemini vurgulamalı, etkin ve doğru bir şekilde yapıldığında meme kanserinin erken dönemde belirlenmesine yararı olacağı anlatılmalıdır. Bu nedenle eğitim/girişim sonrası yaşlı kadınların KKMM yapma konusundaki yeterlilikleri değerlendirilmelidir. Erken tanı ve tarama uygulamalarından olan KKMM becerisini artırabilmek için bu çalışmanın sonuçları eğitim planlaması ve içeriğinin oluşturulmasında yararlı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Meme Kanseri, KKMM, Erken Tanı, Yaşlı Kadın.

Kaynaklar:

Ahmad, F., Cameron, J.I. ve Stewart, D.E. (2005). A tailored intervention to promote breast cancer screening among South Asian immigrant women. *Social Science & Medicine*, **60**, 575–586.

Champion, V.L. (1995). Results of a nurse-delivered intervention on proficiency and nodüle detection with breast self-examination. *Oncology Nursing Forum*, **22**, 819-824.

Chan, S.C., Chow, D.M., Loh, E.K., Wong, D.C., Cheng, K.F., Fung, W.Y., ve Cheung, P.S. (2007). Using a community-based outreach program to improve breast health awareness among women in Hong Kong. *Public Health Nursing*, **24**, 265–273.

Wood, R.Y. (1996). Breast self-examination proficiency in older women: measuring the efficacy of video self-instruction kits. *Cancer Nursing*, **19**, 429-436.

Wood, R.Y., Duffy, M.E., Morris, S.J. ve Carnes J.E. (2002). The effect of an educational intervention on promoting breast self-examination in older African- American and Caucasian women. *Oncology Nursing Forum*, **29**, 1081–1090.

Wood, R.Y. ve Duffy, M.E. (2004). Video breast health kits: testing a cancer education innovation in older high-risk populations. *Journal of Cancer Education*, **19**,98-104.

Secginli S, Nahcivan NO. (2011). The effectiveness of a nurse-delivered breast health promotion program on breast cancer screening behaviours in non-adherent Turkish women: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, **48**,

590

İZMİR İLİ BORNOVA İLÇESİNDE DİSMENORE SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER: TOPLUM TABANLI BİR ARAŞTIRMA

Raziye Özdemir¹, Ummahan Yücel, İbrahim Gülhan, Esin Ceber², Sultan Eser¹

¹İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü

²Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Dismenore, kadınların adet döneminde karın ve bel bölgelerinde kramp şeklinde ağrıya neden olan en yaygın jinekolojik sorunlardan biridir. Toplum tarafından yeterince önem verilmeyen bir durum olan dismenore, kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemesinin yanı sıra, altta yatan ciddi jinekolojik hastalıkların habercisi de olabilmektedir. Ülkemizde dismenore sıklığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmaların büyük bölümü adolesan yaş grubuna odaklanmaktadır. Toplumdaki gerçek dismenore prevalansının belirlenebilmesi için, adet gören tüm kadınları kapsayan araştırmaların gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu gereklilikten yola çıkarak toplum tabanlı olarak planlanan bu çalışmada, İzmir'in Bornova ilçesine bağlı Kızılay, Mevlana ve Merkez mahallelerinde ikamet eden 10-49 yaş grubundaki adet gören kadınlar arasında dismenore sıklığının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte tasarlanan araştırmanın evrenini, Bornova'nın Kızılay, Mevlana ve Merkez mahallelerinde ikamet eden 10-49 yaş arası toplam 12 974 kadın oluşturmuştur. Araştırma bölgesindeki 10-49 yaş grubundaki kadınların nüfusu, Bornova Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü'nden elde edilmiştir. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde Epi İnfó 3.5.1 programı kullanılmıştır. Ülkemizde dismenore sıklığının belirlenmesine yönelik toplum tabanlı olarak gerçekleştirilen bir çalışma temel alınarak prevalans %70 olarak kabul edilmiş (1), % 05 hata payı ve % 95 Güven Aralığı (GA) kriterlerine göre örnek büyüklüğü 315 olarak saptanmıştır. Bölgelerdeki 10-49 yaş kadın nüfusuna orantılı olarak her mahalleden kaç kadına ulaşılabacağı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

hesaplanmıştır. Çalışmaya katılmaya onay vermeyen ve adet görmeyen 32 kadın çalışma kapsamı dışında tutulmuş ve toplam 283 kişiye (% 89.8) ulaşılmıştır.

Veriler, araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanan bir anket kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anket, kadınların demografik özelliklerine, doğurganlık öyküsüne, adet dönemine ve dismenore ile baş etme yöntemlerine ilişkin özelliklerin sorgulanmasını hedefleyen 23 sorudan oluşmuştur. Anketler, veri toplama konusunda eğitilmiş olan dokuz anketör tarafından kadınların evde ziyaret edilmesi yoluyla doldurulmuştur.

Dismenore sıklığı belirlenirken ağrının varlığına ve şiddetine göre üç grup tanımlanmıştır:

1. *Dismenore Yok*: Adet döneminde herhangi bir rahatsızlık/ağrının olmaması
2. *Hafif Dismenore*: Günlük aktivitelerin yerine getirilmesini *etkilemeyecek* biçimde rahatsızlık/ağrının olması
3. *Şiddetli Dismenore*: Günlük aktivitelerin yerine getirilmesini *etkileyecek* biçimde rahatsızlık/ağrının olması

Çalışmanın veri toplama aşaması 10.06.2011- 28.07.2011 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veriler, SPSS 16.0 ve Epi İnfó 3.5.1 programları kullanılarak değerlendirilmiştir. Kadınlara ait tanımlayıcı veriler yüzde dağılımı ve ortalama \pm standart sapma şeklinde sunulmuş, verilerin analizinde ki-kare testi ve logistik regresyon uygulanmıştır.

Çalışmanın yürütülebilmesi için E.Ü. İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Araştırma ve Danışma Komisyonu'ndan ve Bornova Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Ayrıca çalışma kapsamındaki kadınlardan anketin uygulanmasından önce sözlü onay alınmıştır.

Bulgular: Çalışma kapsamındaki kadınların yaş ortalaması 28.7 ± 7.7 , menarş yaşı ortalaması 13.2 ± 1.3 'tür. Her dört kadından üçü (% 79.9) evli olup, % 76.7'si en az bir kez doğum yapmıştır.

Çalışmada yaklaşık olarak her beş kadından üçünün (% 63.6) dismenore şikayeti olduğu belirlenmiştir. Dismenore olan kadınların % 61.7'si hafif, % 38.3'ü şiddetli ağrısı olduğunu; % 14.4'ü ağrının 48 saatten daha uzun sürdüğünü; %32.8'i ağrı veya dismenoreden kaynaklanan diğer şikayetlerle daha önce sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtmiştir. Kadınlar, dismenore ile baş etme yolu olarak en fazla ağrı kesici kullanımına başvururken (% 71), en az fiziksel egzersiz (%11.7) yapmaktadırlar.

Dismenore, bekar ($X^2 = 6.45, p = 0.010$), adet kanamasının miktarı fazla olan ($X^2 = 35.16, p = 0.000$) ve anne/kız kardeşinde dismenore olan ($X^2 = 9.74, p = 0.001$) kadınlarda anlamlı olarak yüksek iken; yaş grubu, beden-kitle indeksi, menarş yaşı, doğum sayısı, son bir yıl içinde oral kontraseptif kullanma, adet düzeni, adetler arası süre, adet süresi, dismenoreye neden olabilecek patolojik durumlar ve sigara kullanımı ile anlamlı ilişki göstermemektedir.

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, dismenore riski anne/kız kardeşinde dismenore olan kadınlarda, olmayan kadınlara göre 2.25 kat ($GA = 1.34-3.79$); kanama miktarı fazla olan kadınlarda, az ve normal olan kadınlara göre 8.84 kat ($GA = 2.53-30.82$) arttığı belirlenmiştir. Lojistik regresyon uygulanan diğer değişkenler olanyaş grubu, medeni durum, menarş yaşı, beden-kitle indeksi, doğum yapma durumu, son bir yıl içinde oral kontraseptif kullanma, adet düzeni, adetler arasındaki süre, dismenoreye neden olabilecek patolojik durum ve sigara kullanımı ile dismenore arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada, İzmir'in Bornova ilçesinin üç mahallesinde yaşayan 10-49 yaş grubu kadınlarda dismenore sıklığı ve etkileyen faktörler belirlenmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular, dismenorenin kadınlar arasında yaygın bir sorun olduğunu, riskin anne veya kız kardeşinde aynı şikayet bulunan ve adet kanamasının miktarı fazla olan kadınlarda arttığını göstermektedir.

Çalışmada, dismenore sıklığı % 63.6 olarak tespit edilmiştir. Bu konudaki literatür incelendiğinde, incelenen grubun ve değerlendirme kriterlerinin çeşitliliğine bağlı olarak araştırmalarda çok farklı sonuçların elde edildiği

görülmüştür. Kronik pelvik ağrının farklı tipleri ile ilgili gerçekleştirilmiş araştırmaların incelendiği bir meta analizde, dismenore sıklığının % 2'den %97'ye kadar değiştiği, incelenen 178 çalışma içinde yalnızca % 23'ünün yeterli kalitede olduğu, kaliteli çalışmalar arasında saptanan dismenore sıklığının ise % 17-81 arasında olduğu saptanmıştır (2). Ülkemizde Kayseri'de gerçekleştirilen toplum tabanlı bir araştırmada sıklık %70 olarak tespit edilmiştir (1). Bu çalışmada elde edilen sıklığın, Kayseri'de bulunan değere yakın olduğu görülmektedir.

Dismenore sıklığında olduğu gibi, etiolojisinde etkili olan faktörler konusunda yapılan çalışmalar da birbirinden farklı sonuçları içermektedir. Bu çalışmada, yaş, son bir yıl içinde oral kontraseptif kullanma, sigara içme gibi değişkenlerin dismenore riski ile ilişkili olmadığı belirlenmiş iken, Kanada'da gerçekleştirilen bir çalışmada genç yaş, sigara içme, dismenorenin risk faktörleri arasında tanımlanmış, oral kontraseptif kullananlarda dismenore sıklığının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (3). Bu çalışmanın bulgularına göre doğum yapıp yapmama durumu dismenore riski ile ilişkili değildir. Kayseri'de ise doğum yapmayanlarda sıklığın daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı araştırmada, bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde oral kontraseptif kullanma, menarş yaşı, adet düzeni ve sigara kullanımı ile dismenore riski arasında ilişki saptanmamıştır (1). Bu çalışmada, kadınların medeni durumuna göre yapılan ki-kare analizinde, dismenorenin bekar kadınlarda evlilere göre anlamlı olarak fazla görüldüğü belirlenmiştir. Ancak lojistik regresyon analizinde herhangi bir ilişki saptanmaması, ki-kare analizinde bulunan anlamlılığın karıştırıcı faktörler nedeni ile ortaya çıktığını düşündürmektedir.

Çalışmada, gerek ki-kare gerekse lojistik regresyon analizinde aile öyküsü ile dismenore arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Dismenore riski, Annesinde veya kız kardeşinde dismenore olan kadınlarda olmayanlara göre yaklaşık iki kat, adet kanaması fazla olan kadınlarda, kanaması az ve normal olan kişilere göre yaklaşık dokuz kat artmaktadır. Bangladeş ve ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalarda da ailede dismenore öyküsünün bulunmasının önemli risk faktörü olduğu bildirilmiştir (4, 5). Aile öyküsü ile dismenore arasındaki nedensel ilişkinin tam olarak anlaşılabilmesi için ileri araştırmalara gereksinim vardır.

Adet miktarının fazla olmasının dismenore riskini önemli ölçüde arttırmaktadır. Aşırı kanama, altta yatan başka bir jinekolojik sorundan kaynaklanabileceği için bu kadınlar sekonder dismenore açısından değerlendirilmelidir.

Çalışmada, dismenore ile baş etme yolu olarak en sık kullanılan yöntemin ağrı kesici kullanımı olduğu belirlenmiştir. Dismenorenin tedavisinde farmakolojik yöntemlerin yanı sıra farmakolojik olmayan yöntemler de önem taşımaktadır. Herhangi bir patolojiye bağlı olmayan primer dismenore, özellikle genç kadınların adet döneminine ilişkin olumsuz algılarına bağlı olarak gelişebileceği için, öncelikle bu dönemde gerçekleşen fizyolojik olaylar hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Diyetle B1 ve E vitaminlerinin alınması, alt karın bölgesine sıcak uygulama yapılması, egzersiz gibi yöntemler denendikten sonra farmakolojik tedaviye başvurulması yararlı olabilir. Sekonder dismenore, altta yatan başka bir sorun nedeni ile oluştuğu için, kadınların bu açıdan yönlendirilerek gerekli değerlendirilmeler yapılmalıdır.

Bu çalışmanın üç açıdan kısıtlılığı bulunmaktadır. Birincisi, herhangi bir jinekolojik sorunun belirlenebilmesi amacıyla muayene yapma olanağı olmadığı için veriler, araştırma kapsamındaki kişilerin beyanına dayanmıştır. Bu nedenle, dismenorenin değerlendirilmesinde primer ve sekonder ayrımı yapılamamıştır. İkinci kısıtlılık, çalışmanın kesitsel tipte tasarlanmasına bağlı olarak neden-sonuç ilişkisi değerlendirilememiştir. Diğer kısıtlılık ise çalışmanın Bornova ilçesindeki kentsel nitelikteki üç mahallede gerçekleştirilmesidir. Daha geniş bir örneklem ile çalışılması yararlı olacağı gibi, kadınların adet dönemine ilişkin algıları ve uygulamaları değişiklik gösterebileceği için kırsal bölgelerin dahil edilmesi halinde farklı boyutta bulguların ortaya çıkması da olasıdır.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, dismenorenin kadınlar arasında çok yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir. Ülkemizde, gerek dismenore gerekse diğer jinekolojik sorunlar konusunda kadınların farkındalık düzeylerinin yükseltilmesinde, izlenmesinde ve yönlendirilmesinde kilit personel ebelerdir. Ebelerin, kadınlara yönelik verdiği hizmetler desteklenmeli ve geliştirilmelidir. Bunun yanı sıra kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından özellikle altta yatan bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan dismenore konusunda kadınların bilgilendirilmesine ve belirtiler açısından sorgulanmasına önem verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Bornova, dismenore, sıklık, etkileyen faktörler.

Kaynaklar:

1. Aykut M, Günay O, Gün İ, Tuna R, Balcı E, Özdemir M, Öztürk Y. Biyolojik, Sosyo-Demografik ve Nutrisyonel Faktörlerin Dismenore Prevalansına Etkisi Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal) 2007;29(5):393-402.
2. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity BMC Public Health 2006, 6: 1-7.
3. Burnett MA, Antao V, Black A, Feldman K, Grenville A, Lea R, Lefebvre G, Pinsonneault O, Robert M. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 2005, 27(8):765-70.
4. Begum J, Hossain AM, Nazneen SA. Menstrual Pattern and Common Menstrual Disorders among Students in Dinajpur Medical College, Dinajpur Med Col J 2009 Jul; 2 (2):37-43.
5. Ünsal A, Ayrancı Ü, Tozun M, Arslan G, Çalık E. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students, Upsala Journal of Medical Sciences, 2010; 115: 138-45.

668

DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUM ŞEKLİNE YÖNELİK TERCİHLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sema Oktay¹, Özlem Duran²

¹Kaçkar Devlet Hastanesi, ²Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş ve Amaç: Kadınlar doğum şeklini belirlerken, sezaryenin mi yoksa normal doğumun mu daha iyi olacağına karar verememekte ve karar verme süreci birçok faktörden etkilenebilmektedir. Özellikle son trimesterde gebeler, artık doğumu düşünmeye ve “Doğum nerede ve nasıl olacak?” sorularına yanıt aramaya başlamaktadır. Bir yandan gebeliğin bir an önce sonlanmasını isterken diğer yandan da doğum eylemi bireyleri ürkütmekte ve doğumun ertelenmesini düşünerek ikilem yaşamaktadırlar. Doğru şekilde desteklenmeyen gebe ve aile çoğunlukla doğum şekli kararına katılmaktan kaçmakta ve kararı başkalarına veya hekime bırakmaktadır Bu nedenle araştırma, doğum yapan kadınların doğum şekline yönelik tercihlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı olarak, Sivas il merkezinde bulunan üniversite, devlet ve özel hastanenin doğum sonu servislerinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini 08.12.2010- 08.03.2011 tarihleri arasında doğum yapmış olan, üç hastanenin doğum sonu servislerinde bulunan ve araştırmayı katılmayı kabul eden 800 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri; yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan bilgilendirilmiş onam formu ve literatür taranarak hazırlanmış olan doğum şekline yönelik tercihler ve nedenlerini belirleme soru formu kullanılarak toplanmıştır. Bilgilendirilmiş onam formu; araştırmanın amacı, yararları ve araştırma sonuçlarının kullanılacağı alanları kapsayan bilgileri içeren, kadınların araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını ifade etmelerini sağlayan bir belge niteliğinde düzenlenmiştir. Soru formu; kadınların sosyodemografik özellikleri, gebelik ve doğum özellikleri, tercih edilen ve gerçekleştirilen doğum şekilleri, prenatal bakım hizmetlerini kullanma durumları, doğum şekline yönelik bilgi kaynakları ile diğer faktörleri içeren 35 sorudan oluşmuştur. Araştırma için kurumlardan gereken resmi izinler alınmış, gerek ön gerekse asıl uygulamada doğum sonu servislerde yatan kadınların araştırmayı katılmayı kabul etmeleri ve hazırlanmış olan bilgilendirilmiş onam formunu okuyup onaylamaları beklenmiştir. Veri toplama formları, doğumdan sonraki 1-12 saatlik süre içerisinde kadının kendini rahat hissettiği bir dönemde uygulanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenini kadınların doğum şekli, bağımsız değişkenlerini ise kadınların sosyodemografik özellikleri ile doğum şekillerini etkileyen faktörler oluşturmaktadır. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler hesaplanması ve khi-kare testi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kullanılmıştır. Değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığının belirlenmesinde $p < 0.05$ değeri temel alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların oranı üniversite hastanesinde % 22.2, devlet hastanesinde % 58.6 ve özel hastanede % 19.2'dir. Kadınların; % 76.1'inin 19-32 yaş grubunda, % 36.1'inin lise mezunu, % 79.5'inin Emekli Sandığı ve SSK kapsamında olduğu, % 63.9'unun da 751-1500 TL aylık geliri bulunduğu saptanmıştır. Kadınlardan % 90'ının 1-3 doğum yaptığı, % 99.1'inin gebelik döneminde kontrol için bir sağlık kuruluşuna başvurduğu, başvuru sayısı bakımından % 48.9'unun 5-8 kez sağlık kontrolü yaptırdığı, % 28.6'sının sağlık kontrollerini sağlık ocağı ve devlet hastanesinde yaptırdığı, sağlık kontrollerini % 31.4'ünün bazen ebe, bazen sağlık ocağı hekimi ve bazen kadın doğum uzmanının, % 29.1'inin ebe ve kadın doğum uzmanının, % 28.1'inin ise sadece kadın doğum uzmanının yaptığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların % 65'ine istedikleri doğum şeklinin sorulmadığı, % 76.6'sının doğum şekilleri ile bilgi aldığı, doğum şekillerine yönelik bilgiyi % 39.6'sının hekimden, % 28.7'sinin ebe ve hekimden aldığı, % 67.6'sının edindikleri bilgi sonucu planladıkları doğum şeklinde herhangi bir değişiklik olmadığı, % 69.2'sinin doğum şekline karar verirken hekiminden etkilendiği bulunmuştur. Araştırmada, kadınların çoğunluğunun planlı bir şekilde (% 84.5) gebe kaldığı ve % 47.1'inin normal doğum yapmayı planladığı belirlenmiştir. Normal doğum yapmayı planlayan kadınların ise % 50.9'unun sezaryen, % 49.1'inin normal doğum yaptığı bulunmuştur. Kadınların doğum şeklini belirlemelerinde etkili olan üç nedenden ilki anne ve bebeğin sağlığının normal doğum için uygun olmadığının hekim tarafından söylenmesi (% 19.5), diğeri kadınların normal doğumun daha sağlıklı ve rahat olduğunu düşünmesi (% 16.4), sonuncusu ise ilk doğumun sezaryen olması nedeniyle diğer doğumun da sezaryenle olması gerektiğine yönelik inançları (% 14) olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde; doğum şekli ile kadınların doğumlarını gerçekleştirdikleri hastane, öğrenim düzeyi, sağlık güvencesi, aylık gelir durumu, evlilik yaşı, gebelikleri boyunca kontrollerini yapan sağlık personeli, istedikleri doğum şeklinin sorulma durumu ve doğum şekline karar verirken etkilendikleri kişi açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tartışma: Araştırma kapsamına alınan kadınların büyük çoğunluğuna istedikleri doğum şeklinin sorulmadığı, dörtte üçünün doğum şekilleri ile bilgi aldığı, doğum şekillerine yönelik bilgiyi çoğunlukla hekim ve ebenin verdiği, önemli bir kısmının edindikleri bilgi sonucu planladıkları doğum şeklinde herhangi bir değişiklik olmadığı, azımsanmayacak oranda doğum şekline karar verirken hekiminden etkilendiği belirlenmiştir. Kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren faktörlere ilişkin çalışmalarda; gebelerin doğum konusunda yeterli kadar bilgilendirilmemesi, böylece doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları bir neden olan gösterilmektedir (Gamble & Creedy, 2001; Şahin, 2009). Bu nedenle alanda çalışan hekim, ebe ve hemşirelere gebelerin doğum tercihleri için danışmanlıkta önemli görevler düşmektedir. Yeterince bilgilendirilmiş gebelerin doğum korkusu ile baş etmede daha başarılı olacağı ve doğum şekline karar verirken daha etkin olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada kadınların % 47.1'inin normal, % 52.9'unun ise sezaryen ile doğum yapmayı planladığı belirlenmiştir. Literatürde sezaryen doğum tercih oranının ortalama % 2-49 arasında olduğu bildirilmektedir (Gamble et al., 2007; Gözükara & Eroğlu, 2008; Sayiner ve ark., 2009). Bu oranın literatürdeki değerden oldukça yüksek oluşu dikkat çekici ve düşündürücüdür.

Araştırmada kadınların doğum tercihini belirlemelerinde etkili olan ilk neden; anne ve bebeğin sağlığının normal doğum için uygun olmadığının hekim tarafından söylenmesidir. Yapılan bir araştırmada sezaryen olma isteğinin en önemli nedenlerinin; annelerin sezaryenin bebekleri ve kendileri için daha güvenli olduğuna inanmaları ile daha önce geçirilen obstetrik sorunlar ve doğumla ilgili duyumlardan kaynaklanan ön yargıları olduğu belirtilmektedir (Gamble et al., 2007). Elde edilen sonuç literatürle benzerlik göstermektedir. Bu durumda sağlıktan kaynaklanan bir zorunluluğun etkili olduğu görülmektedir. Yapılan birçok çalışmada kadınların vajinal doğum tercih nedeni olarak doğal olması, doğum sonu dönemin daha az ağrılı ve iyileşmenin daha çabuk olması, daha ucuz olması, güvenli ve en iyi doğum şekli olması olarak belirtilmiştir. Araştırmada doğum tercihini etkileyen ikinci neden normal doğumun daha sağlıklı ve rahat olduğunu düşünülmesi, diğer öne çıkan neden de ilk doğumun sezaryen olması sebebiyle diğer doğumun da sezaryenle olması gerektiğine yönelik inançlardır. İkinci neden literatürle benzerlik gösterse de, diğer neden açısından "bir kez sezaryen her zaman sezaryen" söyleminin etkilerinin hala geçerli olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar arasında anne ve bebeğe yönelik sağlık problemleri tıbbi bir endikasyon olarak değerlendirildiğinde, araştırmada yüksek olarak belirlenen sezaryen tercihinin oransal değerinin altında yatan nedenin büyük çoğunlukla bilgilendirme ve destekleme ile ilgili yetersizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte salt sezaryen oranını azaltmak için uygulanacak

çok katı tedbirlerin yarardan çok zarar getirebilecekleri de göz ardı edilmeden, sezaryen sonrası vajinal doğumun dikkatli şekilde seçilmiş kadınlarda çoğu zaman başarılı ve güvenli olabileceğinin unutulmaması gerekmektedir.

Kadınların gerçekleştirdiği doğum şeklini etkileyen pek çok faktör bulunduğu bilinen bir gerçektir. Araştırmada; özel hastanede doğum yapan, okur-yazar ve üniversite mezunu olan, emekli sandığı ve SSK kapsamında bulunan, aylık geliri yüksek, evlilik yaş aralığı 25-30 olan, gebelikleri süresince ebe ve kadın doğum uzmanı tarafından izlenen, istenilen doğum şekli sorulan ve doğum şekline karar verirken hekiminden etkilenen kadınlarda sezaryen doğum oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların sosyoekonomik düzeyleri arttıkça hastaneye ve sağlık kontrollerine daha sık gitmekte, kendileri ve bebeklerinin sağlık durumuna yönelik daha çok endişe yaşayabilmektedir. Ayrıca kadınların sosyal güvencelerinin bulunması operatif işlemlerden daha fazla yararlanmalarını da sağlayabilmektedir. Sağlık personelinin sezaryen doğumun anne ve bebek için güvenli olabileceğini düşünmesi de sonucu etkileyen başka bir boyutu oluşturabilmektedir. Bu nedenle kadınların doğum tercihini etkileyen faktörlere yönelik nedenselliğin ortaya konulacağı farklı popülasyonlarda araştırmaların yapılmasına gereksinim bulunmaktadır.

Sonuç ve Öneriler: Araştırma sonucunda; araştırmaya katılan yaklaşık her iki kadından birinin normal doğum yapmayı planladığı, kadınların büyük çoğunluğuna istedikleri doğum şeklinin sorulmadığı ve doğum şekline karar verirken hekiminden etkilendikleri belirlenirken, doğum şeklini etkileyen nedenler ortaya koyulmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda; sağlık personellerinin öncelikle kadın ve ailesine doğum ve doğum şekilleri konularında ayrıntılı danışmanlık vermesi, kadının tercih nedenlerini de dikkate alarak olumlu ve olumsuz yönleriyle birlikte değerlendirmesi, planlanan ve gerçekleştirilen doğum şeklini etkileyen faktörleri danışmanlık verirken dikkate alması ve konuya yönelik kapsamlı çalışmalarla etkisi ortaya konulmamış olan faktörlerinde incelenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum, Doğum Şekli, Kadın, Sağlık Personeli.

Kaynaklar:

1. Gamble J.A., Creedy D.K. (2001). Women's request for a cesarean section: A critique of the literature. *Birth*, 27(4): 256-263.
2. Gamble J., Creedy D.K., McCourt C., Weaver J. Beake S. (2007). A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth*, 34(4): 331-340.
3. Gözükar F., Eroğlu K. (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 15(1): 32-46.
4. Sayiner F.D., Özerdoğan N., Giray S., Özdemir E., Savcı A. (2009). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler, *Perinatoloji Dergisi*, 17(3): 104-112.
5. Şahin, N.H. (2009). Seksio-Sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3): 93-98.

710

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATIŞ ÜZERİNE ETKİLİ FAKTÖRLER

Sezer Meriç Avcı¹, Meltem Çöl², Yasemin Genç², Elif Akkaş Yılmaz³

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, ²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, ³SB Dr Sami Ulus Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Yüksek riskli yenidoğanın, sorunlarının giderilmesi için özel bakım verilmesi ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) izlenmesi gerekir. Sosyoekonomik düzeyin ve anne ile ilişkili çeşitli faktörlerin, bebeklerin yoğun bakımda olma riskini etkilediği bilinmektedir. Yetersiz doğum öncesi bakım (DÖB) erken

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

doğum, düşük doğum ağırlığı ve yenidoğan ölümleriyle ilişkilidir. Yenidoğan için DÖB'in yanı sıra doğum ve hemen sonrası dönemdeki yaklaşım da önemli olduğundan doğumların sağlık personeli tarafından yapılması ve belli merkezlerde YYBÜ'lerin bulunması da gereklidir. Yenidoğanın yoğun bakım gereksinimini etkileyen faktörleri belirlemek, doğum öncesinden başlayarak tüm süreçte bu konuda yapılacak müdahaleler açısından önemlidir.

Bu çalışmada bir üniversite hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde doğum yapan kadınlarda, bebekleri YYBÜ'de yatan ve yatmayan anneleri karşılaştırarak, sosyoekonomik faktörler, aldıkları DÖB, gebelik ve doğum sırasındaki risk faktörlerinin yenidoğanın yoğun bakımda bulunması üzerine etkilerini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma bebekleri yenidoğanın YYBÜ'de yatması üzerine etkili faktörleri araştıran vaka/kontrol tipinde analitik bir çalışma olup, 2010 Ocak-Haziran arasında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde doğum yapmış olan toplam 958 kadın araştırma evrenini oluşturmuştur. 958 kadından 210'unun bebekleri YYBÜ'de yatmış olup, bunlardan 200 kadın (239 bebeğin annesi) vaka grubu olarak, geriye kalan ve bebekleri YYBÜ'de yatmamış olan kadınlardan rasgele örnekleme yöntemiyle seçilen 200 kadın (207 bebeğin annesi) kontrol grubu olarak alınmıştır. Genelde 2500 gr altında, 37.gebelik haftasını tamamlamadan doğanlar ve özel bir tedavi gerektiren bebekler YYBÜ'de izlenmektedir. Araştırmanın bağımlı değişkeni bebeklerin YYBÜ'de yatma durumu iken, annenin sosyoekonomik düzeyi, DÖB durumu ve risk faktörleri ile ilgili çok sayıda değişken ise, bağımsız değişkenleri oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında öncelikle anneler araştırma konusunda bilgilendirilmiş ve yazılı onam alındıktan sonra, sosyo-ekonomik özellikleri ve DÖB özelliklerini belirlemeye yönelik soruları içeren anket formu yanı sıra risk faktörleri formu yüz yüze yöntemle doldurulmuştur. Annelerin ve yenidoğanların mevcut durumlarıyla ilgili bilgiler için hastanedeki doğum kayıtları ve YYBÜ kayıtları kullanılmıştır. DÖB, bakımın başladığı hafta ve doğumun olduğu haftayı dikkate alan Adequacy of Prenatal Care Utilization (APNCU) indeksine göre; "yetersiz", "orta", "yeterli" ve "yeterlinin fazlası" şeklinde değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 15.0 programına girilerek analiz edilmiş, istatistiksel değerlendirmelerde Ki kare testi, Fischer exact test, t-testi, Mann-Whitney U testi ve çok yönlü analiz olarak ise multipl lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin yaşlarıyla, bebeklerinin YYBÜ'de olma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında; her ne kadar 18 yaş altı ve 35 yaş üstü kadınlar vaka grubunda daha yüksek oranda ise de, aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p=0,097$). Oturulan yer açısından karşılaştırıldığında; bebekleri YYBÜ'de olmayanların (kontrol grubu) daha büyük oranda Ankara il merkezinde oturdukları görülmüştür ($p=0,000$). Kadınların öğrenim durumu ve meslekleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,818$) ($p=0,115$). Kadınların eşlerinin eğitimlerine bakıldığında; vaka grubunda babaların ilköğretim mezunu olma oranı, kontrol grubunda ise lise mezunu olma oranı anlamlı ölçüde yüksektir($p=0,003$). Babaların mesleği ve kişi başına düşen yıllık gelir (KB DYG) yönünden karşılaştırıldığında; gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,749$). Sosyal güvence açısından değerlendirildiğinde; kontrol grubunda Emekli Sandığı'na bağlı olanların oranı daha yüksek iken, Bağ-Kur ve Diğerleri (yeşil kart ve güvencesiz olanlar) vaka grubunda daha yüksek bulunmuştur ($p=0,014$). Araştırma grubundakilerin doğum öncesi izlem sayısının ortalamaları, vaka grubunda $14,04\pm 5,90$, kontrol grubunda ise $14,42\pm 4,68$ olup gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0,219$). Dörtten az izlem alan kadın sayısı sadece 3'tür. Tüm grubun büyük oranda uzman doktor tarafından izlendiği görülmüş olup uzman doktor tarafından izlenme ortalaması vaka grubunda ortalama $13,14\pm 5,83$ kontrol grubunda $13,90\pm 4,24$ 'tür. APNCU indeksine göre, tüm grubun büyük kısmında 'yeterlinin fazlası' DÖB alındığı görülmektedir(%74.8). Vaka grubunun izlemlerinin "Yetersiz" ve "Yeterlinin fazlası" olması oranı diğer gruba göre yüksek iken, kontrol grubunda ise "Orta" veya "Yeterli" izlem diğer gruptan daha yüksek orandadır($p=0,001$). Önceki doğum öyküleriyle ilgili olarak doğum sayısı 5 ve üzeri olma durumu ($p=0,000$), ölü doğum ya da yenidoğan ölümü($p=0,005$), spontan 2.trimesterde düşük ya da erken doğum durumu($p=0,000$), vaka grubunda istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Annelerin şimdiki gebelikleri değerlendirildiğinde; bebekleri yoğun bakımda olan annelerde(vaka grubu) diğer gruba göre: fetal hareketlerde değişiklik, gestasyonel hipertansiyon, çoğul gebelik, polihidramnios ya da oligohidramnios, haftasına göre küçük/büyük uterus, erken membran rüptürü, erken kontraksiyonlar, üriner enfeksiyon ve preeklampsi anlamlı ölçüde daha yüksek orandadır. Ayrıca vaka grubunda infertilite tedavisi almış olma oranı da daha yüksektir ($p=0,002$). Gebelik sırasında yapılan incelemelerde bebekte (IUGR, SGA, konjenital kalp hst, konjenital anomaliler vb) önemli bir sorun belirlenenlerin oranı vaka grubunda, anlamlı ölçüde yüksektir (%4'e karşılık %34.5) ($p=0,000$). Doğum sırasında bir sorun yaşanması durumu vaka grubunda %18, diğer grupta %8 bulunmuştur ($p=0,003$). Araştırılan diğer risk faktörleri ile bebeklerin YYBÜ'de yatması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çok

Değişkenli Analiz (Lojistik Regresyon Analizi) Sonuçları: Oturulan yer, eşin öğrenim durumu, infertilite tedavisi, doğum sayısı, önceki gebelikte ölü doğum ya da yenidoğan ölümü, önceki gebelikte spontan 2. trimestirde düşük ya da erken doğum, gestasyonel hipertansiyon, çoğul gebelik, polihidramnios ya da oligohidramnios, haftasına göre küçük/büyük uterus, erken kontraksiyon, üriner enfeksiyon, preeklampsi ve doğum sırasındaki sorun varlığı değişkenleri lojistik regresyon analizine alınmıştır. Buna göre bebeklerinin yoğun bakımda olma riski; Ankara dışı başka bir il, ilçe ya da köyde yaşayanlarda (OR:2,72), eşinin öğrenim durumu üniversite olanlara göre ilkokul mezunu olanlarda (OR:1,97), önceki gebeliklerinde spontan 2.trimestir düşüğü ya da erken doğumu olanlarda (OR:4,27), çoğul gebeliği olanlarda (OR:5,25), gebelik haftasına göre küçük ya da büyük uterusu olanlarda (OR:26,58), erken kontraksiyonu olanlarda (OR:2,21) ve doğum sırasında sorunu olanlarda (OR:2,53) artmıştır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada sosyoekonomik faktörlerin YYBÜ’de yatma üzerine etkileri araştırıldığında anlamlı çıkan faktörlerden biri oturulan yer olmuş, vaka grubunun diğer gruba göre daha büyük oranda Ankara il merkezi dışında bir yerde oturdukları görülmüştür. ($p=0,000$). Bu fark lojistik regresyon analizinde de anlamlı çıkmıştır (OR:2,72). Bu durum sosyal faktörlerin etkisi olduğunu düşündürse de, Ankara dışı bölgelerde yaşayan ve riskli bulunan gebelerin çalışmanın yapıldığı Üniversite Hastanesi’ne sevk edilmesi bu sonuç üzerinde etkili olabilir. Araştırmaya katılan annelerin eşlerinin öğrenim düzeyi vaka grubunda daha yüksek olup bu durum çoklu analiz sonucunda da önemli bir faktör olarak belirlenmiştir (OR:1,97). Genel olarak annelere göre daha yüksek olan babanın öğrenim düzeyinin ailenin sosyal durumunda ve sağlık sonuçları üzerine etkili olduğu söylenebilir. Çalışmamızda babaların mesleği ile anlamlı bir ilişki bulunmasa da, grupta işsiz baba sayısı sadece 4 olup bunların tamamının bebeklerinin yoğun bakımda olması düşündürücüdür. Ailenin sosyal güvenceleri incelendiğinde, vaka grubunda Bağ-Kur” ve “Güvencesiz-Yeşil kartlılar” kontrol grubuna göre daha yüksek orandadır ($p=0,014$). Bu durum bu grubun zorunlu olmadıkça üniversite hastanelerinden hizmet almamalarına da bağlanabilir.

Doğum öncesi izlem sayısının ortalamaları birbirine yakın ve her iki grupta da 14 civarında olup oldukça yüksektir. Bu sonuçta araştırmanın kentsel bölgede ve Üniversite Hastanesi’nde doğum yapmış olanlarda yürütülmüş olmasının etkisi vardır. Daha önce yapılan benzer bir çalışma ile karşılaştırıldığında DÖB sayısının arttığı görülmektedir(2). DSÖ, DÖB’ın yeni modeli olarak kadınların büyük kısmı için dört izleme dayalı rutin yaklaşım ve özel riskleri olanlara ise ilave kontroller önermiştir ve bu yaklaşım çeşitli ülkelerde kullanılmıştır (1). Ancak riskli gebeliklerde ve çoğul gebeliklerde 4 kontrollü yeni DÖB yaklaşımı yeterli değildir. DÖB izlemleri sırasındaki süreç ve gebenin durumu bu sayı için daha doğru karar vermeyi sağlar. Ancak bu çalışmada da saptanan çok sayıda kontrol oranları, komplike gebeliklerde gerekli olmakla birlikte, diğer durumlarda kaynakların etkili kullanılıp kullanılmadığını düşündürmelidir. DÖB’ın sayısal yeterliliği APNCU indeksine göre değerlendirildiğinde, grubun çok büyük kısmının “yeterli” ya da “yeterlinin fazlası” DÖB aldığı görülmüş olup (%94.3), farklı bölgelerdeki saha çalışmalarına göre daha yüksek olduğu söylenebilir (3). Yetersiz DÖB alanların bebeklerinin hemen tamamı yoğun bakımdadır. “Yeterlinin fazlası” olarak sınıflanan izlem de yoğun bakımda olanlarda daha yüksek orandadır. Bu durum; bebekleri YYBÜ’de yatma olasılığı yüksek olan riskli gebelerin daha fazla izlenmesine bağlıdır.

Annelerin önceki doğum öyküleri ilgili risklerden; spontan 2.trimestir düşüğü yada erken doğum öyküsünün varlığı lojistik regresyon analizi sonucunda da etkili kalan faktörlerden biridir (OR=4,2). Çalışmada önemli bulunan faktörlerden biri olan çoğul gebelikler(OR=5,25), infertilite tedavisinin yaygınlaşmasıyla artmış olup maternal ve fetal komplikasyonları nedeniyle yüksek riskli gebeliklerdir. ABD’de yoğun bakımda olma ile ilişkili bulunan en önemli faktör olan çoğul gebelikler, yenidoğan ölümlerinin %14’ünü oluşturmaktadır ve perinatal mortaliteyi 10 kat arttırmaktadır (4,5). Haftasına göre büyük ya da küçük uterus varlığı (OR=28,5) fetal büyümeyi ve amnion sıvısı ile ilgili durumları yansıttığı için bebeğin YYBÜ gereksiniminin iyi bir göstergesi olabilir. Erken kontraksiyon da yine erken doğum riskini arttıran bir gösterge olup bu çalışmada da YYBÜ’de yatma ile ilişkili bulunmuştur (OR=2,2). Benzer şekilde doğum sırasında kordon dolanması, kord prolapsusu, EMR, prezentasyon anomalisi gibi sorunlar doğumu güçleştirmekte ve bebeklerin yoğun bakım gereksinimlerini arttırmaktadır. Çalışmamızda doğum sırasında bu tür bir sorun olması durumu lojistik regresyon analizinde de anlamlı bulunmuştur(OR=2,5). Sonuç olarak bu çalışmada YYBÜ’de bulunmanın bazı sosyoekonomik faktörlerle ilişkili olduğu, DÖB oranının genel olarak yüksek olduğu ve büyük ölçüde uzman hekimden alındığı görülmüştür. DÖB’ın birinci basamağa entegre edilerek uygun durumlarda uzman desteği verilmesi ve fazla sayıda izlemlerin kaynakların etkili kullanımı açısından gözden geçirilmesi gereklidir. Annenin önceki gebeliklerinde ve izlemlerinde belirlenen riskler son derece önemli olup özellikle bu çalışmada yoğun bakımda yatma ile ilişkili bulunan faktörler, sağlık hizmetlerinin her basamağında anlaşılıp yorumlanabilmeli ve gerektiğinde müdahaleler gerçekleştirilmelidir. Riskli gebeliklerde ve doğum

sırasında sorun yaşandığında bebeğin yoğun bakım gereksinimi büyük ölçüde öngörülebilir, uygun doğum şartları ve YYBÜ'lere erişim sağlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Riskli gebelik, yenidoğan yoğun bakımı

Kaynaklar:

1. McCaw Binns A, Winfrey W. UNDP/UNFPA/WHO/ World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP). External Evaluation 2003-2007: Impact of HRP Research in the Maternal and Perinatal Care; A case-study,2008
2. Çöl M, Kiran S, Çalışkan D, Akdur R. Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Öncesi Bakımın Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 1998;2:71-79
3. Çiçeklioğlu M, Soyer MT, Ocek ZA. Factors Associated With the Utilization and Content of Prenatal Care in a Western Urban District of Turkey. Int J Qual Health Care. 2005;17:533-9
4. Ross MG, Downey CA, Bemis R, Nguyen M, Jacques DL. Prediction by Maternal Risk Factors of Neonatal Intensive Care Admissions: Evaluation of 59.000 Women Innational Managed Care Programs. Am J Obstet Gynecol 1999;181:835-42
5. Luke B, Martin JA. The Rise in Multiple Births in The United States: Who, What, When, Where and Why. Clin Obstet Gynecol,2004;47: 118-33

689

GENÇ YETİŞKİN ERKEKLERİN KADINA KARŞI YAPILAN ŞİDDET İLE İLGİLİ ALGI, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice Bebiş¹, Serpil Özdemir¹, Tülay Ortabağ¹, Süleyman Ceylan²

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu, ²Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Kadına karşı yapılan şiddet gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde “gizli ve üstü örtülü bir salgın (hidden and unacknowledged epidemic)” olarak nitelendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kadına karşı şiddet ile ilgili eğilimlerin, şiddet nedenlerinin ve önleme stratejilerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacak araştırmalara gereksinim duyulduğunu vurgulamaktadır. Türkiye’de ve dünyada kadına yönelik şiddet konusunda yapılan çalışmaların çoğu şiddete maruz kalan kadınların deneyimlerine üzerine odaklanmaktadır. Ülkemizde, 2009 yılında ulusal düzeyde yapılan “Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması”nda 15-49 yaş grubu kadınların şiddet yaşantıları incelenmiştir. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması’nda elde edilen bilgiler ışığında, kadına karşı şiddetle mücadele konusunda erkekler arasında farkındalık yaratma ve bilinçlendirme çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç duyulduğu bildirilmektedir. Ancak erkeklerin kadına karşı şiddet ile ilgili algı, tutum ve davranışlarını inceleyen araştırmalar hem ülkemizde hem de dünya çapında sınırlıdır.

Bu çalışmada genç yetişkin erkeklerin kadına karşı uygulanan şiddet konusundaki algı, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ve şiddet açısından önemli risk etkenlerini tanımlamak amaçlanmaktadır. Aynı zamanda genç yetişkin erkeklerde, kadına karşı şiddet ile ilgili olarak farkındalık yaratmak hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Ekim 2008-Haziran 2009 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi’ne bağlı Destek Kota’ları Komutanlığı’nda, kesitsel tipte bir araştırma olarak yürütülmüştür.

Çalışmanın etik onayı, GATA Etik Kurul’u tarafından verilmiştir. Araştırmaya katılım, gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Araştırmanın uygulamasında önce katılımcılar, araştırmanın amacı hakkında bilgilendirilmişlerdir. Katılımcılardan yazılı onam belgesi alınmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcılar, GATA Destek Kıta'ları Komutanlığı'na bağlı olarak askerlik görevini yerine getiren er ve erbaşlardır (N=680). Araştırma süresince görev yapan tüm er ve erbaşlara ulaşılması hedeflenmiş olup ayrıca örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırma örneklemini, 637 er ve erbaş oluşturmaktadır. Araştırmanın uygulandığı tarihte çeşitli görevlerde bulunan 23 kişiye ulaşılammıştır, araştırma formunu eksik dolduran 20 kişi ise araştırma dışında tutulmuştur.

Araştırma kullanılan veri toplama formu, konu ile ilgili literatür temel alınarak geliştirilmiştir. Veri toplama formu, katılımcıların demografik özellikleri, şiddet deneyimleri, şiddetle ilgili algı, tutum ve davranışlarını içeren 52 sorudan oluşmaktadır. Kadına karşı uygulanan şiddet ile ilgili çeşitli senaryoları (30 soruyu) katılımcılar "katılıyorum", " katılmıyorum" ve "fikrim yok" şeklinde cevaplamışlardır.

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi için Statistical Package of Social Sciences (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) 15.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde (%), ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama±standart sapma (ort±ss) ve minimum-maksimum (min-mak) değer şeklinde gösterilmiştir. Kesikli değişkenlerin analizinde, "Pearson Chi-Square Testi" kullanılmıştır. Katılımcıların, kadına karşı şiddet uygulama durumları üzerine çeşitli değişkenlerin etkisinin araştırılması amacıyla tek değişkenli (bivariate) ve çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizinde elde edilen bulgular %95 güven aralığında (CI), "odds ratio (OR)" ile gösterilmiştir. Tüm analizler için yanılma düzeyi p=0.05 olarak belirlenmiştir. Bu değerden küçük ya da eşit "p" değerleri için "istatistiksel olarak anlamlı"; büyük değerleri için "istatistiksel olarak anlamlı değil" yorumu yapılmıştır.

Bağımsız değişkenler (medeni durum, alkol kullanma durumu, sigara içme durumu, aile içinde şiddete tanık olma, annesine karşı şiddet uygulayan bir babaya sahip olma ve şiddet kurbanı olma) ile kadına karşı şiddet uygulama durumu arasında yapılan tek değişkenli lojistik regresyon analizinde p≤0.05 olması anlamlı sonuçlar elde edildiği için bu değişkenler arasında çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken, "0=hiç uygulamayan" ve "1= kadınlara karşı şiddet uygulayan" şeklinde tanımlanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 23.93±3.87'dir (20-33 yaş), %15.7'si (n=100) evlidir ve evli olan katılımcıların %57.9'unun (n=55) çocuğu vardır. Katılımcıların %27.5'i (n=175) ilköğretim ve altında ve %72.5'i (n=462) lise ve üzerinde eğitim almıştır.

Katılımcıların % 27.8'i (n=177) ailesi içinde şiddete tanık olduğunu ifade ederken, %25.3'ü (n=161) babasının annesine karşı şiddet uyguladığını belirtmiştir. Bununla birlikte katılımcılara "Bugüne kadar eşe/kız arkadaşına yönelik şiddet uygulayıp uygulamadıkları" sorulmuştur. Katılımcıların % 8.8'i (n=56) kadına karşı şiddet uyguladığını belirtmiştir. Katılımcıların medeni durumları ile kadına şiddet uygulama durumları incelendiğinde, evli erkeklerin (%19.7; n=13) bekarlara erkeklere (%10.7; n=43) göre daha fazla şiddet uyguladıkları saptanmıştır ($\chi^2=4.324$; p=0.03).

Katılımcıların %37.7'si (n=240) şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir ve bu katılımcıların %28.1'i (n=179) fiziksel şiddet, %17.1'i (n=109) sözel şiddet, %0.6'sı (n=4) cinsel şiddet mağduru olduklarını bildirmiştir. Katılımcıların şiddet mağduru olma durumları ile kadına şiddet uygulama durumları incelendiğinde; şiddete maruz kalan katılımcılar (%19.6; n=36), mağdur olmayan katılımcılara göre (%7.1; n=20) eşlerine/kız arkadaşlarına daha fazla şiddet uygulamışlardır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=16.504$; p=0.01).

Kadına karşı şiddet içeren bazı davranışlar katılımcılara, liste halinde verilmiştir. Katılımcıların, kendilerine göre o davranışları kadına karşı şiddet olarak görüp görmediklerini belirtmeleri istenmiştir. Bu listeye göre katılımcıların, %44.9'u (n=286) "kadına bağırma", %58.7'si (n=374), "kadının istediği şeyleri yapmasına engel olmayı", %21.4'ü (n=136) "kadının yüzüne tükürmeyi", %16.3'ü (n=104) "kadına tokat atmayı", %44.4'ü (n=283) "kadına laf atmayı", %64.2'si (n=409) "kadının iş seyahatine izin vermemeyi" ve % 43.3'ü (n=276) "kadının çalışmasına izin vermemeyi" kadına karşı yapılan bir şiddet davranışı olmadığını belirtmiştir.

Katılımcılara şiddet içeren çeşitli senaryolar verilmiştir ve bu senaryoların kadına karşı şiddet davranışı olup olmadığını değerlendirmeleri istenmiştir. "Erkek, sözünü dinlemeyen eşine tokat atabilir" senaryosuna katılımcıların %19.5 (n=124) "Evet" şeklinde yanıtlamıştır. "Eşinin anne-babasına saygı göstermeyen kadın dövülebilir" senaryosunu katılımcıların %59.2'si (n=377) desteklemektedir. Katılımcıların %44.4'ü "kadına laf

atmak”, %23.2’si ise “kadına cinsel tacizde bulunmak” gibi davranışları şiddet olarak değerlendirmemektedir. Bunun yanı sıra “Eşinin cinsel isteklerini yerine getirmeyen kadın, eşi tarafından cinsel ilişkiye zorlanabilir” senaryosuna katılımcıların %30.8’i ve “Eğer bir kadın sokakta yürürken, açık saçık giyiniyorsa cinsel tacizi vb. hak eder” senaryosuna ise katılımcıların yaklaşık yarısı (%47.7) “Evet” ve “Fikrim yok” şeklinde yanıtlamıştır. “Kocasını izin vermiyorsa, kadın herhangi bir işte çalışamaz.” senaryosunu katılımcıların %47.3 (n=301) desteklemektedir.

Katılımcıların kadına karşı şiddet uygulama durumları üzerine çeşitli değişkenlerin etkisinin araştırılması amacıyla yapılan tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, kadına karşı şiddet uygulamada etkili olabileceği düşünülen medeni durum (OR=2.04, %95 CI=1.030-4.048, p=0.041), alkol kullanma durumu (OR=3.46, %95 CI=1.804-6.618, p<0.001), sigara kullanma durumu (OR= 3.11, %95 CI=1.621-5.946, p=0.001), aile içinde şiddete tanık olma (OR=4.38, %95 CI=2.458-7.786, p<0.001), babası annesine şiddet uygulama (OR=4.89, %95 CI=2.742-8.735, p=0.001), babasından şiddette maruz kalma (OR=2.08, %95 CI=1.017-4.233, p=0.045), şiddete maruz kalma durumları (OR=3.20, %95 CI=1.786-5.727, p=0.001) gibi değişkenler tek değişkenli analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

İncelenen bu değişkenlerin düzeltme yapıldıktan sonra hepsinin bir arada değerlendirildiği modelde, babası annesine şiddet uygulama durumu ile sigara kullanma durumunun katılımcıların kadına şiddet uygulama durumları üzerinde anlamlı derecede etkili olduğu bulunmuştur (p<0.05). Elde edilen bulgulara göre, babası annesine şiddet uygulayan katılımcılarda kadına karşı şiddet uygulama riskinin 3.59 kat (%95 CI=1.652-7.794, p=0.001) ve sigara kullanan katılımcılarda 5.55 kat (%95 CI=2.148-14.343, p<0.001) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Kadına karşı yapılan şiddet hem Türkiye’de hem de dünyada yaygın olarak görülen, kapalı kapılar arkasında yaşandığı için çoğu kez görmezden gelinen ciddi bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ tarafından bildirilen sonuçlara göre; eş şiddetine maruz kalan kadın prevelansı, Japonya’da %13, Sırbistan ve Karadağ’da %23, Tayland’da %23, Brezilya da %27, Tanzanya’da %40, Bangladeş’te %41 ve Peru’da %49’dur (1). Ülkemizde yapılan, “Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2009”nın sonucuna göre, kadınların yaşamının her hangi bir döneminde fiziksel şiddete uğrama prevelansı %39.3 olarak bildirilmektedir (2). Bizim çalışmamızda elde edilen bulgulara göre “babanın anneye şiddet uygulama” prevelansı %25.3, “aile içinde şiddete tanık olma” prevelansı %27.8’dir. Bu bulgular; dünya çapında yapılan araştırma sonuçlarına göre ortalama düzeyde iken ulusal düzeyde yapılan kadına karşı şiddet araştırma sonuçlarından oldukça düşüktür. Bizim çalışmamızda saptanan bu bulgu katılımcıların aile içinde yaşanan şiddete ne ölçüde tanık olduklarını yansıtmaktadır. Bu nedenle elde edilen “sıklık”, aile içinde kadına karşı yapılan şiddetin katılımcılar yani tanıklar tarafından bildirilen prevelansıdır. Bu durum, Türkiye’de aile içinde kadına karşı yapılan şiddetin primer taraflar arasında gizli tutulabileceği ve genellikle ailenin diğer üyeleri ile bile paylaşılmadığı şeklinde yorumlanmaktadır.

Pakistan’da yapılan bir çalışmada erkeklerin evlilikleri boyunca eşlerine fiziksel şiddet uygulama prevelansı %49.4 olarak rapor edilmiştir (3). Özçakar ve ark. (4) araştırmalarında evli erkeklerin %29’u kadına karşı şiddet uyguladığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda ise genç yetişkin erkeklerin kadına karşı şiddet uygulama prevelansı %8.8’dir (evliler %19.7; bekarlar %10.7). Elde edilen bu bulgu, Özçakar ve ark. (4) ve Fikree ve ark.’nın (3) bildirdikleri sonuçlardan daha düşüktür. Aradaki bu farkın katılımcıların büyük çoğunluğunun bekar olmasından kaynaklandığı (katılımcıların %84.3 bekar) düşünülmektedir. Bu çalışmada evli olan erkeklerin daha fazla kadına şiddet uyguladıkları saptanmıştır. Elde edilen bu bulgu literatürle paralellik göstermektedir. Bizim çalışmamızda elde edilen bulgu ile literatürde bildirilen sonuçlar değerlendirildiğinde, medeni durumun kadına şiddet uygulama açısından önemli bir belirleyici olduğu değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada elde edilen temel sonuçlar: (a) Genç yetişkin erkekler, fiziksel şiddeti kadına karşı yapılan bir şiddet türü olarak algılamak; sözel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddeti aynı düzeyde kadına yapılan bir şiddet olarak algılamamaktadır; (b) Babası tarafından annesine şiddet uyguladığını söyleyen erkekler annesi şiddet görmeyen erkeklerle göre 3.5 kat ve sigara içen erkekler sigara içmeyen erkeklerle 5.5 kat daha fazla kadına şiddet uygulama riski taşımaktadırlar; (c) Aile içinde şiddete tanık olan ve/veya şiddete maruz kalan, evli olan, alkol kullanan genç yetişkin erkekler kadına karşı şiddet uygulama açısından diğerlerine göre daha riskli erkeklerdir.

Hem Türkiye’de hem de dünyada kadına yönelik şiddeti önlemeyi hedefleyen programların, çoğunlukla meydana gelen şiddet olayının ortaya çıkardığı sorunlara odaklandığına literatürde sıklıkla rastlanmaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Şiddet genellikle, bir sağlık sorununa yol açtığı zaman tanımlanmakta, sekonder ve tersiyer sağlık hizmetleri tarafından ele alınmaktadır. Primer koruma kapsamında, önleme programları genellikle medya kampanyaları ve şiddete teşvik eden sosyal normları değiştirmek için kamu politikası oluşturma çabaları ile sınırlı kalmaktadır. Kadına karşı yapılan şiddetin, daha oluşmadan önlenmesinin, hem birey hem de toplum sağlığının geliştirilmesine önemli fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Kadına karşı şiddeti önleme programlarının öncelikli hedefi şiddet ile ilgili risk faktörlerini tanımlamak, bu riskleri taşıyan bireyleri toplumda henüz bir şiddet olayının faili olmadan önce saptamak olmalıdır. Buna müteakip, kadına karşı şiddet uygulama açısından yüksek riskli bireylerde öfke kontrolü sağlama, problem çözme becerisi geliştirme, pozitif başetme stratejileri kazanma gibi şiddeti önlemede etkili olan yöntemleri içeren sağlık eğitimleri verilerek bu becerilerin yaşam biçimine dönüştürülmesine çalışılmalıdır. Bu bağlamda şiddetle mücadelede halk sağlığı hemşireleri anahtar role sahiptir. Halk sağlığı hemşirelerinin, henüz evlenmemiş ve kadına karşı şiddet uygulamamış genç yetişkin erkeklerin çok sayıda ve uzun süre bir arada bulunduğu üniversite, askerlik hizmeti gibi gerçek yaşam alanlarında, sağlığı geliştirme programları kapsamında sistemli olarak yürütülen hemşirelik bakımı ve sağlık eğitimleri yolu ile kadına karşı şiddet uygulamasının önlenmesinde etkili bir sağlık personeli olacağı değerlendirilmektedir.

Kaynaklar:

1. World Health Organization (2005). García-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L. & Watts, C. (Eds) WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women: Prevalence of violence by intimate partners responses module, Geneva, Retrieved November 10, 2011 from http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159358X_eng.pdf
2. National Research on Domestic Violence against Women in Turkey (2009). Turkish Republic Prime Ministry Directorate General on the Status of Women (DGSW). Hacettepe University Institute of Population studies, ICON-Institute Public Sector GmbH and BNB. Retrieved November 10, 2011 from http://www.ksgm.gov.tr/tdvaw/doc/Main_report.pdf.
3. Fikree, F. F., Razzak, J. A. & Durocher, J. (2005) Attitudes of Pakistani men to domestic violence: a study from Karachi, Pakistan, The Journal of Men's Health & Gender, 2, 49-58.
4. Ozcakir, A., Bayram, N., Ergin, N., Selimoglu, K. & Bilgel, N. (2008). Attitudes of turkish men toward wife beating: a study from Bursa, Turkey, Journal of Family Violence, 23, 631-638.

Epidemiyoloji

824

SAMSUN İL MERKEZİNDEKİ LİSE ÖĞRETMENLERİNDE SİGARA İÇME SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Yıldız Pekşen, Şennur Dabak, Selçuk Orhan, Zeynep Özbahar Acar, Önder Karaşın

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Dünyada ve toplumumuzda beraberinde birçok hastalığa ve erken ölümlere yol açması nedeniyle sigara bağımlılığı üzerinde önemle durulmaktadır. Ülkemizde yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (2008) sonuçlarına göre 15 ve üzeri yaş grubunda sigara kullanım sıklığı % 31.2 (erkeklerde % 48, kadınlarda % 15)'dir (1). Yetişkin yaş grubunda zaman içinde sigara kullanım sıklığında azalma olmasına karşın gençler arasında sigara kullanımı artmaktadır. Küresel Gençlik Tütün Araştırması sonuçlarına göre gençlerde sigara kullanımı 2003-2009 yılları arasında % 6.9'dan % 8.4'e yükselmiştir (2).

Sigara epidemisinin en önemli noktalarından birisi sigaraya başlama yaşı olup; sıklıkla ergenlik döneminde kazanılan bu alışkanlığın oluşmasında çevrenin etkisi son derece fazladır. Gençler, bu dönemde arkadaşlarından ve onlar için örnek oluşturan öğretmenlerinden etkilenmektedir. Sigara ile mücadelenin temel hedefi sigaraya başlamanın azaltılmasıdır. Bunun için hem gençlere kolay ulaşılabilecek hem de rol modeli olabilecek grup olan öğretmenlerin sigara alışkanlıklarını değerlendirmek ve bu hareketin içine çekmek çok önemlidir. Bu çalışma, Samsun ilinde görev yapan lise öğretmenlerinde sigara içme sıklığının, sigara ile ilgili düşüncelerinin ve mevcut yasaya karşı tutumlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Samsun İl Sağlık Müdürlüğü ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın birlikte yürüttüğü bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini 2011-12 eğitim yılında Samsun İli Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde bulunan kamu ve özel liselerde görev yapan öğretmenler oluşturmuştur. Toplam öğretmen sayısının 4775 olduğu okullarda yürütülen bu çalışma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yerel Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu'ndan onay ve Samsun İli Valiliği ve Milli Eğitim Müdürlüğü'nden de gerekli izinler alınmıştır.

Örnek büyüklüğü yüzde 50 prevalans, % 5 hata payı ve % 95 güven aralığında 356 olarak belirlenmiştir. Okullar düz lise, meslek lisesi ve özel lise olarak gruplandırılarak önce tabakalı örnekleme yöntemiyle her tabakadan ulaşıması gereken öğretmen sayıları belirlendikten sonra; her tabakanın içinde basit rastgele örnekleme yöntemiyle okullar seçilmiş ve belirlenen sayılara ulaşıması hedeflenmiştir. Bu şekilde; düz liselerden en az 164, meslek liselerinden en az 171 ve özel liselerden de en az 21öğretmene ulaşıması için yüzde 5'lik yedek liste eklenmiştir. Gözlem altında anket yöntemiyle 01.05.2012-31.05.2012 tarihleri arasında toplam 372 öğretmene ulaşılmıştır.

Kesitsel tipteki bu çalışmada, anket formu ile sosyodemografik özellikler, sigara ya da başka tütün ürünleri kullanma durumu, sürekli içicilik durumu, kendilerini rol model olarak görüp görmedikleri, ülkemizdeki sigara politikası ile ilgili görüşleri ve sigara bırakma durumları hakkında bilgiler toplanmıştır. Bağımlı değişken sigara ya da başka tütün ürünleri kullanma durumu; bağımsız değişkenler ise cinsiyet, yaş grubu, sigaraya başlama yaşı, öğretmenin kendisinin rol modeli olduğunu düşünmesi ve sigara kullananlarla aynı evde yaşama durumu olarak belirlenmiştir.

Veriler ortalama±standart sapma ve yüzdelerle gösterilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 372 öğretmenin yaş ortalaması 42.0 ± 7.7 yıl olup 169'u (%45.3) kadın, 203'ü (%54.7) erkektir. Sigara içme sıklığı %27.0 ve sigaraya başlama yaşı 20.3 ± 4.0 yıl olarak belirlenmiştir. Katılımcıların % 31.6'sı hiç sigara içmediğini, % 17.6'sı da bıraktığını ifade etmişlerdir. Ayrıca grubun %0.3'ü sürekli olarak nargile, %0.3'ü sürekli olarak puro kullandığını belirtmiştir. Cinsiyetlere göre bakıldığında sigara

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

içme sıklığının kadınlarda %24.4 , erkeklerde ise %29.4 olduğu ve iki grup arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir.Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde35-44 yaş grubundaki öğretmenlerin % 29,2'sinin, 25-34 yaş grubundakilerin % 27.6'sının, 45-54 yaş grubundakilerin % 25.2'sinin ve 55 yaş ve üzeri gruptakilerin ise % 21.4'ünün sigara kullandığı; sigara kullanımı açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, ancak onsekiz yaş ve altında sigaraya başlama oranlarında, erkek öğretmenlerle (%40.0) kadın öğretmenler (%9.7) arasında anlamlı oranda fark olduğu bulunmuştur (p<0.01).

Öğrenciler ve toplum için rol modeli olduğunu düşünen öğretmenlerde sigara içme oranı % 17.4 iken; karşıt fikri savunan öğretmenlerde bu oran % 66.2 ile anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (p<0.001). Sigara kullananlarla aynı evde yaşayan diğer bireylerde sigara kullanımı %39.0 iken, kullanmayanlarla aynı evde yaşayan bireylerde sigara kullanımı %24.3 olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.01). Sigara kullananların % 35.5'i günün ilk sigarasını uyandıktan itibaren 60 dakika ve sonrasında,% 31.2'si 31-60 dakika içerisinde içtiğini belirtmiştir. Sigara içme gereksiniminin en kuvvetli hissedildiği zamanlar olarak katılımcıların % 50.5'i yemek sonrasında, %14.0'ü ise kahve/çay içerken geçen zamanı ifade etmişlerdir. Sigara kullananların %66,3'ü mevcut yasayı desteklediklerini, % 74.2'si sigarayı bırakmayı düşündüklerini ve %64.5'i en az bir kez bu konuda girişimde bulduklarını belirtmişlerdir. Girişimde bulunanların %39.1'inin kendi kararıyla,%20.7'sinin sağlık sorunları nedeniyle, % 15.2'sinin aile etkisiyle böyle bir çabayı gösterdikleri saptanmıştır. Aynı zamanda grubun %43.8'i yasaklanan yerlerde sigara içmeden durmakta zorlandığını,%3.1'i ise zaman zaman yasaklanan yerlerde sigara içebildiğini bildirmiştir. Çalışma ortamlarında sigaraya karşı tutum konusunda, tüm grubun %81.6'sı kapalı yerde sigara içilmediğini bildirmiştir. Mevcut yasayla ilgili tutum konusunda ise %23.6'sı ise yasaya uyulmaması durumunda herhangi bir başvuruda bulunduğunu belirtmiş, ancak başvuruların %20.7'si bu yeri doğru (184 Alo Sabim) olarak ifade etmişlerdir.

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler: Tüm dünyada ve ülkemizde son yıllarda giderek artan sigara karşıtı kampanyalarda toplumla birebir ilişki içinde bulunan meslek grubu üyelerinin önemli rollere sahip oldukları ortaya konmuştur. Bu meslekler arasında özellikle önemi olanlar hekimler ve öğretmenlerdir.

Ülkemizde farklı illerde öğretmenler arasında yapılan çalışmalarda sigara içme oranlarının % 36.2 ile % 58.1 arasında değiştiği; oranların genel popülasyonla benzer olduğu izlenmektedir (3-5).

Bu çalışmada öğretmenler arasında sigara içme sıklığı %27.0 olup; diğer çalışmalardan düşük bulunmuştur. Bunda hem son yıllardaki yetişkin yaş grubundaki sigara kullanım sıklığındaki azalmanın hem de tütün kontrolü yasasının etkisinin olduğu düşünülmektedir. Cinsiyetlere göre bakıldığında iki grup arasında anlamlı fark tespit edilememesinin nedeninin kadınlarda sigara içme oranlarının yıllar içerisinde erkeklerden daha fazla artmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında lise öğretmenleri arasındaki sigara içme yaygınlığı İspanya'da % 37.2, Japonya'da % 44.7, Romanya'da % 33, Malezya'da % 20, Hindistan'da % 21.4, Estonya'da erkeklerde % 40, kadınlarda % 11, İtalya'da erkeklerde % 35, kadınlarda ise % 30 olarak saptanmıştır; bu sonuçlar da genel olarak Türkiye'de elde edilen sonuçlara yakındır.

Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, sigara içme oranlarının 55 yaş üzerinde azaldığı dikkati çekmektedir.18 yaş ve altında sigaraya başlama açısından, erkek öğretmenlerin oranının daha fazla olduğu görülmektedir. Türkiye'de tütün kullanan kişilerin önemli bir kısmının tütünle gençlik döneminde tanışmış oldukları söylenebilir. Tüm yaş gruplarında tütün kullananların %19,6'sı 15 yaşından önce, %39,3'ü 15-17 yaşlarında ve %21'4ü 18-19 yaşlarında tütün kullanmaya başlamışlardır. Erkeklerde tütün kullanımına başlama ergenlik döneminde daha fazla iken, kadınlarda daha düşüktür (1). Bu çalışmada da sigaraya başlama yaşı erkeklerde 19.0 ± 3.9 yıl olup; kadın öğretmenlerdeki başlama yaşından (22.7 ± 3.1 yıl) daha düşük bulunmuştur.

Öğrenciler ve toplum için rol modeli olduğunu düşünen öğretmenlerdeki sigara içme oranının düşük, karşıt fikri savunan öğretmenlerdeki oranın yüksek bulunması, öğretmenlerin kendilerini rol model olarak düşünüp düşünmemelerinin bazı alışkanlıklarını etkileyebileceğini göstermektedir.

Sigara kullananlarla aynı evde yaşayan diğer bireylerde sigara kullanımı, kullanmayanlarla aynı evde yaşayan bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Bu da sigara içmeye başlama nedenlerinde çevre etkisinin önemini bir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kez daha göstermekte olup; hem pasif maruziyet, hem de tetikleyici örnek olma açısından dikkati gerektiren bir durumdur.

Sigara kullananların % 74.2'si sigarayı bırakmayı düşündüklerini belirtmişlerdir. Kullananların %64.5'i de en az bir kez sigara bırakmayı denemiş, fakat bunda başarılı olamamışlardır. Aynı zamanda grubun yaklaşık yarısı yasaklanan yerlerde sigara içmeden durmakta zorlandığını bildirmiştir. Bu durum, sigara içenlerde etkili ve planlı bir sigara bırakma programına büyük bir gereksinim olduğunu göstermektedir. Sigara ile mücadelede en etkili yaklaşım olan eğitim dışında tütünün zararları konusunda farkındalığın artırılması, medyanın etkisi, tütün ürünlerinin reklam, tanıtım ve sponsorluğunun önlenmesi, ulaşılabilirliğin güçleştirilmesi ve etkin yasal düzenlemeler yapılması gibi çok farklı ve etkili yöntemlerin bir arada kullanılması önerilmektedir.

Sonuç olarak, ergenlik dönemi üzerinde en fazla etkisi olabilecek meslek grubunu oluşturan öğretmenlerdeki sigara içme sıklığının %27.0 gibi daha düşük bir oranda saptanması hem son yıllarda yetişkin yaş grubundaki sıklığın azalmasını, hem de tütün kontrolü yasasının etkisinin olduğunu doğrular niteliktedir. Ancak, sigara ile mücadelede en etkili yaklaşımın eğitim olması sebebiyle bu konuda yapılacak çalışmalara, öncelikle öğretmenler gibi eğitici kişilerden başlamalıdır. Yeni kuşakların yetiştirilmesi yanında rol model olmaları açısından da gençleri etkileyen öğretmenlere yönelik sigara ile mücadele ve sigara bırakma eğitim programları yapılmalı, sigarasız okullara teşvik edici olanaklar sağlanmalıdır. Böylece, hem öğretmenlerin kendilerini, hem de öğrencileri olumlu yönde etkilemelerinin sağlanması gerektiği kanısına varılmıştır.

Kaynaklar:

1. The Ministry of Health of Turkey. Global Adult Tobacco Survey Turkey Report 2010. Anil Print House.
2. Erguder T, Çakir B, Aslan D, W Warren C, Jones NR, Asma S. Evaluation of the use of Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data for developing evidence-based tobacco control policies in Turkey.BMC Public Health 2008,8(Suppl 1):S4 doi:10.1186/1471-2458-8-S1-S4.
3. Danacı AE, Yorgancıoğlu A, Celik P ve ark. Manisa İli Lise Öğretmenlerinin Sigara İçmeye Karşı Tutumları. Toraks Dergisi 2000;1:16-20.
4. Yıldız F, Barış SA, Başyigit İ, Boyacı H. Kocaeli İl Merkezindeki Okullarda Görev Yapmakta Olan Öğretmenlerde Sigara İçme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Arch Lung 2011;12(1):9-12.
5. Kutlu R, Çivi S. Konya İli Lise Öğretmenlerinin Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6 (4):273-278.

Anahtar Sözcükler: Sigara içme, öğretmen, rol model

910

LİSE ÖĞRENCİLERİNİN KENDİ BİLDİRDİKLERİ AĞIRLIK VE BOY DEĞERLERİNİN GEÇERLİLİĞİ

Ahu Öztürk, Necati Buğrul, Selma Metintaş, Cemalettin Kalyoncu

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Çocuklarda ve yetişkinlerde obezite giderek artış gösteren küresel bir halk sağlığı sorunudur. Yetişkinlerin büyük çoğunluğunda obezite başlangıcının çocukluk çağlarına ulaştığı bilinmektedir. Erken yaşlarda başlayan obezite, kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok kronik hastalığın gelişmesinde önemli bir risk faktörüdür. Dünya çapında çocukların yaklaşık %20-25'i aşırı kilolu ve obezdir. Avrupa Okul Çağı Çocukları Sağlık Davranışı Araştırması (Health Behaviour in School-Aged Children Survey-HBSC) sonuçlarına göre, obezite sıklığı, erkeklerde %9, kızlarda ise %5 olarak saptanmıştır. Türkiye'de de çocuklarda obezite

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

görülme sıklığının son 20 yılda iki kat arttığı bildirilmektedir. Vücut ağırlığının doğru izlenmesi, kilolu olma ve obezitenin tanısı ile önleminde oldukça önemlidir. Obeziteden korunma programları ve takibi çocukluk çağında başlayacağından, vücut ağırlık izleminde bu çağdan başlaması önemlidir. Birçok çalışma, sağlığı değerlendirmek ve ağırlık durumunu sınıflandırmak için veri toplamaya uygun ve maliyet etkin bir yöntem olarak kendi bildirdikleri ağırlık-boy değerleri ile elde edilen Beden Kitle İndeksi (BKİ)'ni kullanmaktadır. Bunun nedeni, bildirim

değerlerinin ölçümsel veri elde etmekten daha kolay ve geniş çalışmalar için daha uygun olmasıdır. Ancak, bireylerin kendi bildirdikleri ağırlık-boy değerlerinin gerçek değerleri yansıtmasında, yaş, cins, kültür gibi faktörlerin etkisinin olduğu bilinmekte ve verilerin geçerliliği konusunda da tartışmalar devam etmektedir. Adolesan dönemde bireylerin kendi bildirdikleri ağırlık-boy değerlerinin geçerliliği konusunda yapılan uluslararası çalışmaların sonuçları arasında uyum yoktur. Ülkemizde ise bu konuda yapılan çalışmalar çok sınırlıdır. Çalışma, lise çağı öğrencilerinde ölçülen ağırlık-boy değerleri ile kendi bildirdikleri değerden hesaplanan BKİ'nin geçerliliğini belirlemek ve kilo algılarını saptamak amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Eğitim-Araştırma Bölgesi'nde bulunan beş yerleşim birimi içinden rastgele örneklem ile seçilen Sivrihisar ve Mahmudiye ilçeleri lise1-3.sınıf öğrencilerinde gerçekleştirilen kesitsel bir araştırmadır. Çalışma bölgesinde bulunan 12 lisede 1-3. sınıflarda toplam 2033 öğrenci öğrenim görmektedir. Çalışma sırasında okula gidildiğinde var olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 1264 öğrenci (%62.1) çalışmaya dahil edildi. Önceden hazırlanan anket formları, gözlem altında öğrenciler tarafından cevaplandırıldı. Ankette sosyodemografik özellikler ile birlikte değiştirilebilir kardiyovasküler risk faktörleri (sigara, beslenme, fiziksel aktivite) sorgulandı. Öğrencilere ağırlık-boy tahminleri yanısıra HBSC (The Health Behavior in School-Aged Children) anketinden faydalanılarak 'Kilonuz hakkında ne düşünüyorsunuz?' ('çok zayıfım', 'biraz zayıfım', 'normalim', 'biraz kiloluym', 'çok kiloluym') soruldu. Çocukların boy ölçümleri topukları, kalçaları ve başı duvara yaslanmış olarak 1 mm aralıklı esnek olmayan mezür, ağırlık ölçümleri ise 10 gr'a duyarlı elektronik tartı ile yapıldı. Ağırlık ve boy ölçümleri üzerlerinde tek kat giysi olacak şekilde, ayakkabıları çıkarılarak yapıldı. Obezitenin değerlendirilmesinde BKİ kullanıldı. BKİ, ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin yayınladığı referans normlarına göre değerlendirildi; 85 persentilin altında olanlar normal, 85-95 persentil arasında olanlar kilolu, 95 persentil ve üzerinde olanlar obez olarak kabul edildi. Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (versiyon13.0) İstatistik Paket Programında değerlendirildi. Ağırlık, boy ve BKİ için bildirilen değerden ölçülen değer çıkarılarak farkları bulunarak bağımlı örneklerde t testi ve Pearson korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. Ölçülen değer sonuçları, dizgesel kurgu çerçevesinde bildirilen değerlerin fonksiyonel bağımlısı olarak kabul edildi. Bu bağlamda uyum (agreement), iki yöntemin güvenilirliğini test etmede kullanıldı. Ölçülen ve bildirilen antropometrik değerler arasındaki uyumu belirlemede Bland Altman metodu kullanıldı. Ölçülen ve bildirilen değerler arasındaki farktan elde edilen değişkenle, ölçülen ve bildirilen değerlerin ortalamasından bir grafik çizildi. Fark değişkeninin ortalama değerine Standart Sapma (SS)'nin 1.96 katı eklenip çıkarılarak uyum değişkeninin %95'lik güven aralıkları hesaplandı. Uyum değişkenini sınıflamada bağımlı değişkenler arasındaki farkın ortalaması 1SS değerleri arasında ise iyi, 1.96 SS değerleri arasında ise orta, 1.96 SS dışında ise de kötü olarak değerlendirildi. CDC değerlerine göre yapılan sınıflamalarda gruplar arasındaki uyumu değerlendirmede Cohen'in Kappa analizi kullanıldı. Bunun yanı sıra ölçülen değerlerin belirleyiciliğine göre bildirilen değerlerin duyarlılık ve özgüllüğü belirlendi. İyi uyumu belirlemedeki etkili değişkenleri saptamak için lojistik regresyon analizi yapıldı. Çoklu regresyon modeline, tek değişkenli analizlerde $p < 0.10$ düzeyinde anlamlılık veren değişkenler alındı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların 584'ü (%46.2) kız, 680'i (%53.8) ise erkektir. Yaşları 14-17 arasında değişen öğrencilerin yaş ortalaması 15.87 ± 0.88 yıl idi. Öğrencilerden 489'u (%38.7) 15 yaş ve altında, 400'ü (%31.6) 16 yaş, 375'i (%29.7) ise 17 yaş grubundadır. Çalışmaya katılan öğrencilerin annelerinin 929'u (%73.5), babalarının ise 664'ü (%52.5) ilköğretim mezunu, annelerinin 1005'i (%79.5), babalarının ise 75'i (%5.9) gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Ailelerin 231'inin (%18.3) gelir durumu aylık 500 TL altında idi. Çalışmaya katılan öğrencilerin 749'u (%59.3) ailesinin yanında ikamet etmekte idi. Erkeklerin bildirdikleri boy değerleri, ölçülen boy ölçülerinden daha düşük ($t=2.312$; $p=0.021$) iken, kızlarda fark bulunmadı ($t=0.464$; $p=0.643$). Kızlarda bildirilen ağırlık değerleri, ölçülen değerlerden daha düşük ($t=3.513$; $p=0.000$), erkeklerde ise farklı değildi. ($t=0.964$; $p=0.336$). Kızların bildirdikleri ağırlık ve boy değerlerinden elde edilen BKİ'leri, ölçülen değerlerden elde edilen BKİ'lerinden daha düşüktü ($t=2.408$; $p=0.016$) ancak, erkeklerde farklı değildi ($t=1.058$; $p=0.290$). Erkeklerin bildirdikleri ile ölçülen değerler arasındaki farkın ortalaması 0.15 kg, boyda 0.44 cm, BKİ'de ise -0.08

(kg/m²) iken kızlar için aynı değerler sırasıyla 0.47 kg, 0.05 cm ve 0.15 (kg/m²) idi. Ölçülen ve bildirilen değerlerin ortalamaları arasındaki standardize edilmiş farkın etki boyutu olarak Cohen'in d katsayısı kullanıldı. Cohen'in d değeri erkeklerde ağırlık değerinde 0.0061, boyda 0.037, BKİ'de ise -0.024 iken, kızlar için aynı değerler sırasıyla 0.045, 0.0046, 0.041 olarak bulundu. Erkeklerin bildirdikleri ile ölçülen değerleri arasındaki Korelasyon katsayısı kilo için 0.931,boy için 0.832, BKİ için 0.822 (P<0.000); kızlar için aynı değerler sırasıyla 0.953, 0.905, 0.914 (p<0,000). Bland Altman metoduna göre yapılan değerlendirmede bildirilen ve ölçülen kilo değerleri arasındaki farka göre %89.8'i iyi, %6.3'ü orta, %3.9'u kötü uyum göstermekteydi. Aynı değerler boy için %86.6, %8.7, %4.7 iken, BKİ için %88.2, %7.4, %4.4'tü. Ölçülen ve bildirilen değerlerden CDC'nin referans değerlerine göre hesaplanan BKİ sınıflaması yapıldı. Ölçülen değerlere göre erkek öğrencilerin 83'ü(%12.5) kilolu, 31'i (%4.7) obez iken, kız öğrenciler için bu değerler sırasıyla 74 (%13.2) ve 28 (%5.0) idi. Bildirilen değerlere göre erkek öğrencilerin 86'sı (%13.0) kilolu, 28'i (%4.2) obez iken, kız öğrenciler için bu değerler sırasıyla 65 (%11.6) ve 20 (%3.6) idi. Ölçülen ve bildirilen değerlerden CDC'nin referans değerlerine göre hesaplanan BKİ sınıflamaları arasındaki Kappa değeri erkekler için 0.735, kızlar için 0.765 idi. Erkeklerde obeziteyi belirlemede kendi bildirdikleri değer, ölçüm değerine göre duyarlılığı % 87.0, özgüllüğü %99.3 iken, kızlarda duyarlılık %81.0,özgüllük ise %99.8'di. Erkeklerde kilolu olmayı belirlemede kendi bildirdikleri değer, ölçüm değerine göre duyarlılığı % 78.5, özgüllüğü %97.1 iken, kızlarda sırasıyla %73.6, %98.9'dı. Erkeklerde kilolu olma ve obezliği belirlemede kendi bildirdikleri değer, ölçüm değerine göre duyarlılığı % 80.4, özgüllüğü %96.4 iken, kızlarda sırasıyla bu değerler %75.3, %98.7'diydi. Obez erkeklerin %6.0'sı kendini zayıf, %21.2'si normal olarak algılamakta, obez kızların ise hiçbiri kendini zayıf olarak algılamazken, %23.3'ü kendini normal olarak algılamaktadır. Kilolu erkeklerin %2.4'ü kendini zayıf, %43.5'i de normal olarak algılamaktadır. Aynı değerler kilolu kızlar için sırasıyla %1.3, %14.5' dir. Ağırlığı normal olan erkeklerin %36.3'ü kendisini zayıf, %9.3'ü kilolu, kızların ise %16.1'i kendisini zayıf, %28.8'i kilolu olarak algılamaktadır. Uyum değerlendirmesinde iyi düzeyde bulunmaya etkili değişkenler olarak, çok değişkenli analizde cinsiyet ve kilo algıları bulunurken, yaş, anne –baba öğrenim düzeyi, mesleği, kalınan yer değişkenleri ilişkili bulunmadı. Kızların erkeklere göre (OR: %95GA=1.549; 0.375-0.802) daha fazla yanıldıkları, kendilerini kilolu olarak algılayanların normal ağırlıkta olanlara göre (OR: %95GA= 1.677; 1.013-2.776) algı düzeylerinin daha iyi olduğu bulundu.

Tartışma –Sonuç ve Öneriler: Adolesan dönemde obezite ve kilolu olmayla ilgili sağlık programlarını yapabilmek ve değerlendirebilmek için geçerli bir izlem metodu gerekmektedir. Ağırlık ve boy için bildirilen değerlerin geçerlilik çalışmaları, önceleri ölçülen ve bildirilen değerlerin ortalamaları arasındaki farkın analizi yada değerler arasında korelasyon analiziyle yapılmıştır. Literatürdeki son çalışmalarda ise uyum ile ilgili analizlerin daha uygun olduğu bildirilmektedir. Bu bağlamda, Bland-Altman metodu ve Kappa analizi önerilmektedir. Çalışmada değişkenlerin uyumunu araştırmak için adı geçen yöntemlerin hepsi uygulanmıştır. Çalışmada bildirilen ve ölçülen değerler arasındaki uyumun, cins ve kilo algılarından etkilendiği görülmüştür. Kızların kilolarını olduğundan daha düşük, erkeklerin ise boylarını daha yüksek bildirdiğine dair yayınlar bulunmaktadır. Çalışma sonuçları da bu doğrultudadır. Türkiye'nin de aralarında bulunduğu yedi Avrupa ülkesi üniversite öğrencileri üzerindeki çalışma sonuçlarına göre Türk öğrencilerin Danimarka, Polanya, Bulgaristan ve İspanya'dan katılan öğrencilerle benzer şekilde BKİ'leri ve kilo algıları arasında uyumun bulunduğu ve bu durumun Almanya ve Litvanya'dan gelen öğrencilere göre daha iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir. Avusturya'dan benzer bir çalışmanın sonucu, kendi bildirimlerinde kilolu veya obez çocukların erkeklerde %31, kızlarda %30 oranında hatalı olarak sınıflandırıldığını bildirmiştir. Çalışma sonuçları ise kilolu erkeklerin %25.3, obezlerin %35.5'nin hatalı sınıflandığını, bu değerlerin kızlar için sırasıyla %28.4 ve %39.3 olduğunu gösterdi. Çin'de yapılan bir çalışmada ise hatalı sınıflama oranı %8.7 olarak bildirilmiştir. Adolesanda, kilo algısı gelecekteki sağlık davranışlarını belirlemede önemlidir. Ancak çalışma sonuçları, kilo algılarının gerçekten çok farklı olduğunu göstermiştir. Obez erkek (%27.2) ve kızların (%23.3) yaklaşık dörtte biri kendilerini zayıf veya normal olarak algılamaktadır. Çalışmanın önemli kısıtlılığı, Eğitim Araştırma Bölgesi öğrencilerinde boy ve kilo ölçümlerinin sık yapılması nedeniyle ülkeyi temsil etme gücünün sınırlı olmasıdır. Geniş ölçekli epidemiyolojik çalışmalarda adolesan grupta kendi bildirdikleri ağırlık ve boy değerleri, ölçüm ile bulunan değerleri yansıtmayabileceği için kilolu olma ve obezite kontrol çalışmalarında dikkatli kullanılmalıdır. Öğrencilerin kilo algılarında önemli yanılgıları olduğundan okul obezite kontrol programlarına ağırlık verilmesi gerektiği kanısına varıldı.

Anahtar kelimeler: Adolesan, Geçerlilik, Beden Kitle İndeksi

Kaynaklar:

- 1- John U, Hanke M, Grothues J, Thyrian JR. Validity of overweight and obesity in a nation based on self-report versus measurement device data. Eur J Clin Nutr 2006;60(3):372-7.
- 2-Elgar FJ, Roberts C, Tudor-Smith C, et al. Validity of self-reported height and weight and predictors of bias in adolescents. J Adolesc Health 2005;37:371-5.
- 3- Zhou X, Dibley MJ, Cheng Y, Ouyang X, Yan H. Validity of self-reported weight, height and resultant body mass index in Chinese adolescents and factors associated with errors in self-reports. BMC Public Health 2010; 10:190
- 4- Strauss RS. Comparison of measured and self-reported weight and height in a cross-sectional sample of young adolescents. International Journal of Obesity 1999; 23: 904-8
- 5- Mikolajczyk RT, Maxwell AE, Ansari WE, Stock C, Petkeviciene J, Guillen-Grima F. Relationship between perceived body weight and body mass index based on self-reported height and weight among university students: a cross-sectional study in seven European countries. BMC Public Health 2010; 10:40
- 6- Akhtar-Danesh N, Dehghan M, Merchant AT, Rainey JA. Validity of self-reported height and weight for measuring prevalence of obesity. Open Medicine 2008;2(3):e14-9
- 7- Larsena JK, Ouwensb M, Engelsen R C.M.E., Eisinga R, Striema TV. Validity of self-reported weight and height and predictors of weight bias in female college students. Appetite 2008;50: 386-9

Demografi ve Sağlık

793

MANİSA İLİ'NDE 2011 YILINA AİT ÖLÜM BİLDİRİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gonca Atasoylu¹, Serol Deveci¹, Deniz Altun², Tolga Ovacı¹, Mustafa Sertel¹, Duygu İşlek², Belgin Ünal²

¹Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü, ²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Sağlık programlarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için, sağlık sorunlarının boyutu ve doğasıyla ilgili geçerli, karşılaştırılabilir ve tam zamanlı bilginin bulunması gereklidir. Bu nedenle, düzenli ve güvenilir "ölüm nedeni istatistikleri" sağlık yönetimi için yaşamsal bir kaynaktır. Buna karşın, yirmi birinci yüzyılın başı itibarı ile, dünya nüfusunun önemli bölümü için güvenilir ölüm istatistiklerine ulaşılamamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) ülkelerce bildirilen ölüm nedeni istatistiklerinin kalitesinin, dünya nüfusunun sadece %12'sini temsil eden bölümü için "iyi", %17'lik bölümü için "orta", %5'lik bölümü için "düşük" olduğu; dünya nüfusunun %66'sı için veri bulunmadığı ifade edilmiştir (1).

Türkiye'de 1957 yılından bu yana ölüm verisi, il ve ilçe merkezlerinde derlenmekte; köylerden veri toplanmaması nedeniyle Türkiye genelini yansıtmadığı bilinmektedir. Ölüm kayıtlarının niteliği açısından da, geçerli olmayan nedenlerin kaydedilmesi gibi sorunlar bulunmaktadır. Bu nedenle, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile ölüm istatistiklerinin iyileştirilmesine yönelik bir proje yürütülmektedir. Proje doğrultusunda, 2009 yılı itibarı ile ülke genelinde ölüm bildirim sistemi yenilenmiştir. Yeni bildirim sistemi, Manisa İli'nde bazı eklemelerle uygulanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı Manisa İli'ndeki sağlık kurumları tarafından 2011 yılında yapılan ölüm bildirimlerinin değerlendirilerek Manisa İli kaba ve nedene özel ölüm hızlarının saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün veri tabanı kullanılarak 2012 yılında yürütülmüş kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır.

Manisa İli'nde ölüm bildirimleri 2011 yılından itibaren ölüm belgesinin elektronik ortamda doldurulmasına dayanmakta, veri internet üzerinden Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün veri tabanında toplanmaktadır. Belge, ülkedeki uygulamadan farklı olarak elektronik ortamda doldurulmaktadır. Ölüm nedenleri, formu dolduran hekim tarafından açık uçlu yazılmamakta, ICD-10 tanı kodu ile tanımlanmak zorundadır. Son ölüm nedeni kaydedilmeden ölüm belgesi sisteme kaydedilememektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Manisa İli'nde çalışmakta olan tüm hekimlere 2009 yılında ölüm belgesinin doldurulmasına ilişkin eğitimler verilerek uygulama başlatılmıştır. Elektronik ortamda kayıtlamayla ilgili güncelleme eğitimi 2011'de Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (AHBS) yayımlanan sunu yoluyla yapılmıştır. Ölüm olduğunda, ölüm belgesi sağlık kurumlarındaki hekimler tarafından, anlık veri akışının sağlandığı elektronik ortamda 3 nüsha olarak düzenlenmekte, aylık olarak, Müdürlüğe iletilen formlarla veri kontrolü yapılarak doğrulanmaktadır.

Çalışmada Manisa İli'nde 2011 yılında AHBS üzerinde doldurulan ölüm belgeleri incelenmiş, kaba ölüm hızı (KÖH) hesaplanmış, ölenlerin yaş, cinsiyet ve yerleşim yeri gibi temel tanımlayıcı özellikleri ve ölüm nedenlerinin dağılımı değerlendirilmiştir. Ölüm nedenlerinin gruplanmasında, DSÖ'nün Küresel Hastalık Yüklü Araştırması'nda kullanılan hastalık kategorileri temel alınmıştır (2). Buna göre ölümler Grup 1: Bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar, Grup 2: Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve Grup 3: Yaralanmalar olarak sınıflandırılmıştır. Manisa İli yaşa ve cinsiyete özel KÖH'leri ile nedene bağlı ölüm hızlarının hesaplanmasında, Manisa AHBS 2011 yıl ortası nüfus verisi (1.317.917) kullanılmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler yüzdeler ve aritmetik ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. Çözümleme OpenEpi ağ sayfasından yararlanılmıştır (3).

Bulgular: Manisa İli'nde 2011 yılında AHBS'ye 7.258 ölüm ve ölü doğum bildirilmiştir. Bunların %98,1'i (n=7.121) ölüm, %1,6'sı (n=115) ölü doğum, %0,1'i (n= 10) düşük, %0,2'sinin (n= 12) gebelik tahliyesi olduğu belirlenmiştir. Ölenlerin (n=7.121) %96,0'sının Manisa'da, %2,8'inin başka ilde bir aile hekimine kayıtlı olduğu, %1,2'sinin aile hekimine kayıtlı olmadığı saptanmıştır.

Manisa İli'nde bir aile hekimine kayıtlı olup ölenlerin %52,6'sı erkek, %0,8'i bebek, %78,9'u 65 yaş ve üzeri ve %55,8'i kentsel yerleşimlidir. Ölümlerin %57,1'i evde, %41,1'i hastanede gerçekleşmiş, %96,6'sı doğal ölüm olarak raporlanmış ve %0,6'sına otopsi uygulanmıştır. Kadın ölümlerinin %71,7'sinde anne ölümü olma durumu belirtilmemiştir.

Ölümlerin %28,8'inin (n=1.966) temel, ara ve son nedenlerin tamamını içerdiği, %2,4'ünün (n=164) hiçbir neden içermediği belirlenmiştir. Temel, ara ve son nedenlerin bildirilme oranları aynı sıra ile; %51,9 (n=3.545), %45,2 (n=3.086) ve % 97.6'dır (n=6.668).

Temel-ara-son ölüm nedenleri tümü (n=13.009) incelendiğinde, en az birinde geçersiz tanı kodu olan "J96-Solunum yetmezliği, başka yerde sınıflanmamış" ya da "I46-Kardiyak arrest" içerenlerin payı %6,4 (n=833) bulunmuştur.

Son ölüm nedenlerinin dağılımı incelendiğinde, Grup 1'in %4,6 (n=317), Grup 2'nin %92,0 (n=6.287), Grup 3'ün %0,5'lik payı (n=37) olduğu saptanmış; ölümlerin %2,8'i (n=191) ise son neden belirtilmediği (n=164) veya gruplamada tanımlanmadığından (n=27) değerlendirilememiştir.

Ölümlerin %48,1'i için (n=3.287) toplam 3.802 temel ölüm nedeni kaydedildiği; temel nedenlerin %95,1'inin (n=3.616) gruplamada tanımlandığı; tanımlananlar arasında Grup 1'in %2,9 (n=106), Grup 2'nin %96,9 (n=3.502), Grup 3'ün %0,2 (n=186) payı olduğu belirlenmiştir.

Son neden esas alındığında, ilk beş sırada; %16,4 ile iskemik kalp hastalığı (n=1.121), %9,4 ile serebrovasküler hastalık (SVH) (n=640), %4,1 ile kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) (n=282), %3,7 ile trakea, bronş ve akciğer kanseri (n=255) ve %2,7 ile alt solunum yolu enfeksiyonları (ASYE) (n=185) gelmektedir.

Erkeklerde, geçerli son nedenlerin dağılımında ilk beş sırada, %16,5 ile iskemik kalp hastalığı (n=594), %7,9 ile SVH (n=284), %6,2 ile trakea, bronş ve akciğer kanseri (n=221), %5,8 ile KOAH (n=210) ve %2,9 ile ASYE (n=105) gelmektedir.

Kadınlarda, geçerli son ölüm nedenlerin dağılımında ise ilk beş sırada, %16,3 ile iskemik kalp hastalığı (n=527), %11,0 ile SVH (n=356), %2,5 ile ASYE (n=80), %2,2 ile KOAH ve hipertansif kalp hastalığı (n=72), %1,0 ile trakea, bronş ve akciğer kanseri (n=34) yer almaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Manisa İl genelinde bir aile hekimine kayıtlı olup ölenler için KÖH binde 5.18 (Erkek: 5.47 - Kadın: 4.90) bulunmuştur. Nedeni değerlendirilebilen ölümler (n=6.641) dikkate alındığında, ölüm hızı Grup 1 ölüm nedenleri için %0,24 (Erkek: %0,27- Kadın: %0,21), Grup 2 için %0,4,77 (Erkek: %0,5,01- Kadın: %0,4,53), Grup 3 için %0,03 (Erkek: %0,04- Kadın: %0,02) hesaplanmıştır.

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler: Araştırma, Manisa'da ölüm belgelerinin tamamının hekimlerce ve ICD-10 tanı kodları kullanılarak doldurulan ilk çalışma olması nedeniyle önemlidir. Çalışmada binde 5,18 olarak hesaplanan KÖH, 2003 yılı ölümlerinin değerlendirildiği Ulusal Hastalık Yükü Araştırması'nda (UHYA) bulunan binde 6,3'lük (4) değerinin altında; 2009 TÜİK ülke verisinden (5) hesaplanan binde 5,07'lik değerinin üzerindedir. UHYA'da il ve ilçe merkezlerinin dikkate alındığı bilinmekte; TÜİK verisinde ölüm bildirim sistemi yeni değiştirildiği için kapsayıcılık sorunu olabileceği akla gelmektedir. Bu çalışmada ise sadece Manisa'da ölenlerden aile hekimi Manisa'da bulunanlar incelenmiştir. KÖH'ün, UHYA'dan düşük bulunmasının, ilde bir aile hekimine kayıtlı olmasına rağmen il dışında ölenlerin değerlendirilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Manisa'nın üçüncü basamak sağlık kuruluşu bakımından daha zengin olan İzmir'den yaygın olarak sağlık hizmeti aldığı bilinmektedir. Bildirim kaçağı ise daha düşük bir olasılık olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada formların doldurulma kalitesiyle ilgili bazı aksaklıklar olduğu fark edilmiştir. Bunlardan ilki, ölüm nedeni kaydedilmemiş formlar bulunmasıdır. Bu durum, uygulamanın başında fark edilmiş; sisteme müdahale yapılmış, bilgiler geriye dönük kaydedilmediğinden eksik olarak izlenmiştir. Kadın ölümlerinin %71,7'sinde anne ölümü olma durumunun işaretlenmemesi, yeni saptanmış bir aksaklık olup düzeltilmesi planlanmaktadır.

Ölüm nedeni olarak geçerli kabul edilmeyen solunum yetmezliği veya kardiyak arrest tanısının, sadece son neden belirtilen ölümler içinde %5,6 oranında kodlanması, ölüm nedeni istatistiklerinin hatalara açık olduğunu göstermektedir. Hekimlerin, eski alışkanlıkları doğrultusunda bu tanıları kullanmaya eğilimli oldukları anlaşılmakta, temel-ara-son neden kaydedilmiş ölümlerde geçerli kabul edilmeyen nedenlerin oranının %17,8'lik payı, bunu desteklemektedir. Bu tanıların, yalnızca tek nedenin kaydedildiği durumlar başta olmak üzere, kaydedilmesinin engellenmesine yönelik bir düzenleme gerektiği düşünülmektedir.

Ölüm nedenlerinin 3 gruba dağılımı incelendiğinde, son nedenler için sırasıyla %4,6, %92,0 ve %0,5; temel nedenler için %2,9, %96,9 ve %0,2 olarak izlenmiştir. Bu oranların gelişmekte olan ülkeler için %41, %50 ve %9; gelişmiş ülkeler için %7, %86 ve %7 olarak sıralandığı belirtilmektedir (4). Bu çalışmadaki dağılım, gelişmiş ülkelerinkine yakın görünmektedir. UHYA verisiyle karşılaştırıldığında, on yıl içinde, Grup 1 ve 3 nedenlerin payının azaldığı, Grup 2'nin arttığı fark edilmektedir (4). Bu durumun, ülkenin geçirdiği epidemiyolojik ve demografik değişime bağlı olabileceği değerlendirilmektedir.

Geçerli son nedenlerin dağılımı itibarı ile, en sık 5 neden karşılaştırıldığında, 1, 2, 3 ve 5. sıradaki nedenler, UHYA'dakilerle benzerdir. UHYA'da 4. sıradaki perinatal nedenlerin yerini, bu çalışmada trakea, bronş ve akciğer kanserinin aldığı izlenmiştir (2). Bu durum, son 10 yılda, ölümlülükte, solunum yolu kanserlerinin payının arttığını düşündürmektedir. Bu çalışmada, her iki cinsiyette ve toplamda perinatal nedenlerin bulunmaması, bu evredeki ölümlerin azalması ile bebeklerin bu süreyi atlatarak daha geç dönemde kaybedilmesinden kaynaklanmış olabileceğini akla getirmektedir.

UHYA'da, erkeklerde en sık beş ölüm nedeni, iskemik kalp hastalığı, SVH, KOAH, perinatal nedenler, ve trakea, bronş ve akciğer kanseri olarak sıralanmıştır (2). Bu çalışmada, solunum yolu kanserlerinin KOAH'ı geride bırakarak 3. sırada yer aldığı görülmesi, tütünle mücadelenin artarak sürmesi gerektiğini düşündürmektedir.

UHYA'da, kadınlarda en sık beş ölüm nedeni sırasıyla, iskemik kalp hastalığı, SVH, perinatal nedenler, ASYE ve KOAH'tır (2). Bu çalışmada ise, perinatal hastalıkların yerini ASYE'nin aldığı, onu KOAH ve hipertansif kalp hastalıklarının izlediği; listeye solunum yolu kanserlerinin girdiği görünmektedir. Erkeklerde ilk 5 ölüm nedeni arasında yer almayan hipertansif kalp hastalıklarının kadınlarda dördüncü sırada olması, tuz kısıtlaması başta olmak üzere doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılması için çalışmaların yaygınlaştırılması gerektiğini düşündürmektedir. KOAH ve solunum yolu kanserlerinin ilk beş sırada olması tütün kontrol çalışmalarında kadınların da hedeflenmesi gerektiğini desteklemektedir.

Ölüm bildiriminin elektronik ortamda yapılması ve tanı kodunun hekimlerce kodlanması, Manisa'da ve bilindiği kadarıyla Türkiye'de yeni bir uygulamadır. Veri kalitesinin yükseltilmesi amacıyla, sistemde düzenleme

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yapılması; ölüm nedenlerinin nedensellik bağı gözetilerek daha detaylı kontrol edilmesi; sık yapıldığı belirlenen hatalara yönelik hekimlerin bilgilendirilmesi planlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Ölümlülük, ölüm belgesi, ölüm kayıtları, ölüm nedeni

Teşekkür: Ölüm bildirimlerinin elektronik ortamda yapılmasını sağlayan İsmail YILDIRIM, Mehmet SAĞLAM'a teşekkür ederiz.

Konu: Demografi, Biyoistatistik, Epidemiyoloji

Kaynaklar:

1. Hill K. Making deaths count. Bull World Health Organ. 2006 March; 84(3): 162.
2. World Health Organization.The global burden of disease: 2004 update, 2008 (http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_AnnexC.pdf) (Son erişim tarihi: 17.07.2012)
3. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for PublicHealth, Versi on 2.3.1. (<http://www.openepi.com/OE2.3/Menu/OpenEpiMenu.htm>) (Son Erişim Tarihi: 17.07.2012)
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Rapor, 2004, RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Matbaası
5. Türkiye İstatistik Kurumu.Türkiye İstatistik Yıllığı 2011 (www.turkstat.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=1) (Son erişim tarihi: 17.07.2012)

Tıp için Sosyal Bilimler

299

HALK SAĞLIĞI ALANINDA AHLAK VE ETİK SORUNLARI

Murat Civaner

Uludağ Üniv.Tıp Fak.Tıp Tarihi Ve Etik A.D.

Ahlak; belli bir çalışma alanı, kültür, zaman, yer, toplum, hatta kişi için geçerli olan, diğer deyişle tanımlamaları değişen değersel / normatif kurallar iken, *Etik*, kısaca "ahlak'ın felsefesi" olarak adlandırılmaktadır. Epistemoloji, Ontoloji ve Estetik ile birlikte felsefenin dört temel alanından birini oluşturan Etik, ahlaki kuralların neliği (*non-normatif etik*), normların ne olması gerektiği (*normatif etik*) ve etik'in nasıl yapılması / çalışılması gerektiği (*metaetik*) üzerine çalışmalar yürütür. Etik'in çalışma alanları içinde; meslek etikleri, iş etiği, iletişim etiği, çevre etiği gibi pek çok alan bulunmaktadır. Bunlardan *Meslek Etiği* alanı içinde, tıbbi uygulamalardan kaynaklanan değer sorunlarını inceleyen *Tıp Etiği* alanı yer alır.

Alanların sınırlarını kolayca çizmenin olanaklı olmadığını ve bu tür sınıflama girişimlerinin temelde düşünme süreçlerine bir yöntem sağlamayı hedeflediğini göz önünde tutarak, sayılan çalışma alanlarının yanına, kesişen bir küme olarak *Biyoetik* de eklenebilir. Tıp Etiği ile eşanlımlı kullanılabilse de, Biyoetik sözcüğünün anlamı Encyclopedia of Applied Ethics'te daha geniş kapsamlı olarak, "*Biyoetik disiplinlerin uygulamalarından kaynaklanan etik sorunlarla ilgili çalışmalar*" biçiminde tanımlanmaktadır (1):

"Tıp etiği biyoetiğin ana bileşenlerinden biri olsa da, biyoetik tıp etiğinden daha geniş bir alana yayılır ve çevre bilimleri, cinsellik, üreme, genetik, nüfus, işsizlik, yoksulluk, ayrımcılık, suç, savaş ve işkence gibi insanların sağlığını olumsuz etkileyen çeşitli sosyopolitik ahlaki konuları da kapsar."

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ahlak:

Doğrudan insan ve toplum sağlığıyla ilgili yukarıdaki tanımlamayı, Halk Sağlığı alanı ile ilişkisi bağlamında düşününce iki saptama yapılabilir. Birincisi, her iki disiplinin çalışma alanlarının birbirlerine paralel olduğudur. Yukarıdaki tanımlamada yer alan çalışma alanları ile benzerliği, kongre temalarında da görmek olanaklıdır: “Sağlık ekonomisi”, “Demografi”, “Sağlık eğitimi”, “Çevre sağlığı”, “Toplum beslenmesi”, “Bulaşıcı hastalıklar”, “Afetler/kazalar”, “Kadın sağlığı/üreme sağlığı”, “Çocuk sağlığı”, “Kronik hastalıklar ve engellilik”, “İş sağlığı” gibi... Görüldüğü gibi her iki disiplin de tıbbi uygulamalardan / sağlık hizmetlerinden daha geniş kapsamlı alanlarda çalışmaktadır ve bu nedenle her ikisi de saptama, çözümleme ve önerilerinde sağlığın tüm belirleyenlerini dikkate almak durumundadır. Çünkü bilimsel bilgi bize, insanların ve toplumların sağlık düzeyinin; sadece erişebildikleri sağlık hizmetleri ile değil, fakat bundan daha çok barınma, beslenme, çalışma, çevre koşulları, eğitim koşulları, toplumsal sınıf, genetik özellikler gibi etmenlerce belirlenmekte olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bu alanlarda yapılacak çalışmaların sağlığın belirleyenlerini göz ardı etmesi bilimsel olmayacaktır.

Bağlantılı olarak; Biyoetik ve Halk Sağlığı alanında çalışanların bu bilgiden kaynaklanan belli yükümlülükleri olduğundan söz edilebilir. Örneğin biyoetik alanında çalışan bir uzmanın; yoğun bakım hizmetleri, tedavinin durdurulması, ötanazi, organ sağlama ve dağıtma gibi konular üzerinde çalışırken, makro sağlık politikalarını, maliyet-etkinlik temelli geri ödeme uygulamalarını dikkate almaması, ‘*kaynakların kısıtlılığı*’ söylemiyle hesaplaşmaması ve hatta sorunların oluşumunda trafik / yol güvenliği sorunlarını gözden kaçırmaması, saptama, çözümleme ve önerilerinde eksik, hatta yanlış yönlendirici olmasına neden olacaktır. Benzer biçimde, sağlık hizmetinden kaynaklanan zararların sorumluluğunu bugünkü yaygın *malpraktis* anlayışıyla doğrudan “hastaya son dokunan” sağlık çalışanına yüklemek, sağlık politikalarının, örgütlenme modelinin, altyapı sorunlarının etkisini dikkate almamak, çözüm önerilerini de kaçınılmaz olarak bireysel bilgi-beceri eğitimi ve ahlaki olgunluğa kısıtlayacaktır.

Sağlığın sadece sağlık hizmetlerine değil, çoğu toplumsal çeşitli belirleyenlere bağlı olduğu bilgisi,

Halk Sağlığı alanında çalışırken de benzer yükümlülükler getirir. Toplum sağlığı sorunlarını önceleme, çıkar çatışmalarından kaçınma, toplumu bilgilendirme gibi temel gerekliliklerin yanı sıra, çalışmalarda; sağlığın belirleyenlerini etkileyen tüm etmenler (*ulusal ve uluslararası ekonomi, tarım, gıda, barınma, sağlık, enerji, ulaşım, iletişim politikaları gibi*) ve bu etmenlere ilişkin bilimsel bilgi dikkate alınmalıdır. Örneğin *Sağlıkta Dönüşüm* ile getirilen performans dayalı ödeme, GSS, maliyet-etkinlik ölçütü gibi politikalar, herkesin doğal hakkı olan suların ticarileştirilmesi, siyanür kullanılarak yapılan madencilik, nükleer santral kurulması, ilaçta patent yasaları, insan hakları ihlalleri, savaşlar, özetle toplum sağlığını olumsuz etkileyen herşey Halk Sağlığı’nı ilgilendirir, Halk Sağlığı’nın çalışma alanıdır, Halk Sağlığı çözümleme ve önerilerinde dikkate alınmalıdır.

Bu noktada Halk Sağlığı disiplininin tanımına / kapsamına ilişkin tartışmaları anımsamak ve birkaç noktayı vurgulamak yerinde olacaktır. Halk Sağlığı uygulamalarının ilk örnekleri; bulaşıcı hastalıkların yayılımını engelleme ve onlardan korunma önlemlerinin sistematik uygulanması ile ortaya çıkmıştır. Ancak bu tür uygulamaların da etkisiyle, J. Williams’ın “Tıp Etiği Elkitabı”nda vurguladığı gibi, “20. yüzyılda Halk Sağlığı ve diğer sağlık hizmetlerinin (‘özel’ ya da ‘bireysel’) şanssız biçimde ayrılmasına tanıklık edilmiştir.” (2). Bu anlayış Halk Sağlığı’nın uzmanlık dallarından biri olarak görülmesine, toplumun sağlığıyla sadece Halk Sağlığı’nın, Halk Sağlığı’nın ise sadece koruyucu önlemlerle ilgilenmesi gerektiği düşüncesinin yerleşmesine neden olmuştur. Ayrıca, yine J. Williams’ın belirttiği gibi;

“(…) Halk Sağlığı, ‘kamu-kaynaklı sağlık hizmetleri’ anlamında anlaşıldığında (*bir ülkenin vergi sistemi veya zorunlu bir genel sigorta kullanılarak sunulan sağlık hizmetleri gibi*) ve ‘özel sektör kaynaklı sağlık hizmetleri’ nin (*bireyin cepten ödediği veya özel sağlık sigortasının karşıladığı ve herkesi kapsamayan sağlık hizmetleri*) karşısı olarak görüldüğünde ayrı bir karışıklık doğmaktadır.” (2)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Günümüzün piyasa temelli politikaları ile uyumlu olan bu anlayışlar, gereksinim duyulan Halk Sağlığı yaklaşımını tanımlamaktadır: Devletin sunacağı sınırlı kapsamdaki koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgilenen, teknik önlemler üzerine yoğunlaşan ve toplum sağlığı sorunlarının kökenlerinde sağlığın belirleyenlerini dikkate almayan bir yaklaşım. Fakat bilimsel bilgilere ve sağlığa ilişkin evrensel değerlere saygı göstermek, bu yaklaşımı benimsemeyi olanaksız kılmaktadır. Çünkü artık biliyoruz ve kabul ediyoruz ki,

- Sağlık hizmetleri ancak; kamu kaynaklarından finanse edilerek, nüfus temelli, ekip çalışmasıyla ve toplum katılımıyla yürütülen, gezici hizmetleri içeren bir örgütlenmeyle, geliştirici, koruyucu, sağaltıcı ve esenlendirici boyutlarıyla bir bütün olarak sunulduğunda gereksinimleri karşılayabilir.
- Sağlık sorunları ile mücadele etmek için sağlık hizmetleri tek başına yeterli değildir; sağlık toplumsal ve çevresel etmenlerle de belirlenmektedir.
- Sağlığın bu çok boyutlu etmenlerce belirleniyor olduğunun anlaşılması, evrensel bir insan hakkı olarak *sağlık hakkının* tanımlanmasına yol açmıştır. Sağlık hakkı; her bireyin, sağlığın tüm belirleyenlerine ilişkin en iyi olanaklara kavuşma hakkını ifade eder.

Bu nedenlerle; her sağlık çalışanı Halk Sağlığı yaklaşımıyla hizmet sunmalı, her Halk Sağlığı uzmanı ise sağlığın belirleyenlerine ilişkin olumsuz koşulların düzeltilmesi için çaba harcamalıdır. Bu çaba; sorunlara / nedenselliklere ilişkin bilgi üretmenin yanı sıra, sorunların kökenlerine karşı bir duruş da gerektirir. Bu duruş, kaçınılmaz olarak “politik” / “ideolojik” olacaktır; çünkü sağlık sorunlarının oluşum sürecini dikkate almak, kaçınılmaz olarak eşitsizliklere ve eşitsizliklere yeterince müdahil olmayan / olamayan politikalara itiraz etmeyi gerektirecektir. Aksi, değerlere ve bilimsel bilgiye saygı gösterilmemesi anlamına gelir: Politikalar dahil sağlığın belirleyenlerine etki eden etmenleri dikkate almayan Halk Sağlıkçı, hem meslek ahlakı yükümlülüklerini yerine getirmemiş, hem de sağlık hakkına saygı göstermemiş olur.

Etik:

Halk Sağlığı alanında; yukarıda sözü edilen türden / tanımlı ahlaki yükümlülüklerin yanı sıra, ahlaki kuralların yeterince yol gösterici olamadığı, yükümlülüklerin nasıl yaşama geçirileceğinin tartışmalı hale geldiği pek çok değer sorunu da söz konusu olabilmektedir. Bu türden durumlar, Biyoetik’in bir alt dalı olarak *Halk Sağlığı Etiği* alanı içinde ele alınmaktadır. Klasik kaynaklara bakıldığında, Halk Sağlığı alanının tanımlanmasındaki sorunun, değer sorunlarının tanımlanmasını da etkilediği, hatta belirlediği görülmektedir:

- Zorunlu toplum sağlığı önlemleri ve kişi özerkliğinin çatışması: Karantina, izolasyon, zorunlu bağışıklama ve tedavi uygulamaları
- Toplum sağlığını geliştirme ve koruma programları özel yaşama ne kadar müdahale edebilir? / “Sağlıklı yaşam” ve haklar çatışması
- Genetik tarama testleri: Gizlilik, ayrımcılık, onam
- Sağlık verilerinin/kayıtlarının gizliliği: Politika belirleyenlerce, geri ödeme kurumlarınca kullanılabilirliği, onam sorunları
- Toplum sağlığı araştırmalarına özel araştırma etiği sorunları

Bununla birlikte, Halk Sağlığı Etiği alanında geleneksel olarak tanımlanan bu başlıklara;

- Sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerine erişim hakkı – Kavramsal tanımlar / farklılıklar
- Sağlık hizmetlerine erişimde / kaynakların dağıtımında adalet
- Halk Sağlığı’nda paternalist yaklaşımın haklı çıkarılabilirliği
- Toplum sağlığı hizmetlerinde yararlılık yaklaşımının haklı çıkarılabilirliği / sınırları
- Kültürel farklılıklara duyarlılık: Nereye kadar?
- Toplum sağlığı girişimlerinde risk/yarar dengesini kurmak
- Bulaşıcı hastalıklarda hizmet sunma yükümlülüğünün sınırları
- Olağandışı durumlarda triyaj: Kısıtlı kaynakların dağıtımında önceliklendirme
- Şirketlerle ilişkiler / Çıkar çatışmaları
- Toplum sağlığının geliştirilmesi için genetik müdahalede bulunulmalı mı?
- Çevre sağlığı sorunlarında; tanımlama, araştırma, izleme ve müdahil olma yükümlülüklerinin sınırları...
- İşçi sağlığı alanında etik sorunlar: Toplum yararı ile kişisel haklar ve edinimler çatıştığında...
- Toplum sağlığı sorunlarıyla mücadele yöntemi / Politika belirleyenlerle ilişkiler

gibi pek çok başlık eklenebilir. Bildiride, bu ve benzeri etik sorunları / soruları ayrıntılandırılmakta, değersel çatışmaların nitelikleri ve boyutlarından söz edilmektedir. Bildiride ayrıca, ahlaki yükümlülüklerle ilişkin etik tartışmaları yürütmenin ve sağlık hakkını koruyacak çözümler üretebilmenin ancak Halk Sağlığı alanında çalışan herkesin katkısıyla olanaklı olduğu vurgulanmaktadır.

Anahtar sözcükler: Halk Sağlığı, Etik, Ahlak

Kaynaklar :

1. Gillon G. Bioethics, overview. in: Chadwick R, ed. Encyclopedia of Applied Ethics. 1st ed. San Diego: Academic Press; 1998. p.306.
2. Tıp Etiği Elkitabı. Türk Tabipleri Birliği yayını, Ankara, 2006.

600

İSTANBUL'DA OTİSTİK ÇOCUKLAR EĞİTİM MERKEZLERİNDEKİ ÖĞRENCİ EBEVEYNLERİNİN YAŞAMLARI BOYUNCA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN İNCELENMESİ

Sümeyye Arslan¹, Nimet Emel Lüleci², Seyhan Hıdıroğlu², Melda Karavuş²

¹Medeniyet Üniv. Sağlık Yönetimi, ²Marmara Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.

Giriş ve Amaç: Otizmli çocukların aileleri çoğunlukla kendilerini diğer ailelerden farklı tanımlarlar. Bu ailelerde şüphesiz stres travmatik bir durumdur. Aileler ilk olarak çocuklarındaki yetersizlik sebebiyle üzülürler, keder yaşarlar, ama sonunda durumu kabul ederler. Çocuklarını tutkuyla sevdiklerinin farkına varırlar. Çocukları ve otizm hakkında her şeyi öğrenirler (Ariel and Naseef 2006; 15, Voices from the Spectrum).

Anne-babalar tanımlanması oldukça güç olan bir seri davranış ile karşı karşıya kalmaktadırlar. İletişim kurmakta zorluk çeken bir çocuğun istekleri ve gereksinimleri ile ilgilenme, aile ortamında düzeni devam ettirmeye çalışma, tuhaf ve alışılmamış davranışlarla baş etme, tehlikeleri tanımayan çocuğu sürekli olarak denetleme ve bu arada kişisel gereksinimleri ve ailenin diğer üyelerinin gereksinimlerini gidermeye çalışma, yeterince yorucu ve stres vericidir (Üstüner Top 2009, Bircan 2004).

Bu çalışmanın amacı İstanbul'da otistik çocuklar eğitim merkezlerindeki öğrenci ebeveynlerinin yaşamları boyunca karşılaştıkları sorunları incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, İstanbul'da otistik çocuklar eğitim merkezlerindeki öğrenci ebeveynlerinin yaşamları boyunca karşılaştıkları sorunları incelemek amacıyla yapılan niteliksel bir araştırmadır. Araştırma için Marmara üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü klinik araştırmalar ön değerlendirme komisyonundan etik kurul onayı ve il milli eğitim müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde Mili Eğitim Bakanlığı'na bağlı otistik çocuklar eğitim merkezlerine devam etmekte olan öğrenci ebeveynleri oluşturmaktadır. Örneklemine çalışmaya katılmayı kabul eden 53 ebeveyn oluşturmaktadır. Araştırma Kasım 2010 ile Nisan 2011 tarihleri arasında İstanbul'daki otistik çocuklar eğitim merkezlerinde yapılmıştır. Araştırmaya alınan okullar; Bağcılar-İTO Otistik Çocuklar Eğitim Merkezi (OÇEM), Eyüp, Gaziosmanpaşa-100.yıl, Kağıthane, Küçükçekmece-Taştepe, Küçükçekmece-Yıldırım Beyazıt ve Zeytinburnu OÇEM' dir.

Araştırma niteliksel tipte planlandığı için örneklem büyüklüğü hesaplanmamıştır. Odak grup görüşmesine katılan bireyler olasılıksız örnekleme yöntemlerinden "gelişigüzel örnekleme" yöntemiyle belirlenmiştir. Veriler; soru formu, sosyo-ekonomik durum değerlendirme formu ve annelerle yapılan derinlemesine ve odak grup

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

görüşmeleri ile toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelere soru formu ve sosyo-ekonomik durumu ölçen sosyo-ekonomik durum değerlendirme formu doldurtulmuştur. Her bir formu doldurmak 8-10 dakika sürmüştür.

Anneler ile yapılan derinlemesine ve odak grup görüşmeleri için otizm konu rehberi oluşturulmuştur. Soruların ve otizm konu rehberi hazırlanmasında konuyla ilgili literatürlerden yararlanılmıştır. Annelerin altısı ile derinlemesine görüşme yapılmış, kırk yedisi ile odak grup görüşmesi yapılmış olup toplam elli üç anne ile görüşülmüştür. Yapılan odak grup görüşmeleri ve derinlemesine görüşmeler sırasında aynı görüşler tekrarlanmaya başladığında görüşmeler sonlandırılmıştır. Her bir derinlemesine görüşme ve odak grup görüşmesi ortalama 45'er dakika sürmüştür.

Çalışma hakkında annelere bilgi verilerek sözel onamları alınmıştır. Görüşmeler annelerin uygun olduğu zamanda randevu alınarak, çoğu okulda olmak üzere, kafelerde de gerçekleştirilmiştir. Annelerin izni ile görüşmeler ses kayıt cihazı ile ses kaydına alınmıştır. Ses kayıtları aynı gün yazıya aktarılmıştır. Ses kayıtları görüşmeciler tarafından çözümlenmiştir. Odak grup görüşmeleri sırasında elde edilen ses kayıtları araştırmacı tarafından çözümlenmiş olup; word ve excel programları kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Odak grup görüşmelerinden elde edilen verilerin değerlendirilmesi amacıyla araştırmacı tarafından ana ve alt temalar belirlenmiş daha sonra belirlenen temalar kodlanarak excel programı yardımı ile analiz edilmiştir. Araştırmanın çözümlenmesi için belirlenmiş olan temalar; Otizmin genel algılanışı, ilk tepki-şaşkınlık-kabullenme yaşam tarzı değişikliği, sosyal destek, sosyal etkinliklere katılım, toplum içinde karşılaşılan güçlüklerdir. Görüşleri belirtilen kişilerin meslek, eğitim durumu ile ilgili bilgiler parantez içerisinde belirtilmiştir. İç tutarlılığa ilişkin olarak ortaya çıkan temaların altında yer alan verilerin anlamlı bir bütün oluşturması, dış tutarlılığa ilişkin olarak da, temaların tümünün birbirlerinden farklı olmakla birlikte kendi aralarında anlamlı bir bütün oluşturması sağlanmıştır.

Verilerin istatistiksel çözümlenme aşamasında soru formu ve sosyo-ekonomik durum değerlendirme formundan elde edilen veriler SPSS programına girilmiştir. Niceliksel veriler bilgisayarda SPSS 11,0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: İstanbul'da otistik çocuklar eğitim merkezlerindeki öğrenci ebeveynlerinin yaşamlarını boyunca karşılaştıkları sorunları incelemek amaçlı çalışma bulguları iki grupta değerlendirilmiştir:

- 1) Aile ve otistik çocuğa ilişkin tanımlayıcı istatistiksel bulgular
- 2) Derinlemesine görüşme ve odak grup görüşmeleri sonunda elde edilen bulgular

1) Aile ve Otistik Çocuğa İlişkin Tanımlayıcı İstatistiksel Bulgular

Ailelerin %54,7'si (n=29) otistik çocuk dışında sadece bir çocuk sahibidir. %22,6'sının (n=12) otistik çocuk dışında başka bir çocuğu bulunmamaktadır. Çocuğun otistik olduğunu ilk fark eden kişi %52, 8 (n=28) oranla anne olarak bulunmuştur. Buna bağlı olarak, erken tanı ve tedavide annenin bilinçlendirilmesinin önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Çocuğun otistik olduğunun fark edilmesi % 70,6 (n=36) oranında 2 yaşına kadar gerçekleşmektedir. Verilere göre 1-3 yaş arası fark edilme oranı %88,2 (n=45) oranında gerçekleşmiştir. Yapılan benzer araştırma sonuçlarına göre de otistik çocuğa tanı konulma yaşının büyük oranla 1-3 yaş arasında gerçekleştiği tespit edilmiştir..

2) Derinlemesine Görüşme ve Odak Grup Görüşmeleri Sonunda Elde Edilen Bulgular

Alt sorunlar ölçüt alınarak maddeler halinde değerlendirilmiştir. Otizm konu rehberine göre sorular sorulmuştur.

1) Otizmin Genel Algılanışı:

- a) Otizm ile ilgili olarak genel olarak bildikleriniz nelerdir?

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

“Ben pek anlamıyorum o şeyden de, genetik gibi bir şey. Kendi dünyasında bir şey işte, seninle benimle ilgilenmiyor.” (ilkokul mezunu, ev hanımı).

b) Çocuğunuzun otizm olduğunu öğrendikten sonra neler hissettiniz?

“Böyle içimde bir korku oluştu. İlk duyduğumda 2,5 yaşındaydı. Olduğum yere düştüm, nasıl olabilir neden ben dedim hani olur ya, ondan sonra o kadar hani, doktor farklı yaklaştı ki o bende de bir başkasında olabilir bu demek değil ki bir dahaki çocuğunda da böyle bir şey olacak. Ama ben yıkıldım mahvoldum tabi kendimi rahatlatmak için mücadele etmeye çalıştım ama... Eşim biraz böyle hayata large bakan bir insan, oda içinde farklı şeyler yaşamıştır ama birimizin ayakta kalması için soğukkanlı davranması gereken o idi.” (ilkokul mezunu, ev hanımı)

2) “Yaşam Tarzı Değişikliği”

Yaşamınızda herhangi bir değişiklik oldu mu? Otistik çocuğa sahip olmanız yaşamınızı nasıl etkiledi?

“Tabi çok değişti hayatım. Zorlanıyorum her yere gidemiyorum. Kendim için hastaneye gittiğim zaman zorlanıyorum. Ama onun için gittiğim zaman bir sorun olmuyor. Zaten öncelik ona olduğu için gidiyoruz hemen çıkabiliyoruz. Hayatımızı onlara göre düzenledik zaten yaşamımızı.”(üniversite mezunu, ev hanımı).

b) Çocuğunuzun otizm olduğunu nasıl öğrendiniz? (Siz mi fark ettiniz yoksa doktor tanısı ile mi öğrendiniz?)

“Zaten bir yaşında iken değişiklik vardı, fark ettik, biz fark ettik. Doktora götürdük. Doktor anlayamadı. Ben daha sonra gittiğimde otistik bozukluk tanısı konulduğunu söyledim ben anlayamamıştım dedi. Aile anlayacak yani bunu.” (üniversite mezunu, ev hanımı).

3) “İlk Tepki-Şaşkınlık-Kabullenme”

Öğrendikten sonra ilk tepkiniz nasıl gelişti? Şaşkınlık- inkâr ya da kabullenmeme süreçleri sizde nasıl gelişti?

“Ben nerdeyse yani kafayı yiyordum o esnada. Psikologa gittim baktım çaresi yok ben dedim çocuğumu benimseyim, ileriye doğru gideyim.” (lise mezunu, ev hanımı).

4) “Sosyal Destek”

Sosyal destek kaynaklarınız sizce yeterli mi? Uyum sürecinde var olan sosyal desteklerinizin sizin bu duruma uyum sağlanmanız açısından ne gibi bir etkisi olmuştur?

“Kimse yok. Hepsi uzaktalar ama annem gelirdi rahmetli olduktan sonra biraz daha yalnız kaldım. Ben çağırırdım o on iki saatlik yoldan gelirdi.” (ilkokul mezunu, ev hanımı).

5) “Sosyal Etkinliklere Katılım”

Çocuğunuzun otistik olduğunu öğrendikten sonra sosyal aktivitelere katılımınızda herhangi bir değişiklik oldu mu? Oldu ise bu değişim ne yönde oldu?

“Okula başlayalı çocuk okulda olduğu zamanlarda ben kendime biraz biraz zaman ayırmaya başladım. Çocuk okulda olmadığı zamanlar çok mecburi değilsem hiçbir yere gitmiyorum. Çok mecburiysem kayınvalideme-görümçeme diyorum. Bir-iki saatliğine alıyorlar. Yani ben sinemaya gidiyim anne görümce siz beş dakika bakın olayı yok.” (Üniversite mezunu, ev hanımı).

7) “Toplum İçinde Karşılaşılan Güçlükler”

Toplum içinde ne gibi güçlüklerle karşılaştınız?

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

“Bunu keşke bir gazeteci sorsa da söyleseydim. Bir otobüse biniyorsun diyorsun çocuğum rahatsız yer verir misin o da yok veremem diyor. Kendisi oturuyor ama çoğu kişi de kalkıp veriyor. Çok çok oluyor öcü gibi bakanlar falan var. (Lise mezunu, ev hanımı).

“En çok problem yaşadığımız hastan. En zoru o ya. Orada çok sorun yaşıyoruz.” (Yüksekokul mezunu, ev hanımı).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Anneler otistik çocuğa sahip olmanın, onların yaşamlarını tamamen olumsuz etkilediğini, tüm hayatlarını çocuklarına göre planladıklarını, tüm ilişkilerinin kısıtlandığını, sosyal hayatlarının bittiğini, hayatlarının ev ve çocuklarından ibaret olduğunu belirtmişlerdir. Bircan (2004), aileye katılan birey özürli bir çocuk olduğunda aile içi ilişkilerde ve aile fonksiyonlarında bazı sorunlar ortaya çıktığını belirtmiştir. Otistik çocuğun aileye katılmasıyla anne-babaların bir kısmı iş yaşamlarının etkilendiğini dile getirmiştir. Ancak, Görgü (2006), otistik çocuğa sahip ailelerin büyük çoğunluğunun duygusal ve bilgisel sosyal destek aldıkları sonucuna ulaşmıştır.

Ebeveynlerin büyük bir kısmı, bu durumu kabullenme sürecinde duygusal olarak büyük sıkıntılar çektiklerini, stres yaşadıklarını ve depresyona girdiklerini belirtmiştir. Bu süreçte eşler birbirlerini suçladıklarını, neden bizim çocuğumuz diyerek inkâr ettiklerini, kabullenme sürecinde daha hassas olduklarını ancak zaman geçtikçe kabullendiklerini ifade etmişlerdir. Annelerin çoğu duruma hemen uyum sağlayamadıklarını belirtmişlerdir. Ancak zaman ilerledikçe uyum düzeylerinin arttığını, kabullendiklerini ifade etmişlerdir. Ailelerin yarısından fazlası, sosyal destek kaynaklarının çok yetersiz olduğunu belirtmiştir. Çocuklarının otistik olduğunu öğrendikten sonra hayatta tamamen yalnız kaldıklarını ifade etmişlerdir. Yurtdışında yapılan çalışmalar arasında, Gowen et al (1989), Quitter et al (1990), benzer bulgulara ulaşarak, annelerin yaşadığı depresyon ve stres belirtilerinin düşük sosyal destekle ilişkili olduğunu savunmuşlardır.

Annelerin toplum içinde karşılaştıkları güçlükler bakıldığında; annelerin tümü insanların kendilerine ve çocuklarına karşı anlayışlı ve ilgili olmadıklarını ifade etmişlerdir. Yaşamlarının tüm alanlarında; otobüste, hastanede, markette, manavda vb. insanların onlara ve çocuklarına karşı anlayışlı davranmadıklarını, dikkatli bakışları ile onları rahatsız ettiklerini ifade etmişlerdir.

Çalışma sonunda; ebeveynlerin çocuklarına otizm tanısı konduğunda bunu kabullenmekte zorlandıkları, yaşam şekillerinin büyük ölçüde değiştiği, kendilerini çevreden soyutladıkları, daha duygusal oldukları, gelecekte endişe duydukları, yapmak istedikleri birçok şeyden vazgeçtikleri, toplum içinde birçok güçlükler yaşadıkları sonucuna varılmıştır.

Bu araştırma sonuçlarına göre otizm toplum tarafından bilinen bir bozukluk değildir. Annelerin çocuğun bakımı, tedavisi ve yetiştirilmesi sürecinde en fazla zorluk yaşadıkları kısmın bu alan olduğu görülmektedir. Sivil toplum kuruluşları, kitle iletişim araçları ile bu bozukluğun topluma tanıtılması gerektiği,

Otizm tedavisi multidisipliner çalışmayı gerektirdiği için ailelerin birçoğu eğitimle ilgili, bakımı ve tedavisi ile ilgili maddi sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu verilere dayanarak, maddi yetersizlikten dolayı sunulan hizmete ulaşamayan veya yararlanamayan birey ya da ailelere devletin desteklediği ve finanse ettiği sağlık hizmetlerinin sunulması gerektiği,

Otizmin tanısının geç konulduğu ve çocukta anormallik olduğunu ilk fark eden kişinin anne olduğu görülmektedir. Bu anlamda, ülke genelinde yaşamın üçüncü ayından başlanarak, yaşamın ilk iki yılına kadar tarama programlarının başlatılması otizmin erken teşhisini ve tedavinin daha iyi sonuçlar vermesini sağlayacaktır. Çocuğunda bozukluk olduğunu ilk fark eden kişilerin onların anneleri olması sebebiyle, annelerin yeterli olarak bilinçlendirilmesinin sağlanması gerektiği önerilebilir.

Anahtar sözcükler: ebeveynler, niteliksel çalışma, otistik çocuklar, otizm, sorunlar

Kaynaklar:

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ariel C. and Naseef R. (2006), Voice From Spectrum, Parents, Grandparents, Siblings, People with Autism, and Professionals Share Their Wisdom, London, UK.

Bircan GA., Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi; Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2004.

Gowen, J. W., Johnson-Martin, N., Goldman, B.D., & Appelbaum, M. (1989). Feelings of depression and parenting competence of mothers of handicapped and nonhandicapped infants: A longitudinal study. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 259-271.

Görgü E. (2006). 3-7 Yas Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Üstüner Top F, Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadığı Sorunlar ve Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Araştırma, *Çocuk Dergisi*, 9(1):34-42, 2009.

Quitter, A.L., Glueckauf, R.L., & Jackson, D.N. (1990). Chronic parenting stress: Moderating and mediating effects of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1266- 1278.

Sağlık Ekonomisi

957

KALP HASTALIKLARININ HASTANE MALİYETLERİ VE ETKİLEYEN ETMENLER

Kaan Sözmen¹, Özlem Pekel², Tuba Sevim Yılmaz², Ceyda Şahan Akduman², Ali Ceylan², Ercan Güler², Eren Korkmaz², Belgin Unal²

¹Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir, ²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,

Giriş-Amaç: Kalp damar hastalıkları (KDH) hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki en önemli mortalite ve morbidite nedenlerindedir. Türkiye’de Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması sonuçlarına göre tüm ölümler içinde %21.7’lik oran ile iskemik kalp hastalıkları ilk sırada yer almaktadır. Ülkemizde kalp damar hastalıkları ile ilgili hastane maliyeti ve bunu etkileyen etmenler üzerine bir çalışma daha önce yapılmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları ilgili hastalığa yönelik ortalama ne kadar harcama yapıldığı, maliyetleri oluşturan birimlerin büyüklüğü (tanı, tedavi, hemşirelik hizmetleri) konusunda önemli bilgi sağlayacaktır. Bu çalışmanın amacı bir üniversite hastanesinde koroner kalp hastalığı ve kalp yetmezliği ile ilişkili maliyetlerin hesaplanması ve maliyetleri etkileyen etmenlerin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Araştırma kesitsel tipte hastalık maliyeti çalışmasıdır. Araştırma grubu 2008 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne koroner kalp hastalığı tanısıyla başvuran ve yatarak tedavi gören toplam 325 bireyden oluşmaktadır. Kişilerin aynı yıl içinde koroner kalp hastalığı tanısıyla tekrarlayan başvuruları olduğunda ilk başvuru dikkate alınmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni hastalık maliyeti, bağımsız değişkenler ise yaş, cinsiyet, koroner arter hastalığı öyküsü, inme öyküsü, hipertansiyon hastalığı varlığı, diyabet varlığı, kalp yetmezliği öyküsü, hiperlipidemi varlığı, sigara kullanımı, atrial fibrilasyon öyküsü, daha önce antiagregan kullanımı, acil servise başvuru varlığı, miyokard infarktüsü (MI) tanısı almış olma, tedavi olarak koroner by-pass olmak ve yoğun bakım tedavisi almaktır.

Veri toplama işleminde araştırma grubunu oluşturan bireylerin dosyaları hastane arşivinden elde edilmiştir. Maliyetler Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) perspektifinden hesaplanmıştır. Hastane maliyetleri, hastanenin başhekimlik faturalama bölümünden ilgili hasta için temin edilmiştir. Maliyetler ameliyat, tıbbi malzeme giderleri, yatak ücretleri, ilaç, laboratuvar, tıbbi uygulamalar, hemşirelik uygulamaları, kan ürünleri, anestezi,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

radyolojik tanı yöntemleri, hekimlik uygulamaları bileşenlerinden oluşmakta ve SGK tarafından belirlenen birim fiyat ile uygulamaların sayısının çarpımı sonucunda elde edilmektedir. Tüm veriler ortalamaları ve standart sapmalarıyla birlikte sunulmuştur. Verinin normal dağılıma uyumu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde maliyetlerdeki negatif değerleri önlemek ve normal dağılıma uymayan maliyet verisinin analizinde en küçük kareler yöntemi yerine “log link” fonksiyonlu ve gama dağılımlı genelleştirilmiş doğrusal model (GLM) kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların %26.1'i anjina (89 kişi), %55.1'i MI (188 kişi), %17.9'u kalp yetmezliği (61 kişi) ve %0.9'u kronik iskemik kalp hastalığı (3 kişi) tanısı almıştır. Anjina tanısı olan bireylerin yaş ortalaması 61.3 ± 9.5 , MI'da 63.5 ± 12.6 Kalp yetmezliğinde 66.9 ± 13.0 ve kronik iskemik kalp hastalığında 58.3 ± 5.7 'dir. Hastalıkların cinsiyet dağılımı incelendiğinde anjina tanılı bireylerin %64.0'ı, MI'luların % 74.5'i, kalp yetmezliği olanların %55.7'si ve kronik iskemik kalp hastalığı olanların %66.7'si erkektir. Ölüm oranları Anjina, MI ve KY'de sırasıyla %3.4, %4.8 ve %11.5'dir. Anjina, MI, kalp yetmezliği ve kronik iskemik kalp hastalığı için ortalama hastane maliyeti sırasıyla 1880 ± 2982 TL, 2760 ± 2832 TL, 2913 ± 5424 TL ve 5175 ± 6489 TL, ortalama yatış süresi ise sırayla 4.6 ± 4.9 , 6.9 ± 6.1 , 10.6 ± 9.3 , 7.3 ± 6.1 gündür. Birim maliyet olarak en yüksek maliyet sırasıyla 879 TL ile ameliyatlara, tıbbi uygulamalar (718 TL), yatak ücreti (493 TL) ve 448 TL ile malzeme giderleridir. Toplam maliyetlerin ise ameliyatlara %22.2, tıbbi malzemeler %13.9, yatak ücretleri %13.0, ilaç %8.8, laboratuvar %3.3, tıbbi uygulamalar %3.3, hemşirelik uygulamaları %2.0, kan ürünleri %1.9, anestezi %0.8, radyolojik tanı yöntemleri %0.7, hekimlik uygulamaları %0.3'ünü oluşturmaktadır.

Genelleştirilmiş doğrusal regresyon modelinde yaş sürekli, cinsiyet, koroner arter hastalığı öyküsü, inme öyküsü, hipertansiyon hastalığı varlığı, diyabet varlığı, kalp yetmezliği öyküsü, hiperlipidemi varlığı, sigara kullanımı, atrial fibrilasyon öyküsü, acil servise başvuru varlığı, miyokard infarktüsü tanısı almış olma, tedavi olarak koroner bypass olmak, yoğun bakım tedavisi almak ise dikotom değişken olarak kullanılmıştır. Geriye doğru doğrusal regresyon modelinde, diyabet öyküsü maliyet oranı (MO):1.5, sigara kullanımı MO:1.4, koroner arter bypass yapılması MO:4.3 hastalığın ölümle sonuçlanması MO=-0.43, koroner yoğun bakımda kalma MO:1.8 değişkenleri anlamlılıklarını koruyarak modelde kalmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, koroner kalp hastalığının hastane maliyetini ve etkileyen etmenleri kapsamlı olarak değerlendirmektedir. Hastalık maliyeti, hem hastanın başvuru öncesi özellikleri (diyabet öyküsü, sigara kullanımı) hem de hastalığın süreciyle ilgili değişkenlerle (MI tanısı almış olmak, koroner arter bypass ameliyatı yapılması, hastalığın ölümle sonuçlanması, koroner yoğun bakımda kalma) ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmanın güçlü yanı, aşağıdan yukarıya (bottom-up) maliyet hesaplama yönteminin kullanılması ve birçok değişkenin değerlendirilmiş olmasıdır. Bunun yanında hastanenin işletme giderlerinin (temizlik, elektrik, su, tıbbi malzeme vb) ve personel giderlerinin (hekimlik, hemşirelik) hesaplanmamış olması, elde edilen maliyetlerin sosyal perspektife göre daha düşük olmasına yol açmıştır. Ancak bu durumun maliyetler ile değişkenler arasındaki gözlenen ilişkiye etkisinin minimum düzeyde olduğunu düşünülebilir. Bu çalışmadaki sonuçlar modelleme çalışmalarında, tanı ilişkili grupların oluşturulmasında, toplum temelli girişimler sonucu kalp hastalıklarının önlenmesi sonucunda kurtarılacak maliyetin gösterilmesinde kullanılabilir. Ancak gelecekte yapılacak çalışmalarda hastalık sürecindeki dolaylı maliyetlerin de hesaplanması koroner kalp hastalığının toplumsal maliyeti konusuna ışık tutacaktır.

Anahtar kelimeler: hastalık maliyeti, kalp hastalıkları, hastane

10- Sağlık Eğitimi

444

TÜTÜNLE MÜCADELEDE KURUMSAL SİGARA BIRAKMA MÜDAHALESİ UZUN DÖNEM SONUÇLARI

Ali İhsan Bozkurt¹, Emel Dikbaşı¹, Şerif Ali Cengiz², Erdal Erikoęlu³, Servet Güneş⁴, Elif Turhan¹, Evrim Tahta⁵, Celile Hatipoęlu¹, Dilek Akdoęan⁶, Mevlüt Şahin⁷

¹Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

²Denizli İl Millî Eğitim Müdürlüğü

³Denizli Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü

⁴Denizli Zeytinköy Aile Sağlığı Merkezi

⁵Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

⁶Denizli İl Halk Sağlığı Müdürlüğü

⁷Denizli Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Sigara önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tütünle mücadelede başlamanın önlenmesinin yanı sıra toplumdaki yüksek içicilik oranları dolayısıyla bırakmanın da özel olarak desteklenmesi gereklidir.

Bu çalışmada iki farklı kurum (Denizli İl Millî Eğitim ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü) çalışanlarına uygulanan kurumsal sigara bıraktırma müdahalesinin uzun dönem sonuçları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından 2008 yılında İl Millî Eğitim Müdürlüğü ve 2009 yılında Denizli Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü'nde gerçekleştirilmiştir.

Öncelikle personele uygulanan ve 42 sorudan oluşan bir anket ile çalışanların sigara içme profili çıkarılmıştır. Daha sonra sigara içenlere yönelik toplu bir eğitim verilmiştir. Gerek anketler gerekse de eğitim sırasında sigarayı bırakmak ve danışmanlık hizmeti almak isteyenler belirlenmiştir.

Sigara bırakma konusunda danışmanlık hizmeti, müdürlük binasında sağlanan bir mekânda verilmeye başlanmıştır. Danışmanlık, sigara bıraktırma konusunda formal eğitim almış gönüllü hekimlerce yüz yüze görüşme tekniği ile verilmiştir.

Danışmanlık sırasında farklı sigara bırakma müdahaleleri uygulanmıştır. Uygulanan müdahaleler, gereksinime göre eğitim modülü, davranış terapisi, motive edici görüşmeler ya da nikotin replasman tedavileridir.

Her iki çalışmada da hastaların kendi beyanları esas alınarak sigara bırakma durumları belirlenmiştir.

Bulgular: Denizli İl Millî Eğitim Müdürlüğünde 51'i kadın 117'si erkek toplam 168 çalışana anket uygulanmıştır. Sigara içenlerden 44 kişi danışmanlık hizmetinden yararlanmışır. Dördüncü yıl sonunda sigara bırakma konusunda danışmanlık hizmeti alan 44 kişiden 35'ine ulaşılmıştır. Yedi kişiye tayin oldukları ve 2 kişiye emekli oldukları için ulaşamamıştır. Dördüncü yıl itibariyle 9 kişinin halen sigarayı bırakmış durumda olduğu belirlenmiştir (Bırakma oranı % 25,7). Sigarayı bırakmış olan 3 kadın çalışanın tekrar sigaraya başladığı saptanmıştır.

Denizli Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğünde 22'si kadın 42'si erkek toplam 64 çalışana anket uygulanmıştır. Üçüncü yılın sonunda çalışanlardan sigara bırakma konusunda danışmanlık hizmeti alan 19 kişiden 6'sının halen sigarayı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

birakmış durumda olduğu belirlenmiştir (Bırakma oranı % 31,5). Bunların dışında bir kişinin 6 ay süreyle bıraktıktan sonra tekrar başladığı saptanmıştır. Danışmanlık hizmeti alanlar dışında bir çalışanın eşi de bu program sayesinde sigarayı bırakmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Günümüzde tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak kabul edilen sigara alışkanlığından vazgeçilmesinde profesyonel yardımın başarıyı arttırdığını bilmekteyiz (1) Ancak sigara bıraktırma programlarının sigara içme prevalansında % 1-2 azalma sağladığı bildirilmektedir (2). Sigara bırakmada kurumsal müdahale kişilerde henüz rahatsızlık oluşmadan farkındalık oluşturarak sigarayı bırakmaya yönlendirme yapılması ve kişinin kendi kurumunda zaman ve iş kaybı oluşturmadan danışmanlık hizmetini alması nedeniyle önemlidir. Bu nedenle müdahaleden elde edilen uzun dönem (3. yılda % 31,5, 4.yılda % 25,7) sigara bırakma oranları önemlidir ve başarılıdır. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada bir yılın sonunda bırakanlar arasında sigarasız kalma başarısı % 43.4 bulunmuştur (3). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniğine başvuranların 1 yıllık takip sonuçlarında % 64 sigara bırakmışlığın devam ettiği belirlenmiştir (4). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigara bırakma hızları 1. yılda % 46.2 bulunmuştur (5).

Elde edilen bu sonuçlar, kurum amirlerinin desteği ve iyi organize olmuş programlarla çalışanların kendi kurumlarında sigarayı bırakma açısından desteklenmesinin başarıya ulaştığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Bırakma, Müdahale, Çalışan

Kaynaklar:

1. Kiter G, Başer S, Akdağ B, Ekinci A, Ünal N, Öztürk E. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran olguların sigara içme özellikleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2008; 56(1): 30-36
2. Levy D, J Gitchell J, Chaloupka F, The effects of tobacco control policies on smoking rates: A tobacco control scorecard.
3. Çan G, Öztuna F, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52(1): 69-74
4. Tezcan B, Öncel M, Sunam G. Sigara Bırakma Polikliniğinden Yardım isteyen hastaların 1 yıllık takip sonuçları. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012; 37(2):103-106
5. Dr. Rifat KÖKTEN Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Çalışmalarının Değerlendirilmesi EDİRNE-2008 (Uzmanlık Tezi)

674

MANİSA'DA SEÇİLEN KENTSEL VE GECEKONDU BÖLGELERİNDE YETİŞKİNLERDE SAĞLIK OKUR-YAZARLIĞI VE ETKİLİ FAKTÖRLER

Pınar Erbay Dünder, Bahadır Dede

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D

Giriş-Amaç: Sağlık okur-yazarlığı, kişinin sağlık hizmetlerine ulaşabilme sağlık bilgisine sahip olma, temel sağlık bilgilerini yorumlayabilme anlayabilme kapasitesi olarak tanımlanır. Ayrıca, sağlıkla ilgili karmaşık metinleri okuyup anlamayı, analitik ve karar verici beceriyi ve bu beceriyi sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi de içermektedir. Kişiler, sıklıkla bilgiyi değerlendirme, riskleri ve kazançları analiz etme, dozajları hesaplama, test sonuçlarını anlamlandırma ya da sağlıkla ilgili bilgilere nasıl ulaşabilecekleri gibi karmaşık bilgi ve tedavi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kararlarıyla karşı karşıyadır. Kaliteli bir sağlık hizmeti için hastaların, rahatsızlıklarını doğru ifade edebilmeleri ve semptomları olduğu gibi tanımlayabilmeleri gerekmektedir. Yerinde sorular sormaları, verilen tıbbi tavsiyeyi ve tedavi yönergelerini anlayabilmeleri ideal koşullarda beklenen özelliklerdir.[1] Düşük sağlık okur-yazarlık düzeyinin sağlık bilgilerini anlayabilmede zayıflığa, prosedür ve talimatları yerine getirmede zorluklara ve sağlık hizmetlerine erişimde problemlere neden olduğu gösterilmiştir.[2]

Bu çalışmanın amacı Manisa’da seçilen aile sağlığı birimi bölgesinde yaşayan erişkinlerin sağlık okur-yazarlığı düzeyinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç-Yöntem: Çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma Manisa’da kentsel bölgede yer alan Uncubozköy ve gecekondu bölgesi olan Horozköy’de yürütülmüştür. Araştırmanın evreni belirtilen bölgelerde Aile Hekimlerine kayıtlı 20-64 yaş grubundaki 4580 kişidir. Örnek büyüklüğü Epi-info-Statcalc programında sağlık okur yazarlığı prevalansı (%42) [3], %95 güven sınırı ve %5 sapma ile 346 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmada küme örnekleme yöntemi kullanılmış, Sağlık Müdürlüğüne kayıtlı adres listelerinden rastgele 34 küme başı hane belirlenmiştir. Her bir kümenin büyüklüğü 10 hane olarak belirlenmiştir. Küme başı olarak belirlenen adresteki eve gidildikten sonra anket formu uygulanmış, iki ev atlanıp üçüncü eve gidilerek veri toplama işlemine 10 eve ulaşıncaya kadar devam edilmiştir. Araştırmaya katılım oranı %82.3 (n=283)’dür. Araştırmanın bağımlı değişkeni sağlık okur-yazarlığı düzeyidir. Bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikleri, bireysel sağlık özellikleri, beslenme özellikleri, kronik hastalık varlığı ve özellikleri ile medyadan yararlanma durumu olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni olan sağlık okuryazarlığını belirlemek için literatür taraması yapılmış, araştırmacılar tarafından 15 sorudan oluşan bir Sağlık Okur-Yazarlık Ölçeği geliştirilmiştir.

Ölçek üç alt bileşenden oluşmaktadır. Birinci alt bileşen likert tipi yanıtlardan oluşan 11soru içermektedir. Sorular kişilerin hastanedeki sağlık hizmeti kullanımı sırasında karşılaştıkları sorunlar, hastane personeli ile ilişkisi, önerilen ilaçları kullanma durumlarına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. İkinci alt bileşen ilaç doz hesabı ve ilaç kullanma zamanı ile tansiyonun normal değerini ölçen 3 soru, üçüncü alt bileşende ise 10 tane tıp teriminin bilinme durumu sorgulanmıştır. Ölçek değerlendirmesinde 1. Alt bileşende her bir yanıt 1’den 5’e puanlandırılmış, 2.Alt bileşende doğru yanıt 1 puan, yanlış yanıt 0 puan, 3.Alt bileşende her bir bilinen terim için 1 puan verilmiş, böylece toplam puan hesaplanmıştır. Araştırmada alınan puan toplamı maksimum 68, minimum 11 puan olarak belirlenmiştir. Dağılımın kesme noktası olarak ortanca değeri alınmış, buna göre 48.0’ın üzerinde puan alanlar sağlık okur yazarlığı açısından yeterli, altındakiler yetersiz olarak değerlendirilmiştir.

Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenlerde Ki kare testi, sürekli değişkenlerde Student’s t testi kullanılmıştır. Çok değişkenli analizde lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun %51.9’u kentsel %48.1’i gecekondu bölgesindedir. Araştırma grubunun yaş ortalaması 37.7 ±11.9, %63.3 ü kadın, %63.6 sı evlidir. Meslek dağılımı olarak %41,7’si nitelsiz işlerde çalışanlar ve işsizlerden oluşmaktadır. Eğitim durumunda %25.4 ü ilköğretim mezunu, algılanan gelir durumu açısından %75.6’sının geliri giderine eşittir. Başka bölgeden göç %61.1 düzeyindedir ve bu göçlerin %60.0’ı Doğu ve Güneydoğu bölgelerindedir. Kişilerin bireysel sağlık durumlarını değerlendirildiğinde %32. 1’i sigara kullanmakta, %64.3 ü tansiyon ve kan şekeri değerlerini %91.2 si vücut ağırlığını ölçtüğünü, %53.0 fiziksel aktivite yaptığını ve %64.0 ü kendi sağlığından memnun olduğunu ifade etmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sağlık hizmeti kullanımında çalışmaya katılanların %52.3'ünün ilk başvuru yeri aile hekimidir. %61.1'i hastalandığında nereye başvurması gerektiğini bildiğini, %85.2'si doktora hastalandıkça başvurduğunu, %40.6'sı hekimle iletişim sorunu yaşamadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %75.3 ü yiyecek ve içeceklerin son kullanma tarihine her zaman bakmaktadır.%44.5 içme suyu olarak damacana kullanmaktadır.%50.5'i damacananın daha sağlıklı olduğunu düşünmektedir.%20.1 i açıkta satılan ürün almamaktadır. Çalışmaya katılanların kronik hastalık öyküsü sorgulandığında %31,1 inde kronik hastalık bulunmaktadır, bunların en sık görülenleri %12.7 ile hipertansiyon ve %8.8 ile diyabettir. Kronik hastalığı olanların %64,6'sı hastalığı nedeniyle gelişebilecek problemlerin kısmen farkındadır. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma durumu %72.4 ile doktordan, %13.1 ile yazılı ve sözlü basındır. Bu kapsamda hemşire ve ebelerden bilgi alma çok sınırlıdır (%7.1).

Araştırma grubunun sağlık okur yazarlığı %54.8 düzeyinde yeterlidir. Kentsel bölgede sağlık okur yazarlığı düzeyinin yeterli olma oranı %62.6 ile gecekondu bölgesinden (%46.3) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.005$).

Sağlık okur-yazarlığı ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde gençlerde, Manisa'ya göçle gelenlerde, bekarlarda, çocuğu olmayanlarda, yüksek eğitimlilerde, yüksek eğitimli anne,baba ve eşe sahip olanlarda, sağlık okur yazarlığı düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sağlık okur yazarlığı ile bireysel sağlık durumu arasındaki ilişkiler incelendiğinde; tansiyon ve kan şekerini, vücut ağırlığını her zaman ölçtürenlerde, fiziksel aktivitesini düzenli olarak yapanlarda, sağlık durumundan memnun olanlarda, hekimle iletişim sorunu yaşamayanlarda sağlık okur yazarlığı düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).Ayrıca yiyecek ve içeceklerin son kullanma tarihini her zaman kontrol edenlerde, açıkta satılan ürün almayanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterlidir.

Sağlık okuryazarlığında tek değişkenli analizde anlamlı olan değişkenlerle oluşturulan regresyon modelinde sosyal sınıf, eğitim ve medyayı takip etme anlamlı kalan değişkenler olmuştur. Orta [(15.0 (3.0 -73.8))] ve alt [(16.8 (3.6-77.7))] sosyal sınıfta olmak, eğitimsiz [(7.2(1.5-33.8)] olmak ve medyayı orta düzeyde[(3.5(1.8-6.5)]ve hiç [(5.1(1.7-15.0)] takip etmemek sağlık okur yazarlığının yetersiz olmasında riskli değişkenlerdir.

Tartışma: Manisa'da kentsel ve gecekondu bölgelerinde yürütülen bu çalışmada erişkinlerin ancak yarısı sağlık okur yazarlığı açısından yeterli bulunmuştur. Kentsel bölgede sağlık okuryazarlığı anlamlı olarak gecekondu bölgesinden yüksektir. Çalışmada sağlık okur yazarlığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu kapsamda araştırmanın en önemli kısıtlılığını oluşturan erkek katılımcılara ulaşmada yetersizlik göz önünde tutulmalıdır.

Literatürde erkeklerde sağlık okuryazarlığı düzeyi belirgin olarak düşük bulunduğuna ilişkin yayınlar vardır[4] Sağlık okuryazarlığı ile yaş arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır. Ancak çok değişkenli analizde yaş önemini kaybetmiştir.

Eğitim durumu hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analizde anlamını koruyan bir değişken olmuştur. Emmerton ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da düşük eğitimlilerde sağlık okuryazarlığının yeterli olmadığı, ilaç uyumunda sorunlar yaşandığı belirtilmektedir.[5]

Kronik hastalığı olup hastalığı hakkında gelişebilecek problemlerin farkında olanlarda sağlık okur yazarlığı yeterlidir. Çalışmanın sonucuna göre, yetersiz sağlık okur-yazarlığı, hastaları kronik hastalıklar konusunda eğitmekte ciddi bir engeldir. Araştırmanın en önemli bulgularından biri medya takibinin sağlık alanındaki etkisidir. Yazılı ve sözlü basında sağlıkla ilgili haberlerin önemi açıktır. Bu çalışmada da medyayı düzenli takip

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

edenlere göre orta düzeyde ve hiç takip etmediklerini ifade edenlerde sağlık okuryazarlığının yetersiz olma riski istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Sonuç ve Öneriler: Araştırma erişkinlerin sadece yarısı sağlık okuryazarlığı açısından yeterlidir. Kentsel bölgede yeterli olma oranı daha yüksektir. Sosyal sınıf eğitim ve medyayı takip etme sağlık okuryazarlığında anlamlı değişkenlerdir. Kişilerin sosyal sınıfı ve eğitim düzeylerini istenen düzeye getirmenin güçlüğü yanında medyanın rolü tartışılmaz biçimde ön plana çıkmaktadır. Topluma medya aracılığıyla sağlıkla ilgili doğru mesajların verilmesi, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesinde önemli bir araç olacaktır.

Kaynaklar:

[1] Rima R, Irwin K, Kentaro Y. Literacy and Health in America. Policy information Report. Policy Information Center. Educational Testing Service. Princeton. 2004. P: 2-3; 42.

[2] Nielsen-Bohlman L, Panzer Allison M., Kindig D. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Committee on Health Literacy. Institute of Medicine of The National Academies. The National Academies Press. Washington, DC. 2004; 65-81.

[3] Bodur S., Filiz E. Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve İlişkili Faktörler : 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi İzmir 2010, Kongre Kitabı;s:195

[4] Healty People 2010: Understanding and Improving Health. US Department of Health and Human Services. 2nd ed. Washington, DC: US Government Printing Office, November 2000.

[5] Emmerton LM, Mampallil L, Kairuz T, McKauge LM, Bush RA." Exploring health literacy competencies in community pharmacy." Health Expect. 2012 Mar;15(1):12-22

930

SAĞLIK MESLEK LİSESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK DAVRANIŞLARI İLE SAĞLIK DENETİM ODAĞI VE ÖZ YETKİNLİK İLİŞKİSİ: NIĞDE ÖRNEĞİ

Yasemin Durduran¹, Said Bodur¹, Çiğdem Samancı Tekin²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, ²Sağlık Meslek Lisesi, Niğde

Giriş ve Amaç: Bireyin sağlığını koruma ve geliştirme adına yapabileceklerini bilmesi, sağlıklı ve kaliteli bir yaşamın gereklerindedir. Bu anlamda ergenlik yılları yapıtaşı sayılabilir. Özellikle gelecekte sağlık hizmeti verecek olan sağlık personeli adayı gençlerin kendi sağlığı için neler yapması gerektiğinin farkında olması beklenir. Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin ergenlik döneminde sağlıkla ilgili eğitim almaları ve ileriki yıllarda sağlık eğitimi verecekleri de düşünüldüğünde; sağlık inançları, uygulamaları ve kendi sağlığının denetimindeki sorumluluk bilinci önem kazanmaktadır. Bu çalışma, sağlık meslek lisesi öğrencilerinin eğitimlerinin başında ve sonunda sağlık davranışları ile sağlık denetim odağı ve öz yetkinlik ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve Yöntem: Betimsel tipteki bu araştırma, Niğde ilindeki mevcut iki sağlık meslek lisesi öğrencilerinde 2012 yılında yapıldı. Mesleki eğitimin etkisini dikkate alarak birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri örnekleme alındı. Çalışma öncesinde etik kurul izni ile gerekli kurum izinleri alındı. Veriler, anket ve iki ölçek yardımıyla toplandı. Ankette, öğrencilerin demografik bilgileri ile spor yapma, sigara içme, beslenmede nelere dikkat ettikleri gibi sorular yer aldı. Ölçek olarak; 8 maddeden oluşan Sağlık Öz yetkinlik Algısı Ölçeği ile 18 maddelik Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği A Formu kullanıldı. Anket ve 6'lı likert tipi cevaplar içeren ölçekler, ön bilgilendirmeden sonra katılımcılar tarafından gözetim altında dolduruldu. Demografik özellikler ve sağlık davranışları bağımsız; sağlık öz yetkinlik ve sağlık denetim odağı algılama durumu bağımlı değişken idi. Betimlemede yüzde, ortalama, standart sapmadan yararlanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, nümerik verilerin karşılaştırılmasında t-testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı.

Bulgular: 175 öğrencinin % 53'ü birinci sınıf, % 47'si dördüncü sınıfta okumaktaydı. Katılımcıların % 31'i erkek, % 69'u kız öğrenciydi ve % 56'sı hemşirelik, % 44'ü acil tıp teknisyeni bölüm öğrencileriydi. Beslenmesine dikkat ettiğini belirtenler % 65, dişlerini düzenli fırçalayanlar % 37, düzenli spor yapanlar % 21, sigara içenler % 10 düzeyindeydi. Sağlık öz yetkinlik algısı ölçeğinde 40 üzerinden puan ortalaması 27 ± 7 idi. Sağlık öz yetkinlik ölçeği toplam skoru yönünden sınıf, bölüm, ailevi gelir algısı, kaldıkları yer, spor yapma durumuna göre farklılık yoktu ($P > 0.05$). Buna karşılık kızlarda ($p = 0.046$) ve herhangi bir kronik hastalığı bulunanlarda ($p < 0.001$) diğerlerine göre daha düşüktü. Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinde 108 üzerinden puan ortalaması 67 ± 11 idi. Bu ölçeğin toplam puanı cinsiyete, bölüme, spor yapma durumuna, ailevi gelir algısına, kaldıkları yere göre farklılık göstermezken ($p > 0.05$), toplam puan ($p = 0.023$) ve dış güç denetim odağı skor ortalaması ($p < 0.001$) dördüncü sınıftakilerde birinci sınıflara göre daha düşüktü.

Tartışma/Sonuç, Öneriler: Bu çalışmanın bulgularına göre öğrencilerin dış fırçalama, düzenli spor yapma düzeyi düşüktür. Beslenmesine dikkat etmeyenler de üçte bir kadardır. Bu çalışmada olduğu gibi başka çalışmalarda da (Tabak ve Akköse 2006) cinsiyete ve spor yapma durumlarına göre sağlık denetim odağı skorlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmada sağlıkla ilgili konularda denetim odağını belirleme birinci sınıflarda daha yüksektir. Lise öğrencilerinde beslenme ve stresle baş etme eğitimi ile ilgili yapılan bir çalışmanın sonunda adölesanların stres yönetimi ve beslenmeye yönelik sağlık davranışlarında eğitimden sonra bir artış olduğu gözlenmiştir (Geçgil ve Yıldız 2006). Belki ayrıca eğitimin içeriği de tartışılmalıdır. Sağlık davranışlarından birisi olan beslenme davranışı ile öz yetkinlik ve iyimserlik tutumu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sağlıkla ilgili bölümde okuyan öğrencilerin beslenme davranışları açısından sağlık öz yetkinlik düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür (Açıkgöz 2006). Bu, sağlık özyetkinlik ve sağlık denetim odağı açısından üniversite eğitiminin sağlık meslek lisesine göre daha etkin olduğu şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamıza katılan öğrenciler arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösteren öğrenci yüzdesi düşüktür. Bu çalışmada elde edilen bulgular, sağlıkla ilgili bu algı ve uygulamaları mesleki eğitim yıllarının fazla etkilemediğini düşündürmektedir. Ülkemizde sağlık personeli ihtiyacının bir bölümünün sağlık meslek lisesi mezunlarından karşılandığı düşünülürse, bu liselerde kişisel sağlık denetimi ve öz sorumluluk ile ilgili konulara yer verilmesinin gündeme getirilmesi düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: Sağlık öz yetkinlik, sağlık denetimi, sağlık meslek lisesi, öğrenci

Kaynaklar:

Açıkgöz S. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ile özyetkinlik ve iyimserlik ilişkisi : Ankara Üniversitesi örneği. Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, 2006.

Tabak R, Akköse K. Ergenlerin Sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkileri. TAF Preventive Medicine Bulletin 2006;5(2):118-30.

Geçgil E, Yıldız S. Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle baş etme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006;10(2): 19-28.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 2011-2012 YILI İNTÖRNLERİNİN PRATİSYEN HEKİM OLARAK YETERLİLİK ALGILARI

zehra Kılınc Bulut, Yılmaz Palancı, Yunus Karadeniz, Ali Ceylan, Perran Toksöz

Dicle Üniv.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Amaç: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, tıp fakültesinden mezun olmak üzere olan internlerin sık karşılaşılan bazı hastalıkların tanısını koyabilme, tedavisini planlayabilme, acil durumlara müdahale edebilme, tıbbi uygulamaları, resmi işlemleri yapabilme ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki bazı becerileri yapabilme konularındaki yeterlilik algılarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma evrenini 2011- 2012 eğitim yılında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gören internler oluşturmuş ve toplam 112 intötrnün 90'ına ulaşılmıştır. (%80,3).Haziran ayında yürütülen bu çalışmada Çekirdek Eğitim Programından (ÇEP) seçilen ve birinci basamakta sık karşılaşılan 15 hastalığın tanısını koyabilme ve tedavilerini planlayabilme, 12 acil duruma müdahale edebilme, 9 resmi işlemi yapabilme ve 35 beceriyi tıp eğitimi sırasında yapma ve mezuniyet sonrası karşılaştığında yapabilme algısı ile ilgili soru içeren anket internlere zarfla birlikte dağıtılmış ve kapalı zarfla veriler geri toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 24,7±2,1, %73,1'i erkektir. Katılımcıların %23,6 si fen lisesi, %29,1'i Anadolu lisesi, %34,5'i düz lise ve % 12,7 si meslek lisesi mezunudur. Öğrencilerin seçilen bazı hastalıklara tanı koyma ve tedavi edebilme algıları sorulmuş, buna göre; katılımcıların tamamına yakını akut üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) ve Anemi tanısını koymada ve tedavi etmede kendini yeterli gördüğünü ifade etmiştir. Buna karşın %15,6'sı menenjit, %23.3'ü parazitozlar, %14.4'ü depresyon ve %27,8'i derin ven trombozu (DVT) tanısını koymada kendini yeterli görmemektedir. Katılımcıların %96,7'si ÜSYE, %94,4'ü anemi ve %88,9'u Gastro özefageal reflü tedavisi konusunda kendini yeterli görmüş, %34,4'ü depresyon, %48,9'u DVT ve %33,3'ü menenjitlerin tedavisinde yeterli görmemiştir.

Aynı şekilde öğrencilere seçilen acil durumlara müdahale edebilme algıları sorulmuştur. Katılımcıların %85,7'si astım atağına %89,8'i konversiyona, %95,9'u Akut Myokard enfarktüsü ve %71,4'ü pulmoner ödeme müdahalede kendini yeterli görürken, %18,4'ü kesici delici alet yaralanmasına, %10,2'si akut batına ve %54,5'i doğum eylemine müdahalede kendisini yeterli görmemiştir.

Çalışmada birinci basamakta yapmaları gereken resmi işlemler ile ilgili algıları da sorulmuştur. İnternlerin %95,9'unun reçete düzenleme yeterlilik algıları yüksek, %57,6'sı personel denetimi yapma ve %34,7'si sağlık eğitimi yapma konularında, %49'u personelden savunma isteme, %54,9'u adli rapor yazma, %59,2' bir üst makama yazı yazma ve %53,1'i ölü muayenesi yapma konularında ise algıları düşük bulunmuştur. Katılımcıların %60,6'sı birinci basamaktaki bağışıklama hizmetlerini uygulama konusunda kendini yeterli görürken, %39,4'ü yeterli görmediğini belirtmiştir.

ÇEP'e göre öğrenilmesi gereken becerileri tıp eğitimi sırasında yapma ve karşılaştığında yapabilme algıları sorularına katılımcıların %98'i tansiyon, ateş, nabız ölçümü,%93,4'ü dikiş atma %81,8'i damar yolu açma %97,4'ü İM enjeksiyon ve idrar sondası takma, %95,9'u nazogastrik sonda uygulama, yara debritleme ve pansuman,%94,7 'si kalp masajı, %82,9'u hava yolu açma,%92,1'i CVP ölçme,%93,6'sı EKG çekme gibi becerileri hasta üzerinde en az bir kez uygulamış olduklarını,yine bunlara benzer oranlarda mezuniyetten sonrada karşılaştıklarında da yapabileceklerini belirtmişlerdir.

İntötrnlerin %64,9'u jinekolojik muayene, %59,7'si smear alma, %56'sı doğum yaptırma, %23,9'u epizyotomi açma, %59,0'u kardiyak defibrilasyon uygulama, %32,9 'u lomber ponksiyon (LP) uygulama, %70,4'ü kulak zarı muayenesi becerilerini hasta üzerinde uyguladıklarını ve karşılaştıklarında da yaklaşık aynı oranlarda yapabileceklerini belirtmişlerdir.

Tartışma: Araştırmamızda ÜSYE, Anemi, gastroenterit gibi hastalıklara tanı koyma ve tedavi edebilmede intötrnlerin tamamına yakını kendilerini yeterli görmektedir. Göçgeldi(1) ve Telatar'ın (2) yapmış oldukları

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiş olup bu durum öğrencilerin polikliniklerde ve stajlarda bu tür hastalıklarla sık karşılaşmalarına bağlı olabilir.

Buna karşın menenjit, parazitoz, depresyon ve derin ven trombozu gibi hastalıklara tanı koyma ve tedavi etmede kendilerini yeterli görme algıları daha düşüktür. Sonuçlar 2010 yılında fakültemizde yapılan çalışma ile ve diğer çalışmalarla da uyumludur(1,2,3). Bu durum; bu tür hastalıkların tanı ve tedavisi için daha çok uzmanlık bilgisi ve laboratuvar desteği gerekmesine bağlı olabilir. Aynı şekilde öğrenciler, astım atağı, konversiyon, pulmoner ödem ve doğum eylemi gibi acil durumlara müdahalede kendilerini daha çok yetersiz algılamaktadırlar. Bu da Özün ve arkadaşlarının(4) yaptığı çalışma ve diğer çalışmalarla uyumludur(1,2,3).

Özgün ve arkadaşlarının Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde(KATÜ) yapmış olduğu çalışmada intörnlerin %49,1'inin bir üst makama yazı yazabilecekleri,%49,1'inin sağlık eğitimi yapabilecekleri,%21,6'sının reçete yazabilecekleri saptanmıştır. Araştırmamıza katılan intörnlerin algıları reçete yazma dışında KATÜ deki intörnlerle benzerdir.

Sonuç ve öneriler: Ankette belirtilen hastalıklara tanı koyma ve tedavi edebilmede, müdahale ve tıbbi uygulamalarda internlerin çoğunluğunda yeterlilik algısının yüksek, ancak Depresyon, DVT, menenjit gibi bazı hastalıkların tanı ve tedavisini yapabilme, reçete düzenleme dışındaki adli rapor yazma, ölü muayenesi vb resmi işlemler, birinci basamak bağışıklama hizmetlerini yürütme algıları düşük bulunmuştur. Aynı şekilde jinekolojik muayene, doğum yaptırma, kardiyak defibrilasyon ve LP gibi becerileri uygulayabilmede kendilerini yetersiz bulmaktadırlar. Tıp eğitimi sırasında resmi işlemlerle ilgili uygulamalarla bazı girişimsel becerilerin önce mesleki beceri laboratuvarlarında öğretilmesi ve klinik stajları sırasında daha çok uygulama yapmalarının sağlanmasının yararlı olacağı kanısına varılmıştır. .

Anahtar Sözcükler: Tıp Eğitimi, İntörn, Yeterlilik Algısı

Kaynaklar:

Göçgeldi E,İstanbuluoğlu H,Koçak N,Ceylan S,Çetin M,Uçar M.Son sınıf tıp öğrencileri kendilerini birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak yeterlilikte görüyor mu? Tıp Eğitimi Dünyası dergisi,temmuz2011, sayı:31,sy29-37

1. Telatar TG, Özsirkinti H, Temel T, Arslan A, Polat H, Yafla Z, Odabası O, Elçin M, Aslan D, Vaizoglu SA, Güler Ç. Dönem VI öğrencilerinin intörnlik eğitimi sonundaki mesleki beceri düzeylerinin saptanması. Hacettepe Tıp Dergisi 2005;36:239-247.
2. Karadeniz Y, Ceylan A, Toktaş İ, Saka G, Ertem M, Toksöz P. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinin Pratisyen Hekim Olarak Yeterlilik Algılarının Değerlendirilmesi. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. P280. 18-22 Ekim 2010 İzmir.
3. Özgün Ş, Topbaş M, Çan G. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi 2002-2003 Yılında Eğitim Gören İntörn Hekimlerin Bazı Acil Durumlar, Hastalıklar ve Klinik Girişimler Konusunda Yeterlilikleri. 9.Ulusal Halk Günleri (Çevre Sağlığı) 28 Eylül-1 Ekim 2005 Ankara.

859

7-11 YAŞ ARASI OKUL ÇOCUKLARINA 'TEMEL YAŞAM DESTEĞİ PROGRAMININ' UYGULANMASI

Nurhan Özata¹, Nursen Nahcivan²

¹İstanbul Üniversitesi,İstanbul Tıp fakültesi, ²İstanbul Üniversitesi,Florence

Nightingale Hemşirelik Fakültesi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş ve Amaç: Temel ilk yardım önlemlerinin sağlık personeli dışındaki bireylere öğretilmesi yaşam kurtarmada çok önemlidir (Bollig ve ark. 2009; 2011, Frederick ve ark. 2002). Ülkemizde hastane öncesi acil bakıma yönelik Temel Yaşam Desteği (TYD) eğitimleri yetersizdir ve belli bir eğitim standardı oluşmamıştır. Yetişkinlere yönelik yapılan pek çok çalışmada sağlık ve sağlık dışı meslek üyelerinin TYD bilgi ve becerilerin yetersiz olduğu, uygulamakta tereddüt ettikleri ve uygulayanların da performanslarının düşük olduğu gösterilmiştir (Altıntop ve ark. 2000; Bilir ve ark. 2007; Karahan ve ark. 2005; Şener ve ark. 2004; Türkan ve ark. 2005; Yürümez ve ark. 2007).

Çeşitli araştırma raporlarında yaşam kurtarıcı temel ilk yardım eğitimlerinin okul eğitiminin bir parçası olması gerektiği, çocuklara uygun eğitim verildiğinde, hayat kurtarıcı girişimleri sergileyebildikleri belirtilmektedir (Lubrano ve ark. 2005; Nader ve ark. 1993; Uray ve ark. 2003). Bu araştırma raporlarında ilk yardım eğitimine başlangıç yaşı olarak 6-12 yaş aralığı önerilmekle birlikte erken yaş ilk yardım uygulama isteğine yönelik daha pozitif bir tutum gelişmesinde ve güven oluşmasında etkili görülmektedir (Bollig ve ark. 2009; 2011).

Ülkemizde ise daha çok ilk yardıma ilişkin bilgi düzeyini değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda çocukların ilk yardım konusunda yetersiz oldukları ve okullarda verilen ilk yardım bilgisinin çocuklarda bilgi ve davranış değiştirmede yeterince etkili olmadığı gösterilmiştir (Bakır ve Öztürk 2006; Vaizoğlu ve ark. 2003). Bu çalışma ile 7-11 yaş arasındaki okul çocuklarına uygulanan temel yaşam desteği programının etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu yolla elde edilen verilerle, okul çağı çocuklarında TYD bilgi ve becerisini geliştirmeye yönelik sağlık programlarına katkı sağlamak hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Ön test – son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü deneysel tasarım tipinde planlanan araştırma, Şubat-Mayıs 2010 tarihlerinde İstanbul’da ikili öğretim yapan bir devlet ilköğretim okulunda yürütülmüştür. Çalışma için Etik Kurul, kurum izni ve çalışmaya alınan çocukların velilerinden yazılı izin alınmıştır. Çalışma örneklemini ilgili okulda öğrenim gören, son 6 ay içinde temel yaşam desteği eğitimi almamış, akut yada kronik sağlık problemi olmayan, araştırma için 7-11 yaş arasındaki öğrenciler oluşturmuştur (N=1127). Deney grubu öğleden sonra eğitim alan öğrenciler arasından, kontrol grubu ise sabah eğitim alan öğrenciler arasından seçilmiştir. Örneklem büyüklüğü power analizi ile hesaplanmıştır. Yapılan hesaplamada 0.80 güçlük değeri 0.05 yanılma düzeyi, 0.30 ortalama etki düzeyi ve 0.20’lik fark öngörülerek her bir gruba 103 katılımcının alınması uygun bulunmuştur. Uygulamalarda denek kaybı olasılığı nedeniyle, 124 öğrenci deney, 122 öğrenci kontrol grubuna alınmıştır.

Çalışma verileri, araştırmacılar tarafından Avrupa Resüsitasyon Komitesinin 2005 klavuzundaki temel yaşam desteği basamaklarına uygun (Handley ve ark. 2005) olarak hazırlanan, Temel Yaşam Desteği Beceri Kontrol Listesi ile toplanmıştır. Çeşitli çalışma raporları ve otoriteler (American Academy of Pediatrics; Bollig ve ark. 2009; Connolly ve ark. 2006; Frederick ve ark. 2002; Isbye ve ark. 2006) göğüs basısı, yapay solunum uygulaması ve otomatik eksternal defibrilatör kullanımını içeren KPR eğitiminin 10-15 yaşta başlaması gerektiğini tavsiye etmeleri nedeniyle bu çalışmada *sunu solunum ve göğüs basısı dışındaki* beş temel girişime odaklanılmıştır. Bu doğrultuda çalışmadaki sonuç değişkenleri; *1-Kazazedenin bilinç durumunu doğru değerlendirme, 2-Acil yardım merkezinin numarasını doğru ifade etme, 3-acil yardım merkezine verilmesi gereken bilgileri doğru ifade etme, 4-Kazazedenin solunumunu doğru değerlendirme ve 5-Kazazedeye doğru teknikle sabit yan pozisyon verme*’dir.

Deney grubuna araştırmacılar tarafından hazırlanan, her biri 40 dakikalık 5 oturumdan oluşan Temel Yaşam Desteği Eğitim Programı uygulanmıştır. Oturumların tümüne giren öğrenciler değerlendirmeye alınmıştır. Program sonunda hatırlatma ve pekiştirme amacıyla “*Eğitim Kitapçığı*” dağıtılmıştır. Sonuç değişkenlerinin değerlendirilmesinde kaza geçirmiş/yaralanmış bireyi anlatan bir senaryo kullanılmış, sıkılmayı engellemek için her değerlendirmede senaryo değiştirilmiştir. Öğrencilerin bu senaryoya göre 5 alanda bilgi ve becerileri değerlendirilmiş, Temel Yaşam Desteği Beceri Kontrol Listesinde yer alan basamakları ifade etmeleri ve maket üzerinde göstermeleri istenmiştir. Değerlendirmeler programdan önce, programdan hemen sonra ve programdan üç ay sonra olmak üzere üç kez yapılmıştır. Katılımcılar Beceri Kontrol listesindeki basamaklardaki yeterliliklerine göre “Yeterli”, “Geliştirilmesi gerekir” ve “Yetersiz” olarak değerlendirilmiştir.

Çalışma verileri bilgisayarda tanımlayıcı ve ki-kare önemlilik testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Anlamlılık $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Deney ve kontrol grupları cinsiyet, yaş özellikleri ve temel yaşam desteği bilgi ve becerileri yönünden istatistiksel olarak farksızdı ($p>0.05$).

Bilinç Durumunu Değerlendirme: Programdan hemen sonra bilinç durumunu doğru değerlendirmede “yeterli” olanların oranı deney grubunda % 91.2 (n=103), kontrol grubunda % 0.9 (n=1) bulundu. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2= 98.163$; $p<0.001$). Programdan 3 ay sonraki değerlendirmede deney grubundakilerin % 68.2’si (n=77) “yeterli” bulunurken kontrol grubundakilerin hiçbiri (n=0) “yeterli” bulunmadı. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2= 184.532$; $p<0.001$).

Acil Yardım Merkezinin Numarasını İfade Edebilme: Programdan hemen sonra acil yardım merkezinin numarasını doğru ifade etmede “yeterli” olanların oranı deney grubunda % 96.5 (n=109), kontrol grubunda %54.8 (n=63) olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($\chi^2= 68.290$; $p<0.001$). Programdan 3 ay sonraki karşılaştırmalarda deney grubundaki öğrencilerin % 98.2’si (n=111), kontrol grubunun %57.4’ü (n=66) acil yardım merkezi numarasını doğru ifade etmede “yeterli” bulundu. Deney ve kontrol gruplarının gruplar içi test ve tekrar testlerde “yeterli” olanların oranı artmış olmakla birlikte, deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=58.508$; $p<0.001$).

Acil Yardım Merkezi Arandığında Verilmesi Gereken Bilgileri İfade Edebilme: Programdan hemen sonraki değerlendirmelerde, deney grubundakilerin % 83.2’si (n=94) acil yardım merkezi arandığında verilmesi gereken bilgileri doğru ifade edebilmede “yeterli” bulunurken kontrol grubunun hiç biri (n=0) yeterli bulunmadı ($\chi^2=228.000$; $p<0.001$). Programdan 3 ay sonraki değerlendirmelerde “yeterli” olanların oranı deney grubunda azalmakla birlikte (n=58; % 51.3) kontrol grubundakilerin hiçbiri (n=0) “yeterli” değildi. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($\chi^2= 178.074$; $p<0.001$).

Solunumu Kontrol Edebilme: Programdan hemen sonraki değerlendirmelerde solunumu doğru değerlendirebilmede “yeterli” olanların oranı kontrol grubuna (n=0) göre deney grubunda (n=99; % 87.6) anlamlı olarak yüksek bulundu ($\chi^2=224.034$; $p<0.001$). Programdan üç ay sonraki değerlendirmelerde deney grubunun % 63.7’si (n=72) “yeterli” bulunurken, kontrol grubundakilerin hiçbiri (n=0) “yeterli” bulunmadı. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=171.812$; $p<0.001$). **Sabit Yan Pozisyon Verebilme:** Programdan hemen sonraki değerlendirmelerde, sabit yan pozisyon verebilmede “yeterli” olanların oranı kontrol grubuna (n=0) göre deney grubunda (n=90; % 79.6) istatistiksel olarak daha yüksekti ($\chi^2=194.610$; $p<0.001$). Programdan 3 ay sonraki değerlendirmelerde ise “yeterli” olanların oranı, kontrol grubunda değişmezken (n=0) deney grubunda (n=61; % 54) azaldı. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=130.321$; $p<0.001$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada temel ilk yardım sertifikalı bir eğitimci tarafından 7-11 yaş aralığındaki çocuklara *sunu solunum* ve *göğüs basısı* dışındaki TYD basamakları bir program dahilinde uygulanmış ve beş temel alanda bilgi ve becerilerinde önemli gelişme sağlanabildiği gösterilmiştir. Eğitim programı sonrasında öğrencilerin en fazla “yeterli” oldukları beceri alanı *ilk yardım merkezinin numarasını ifade edebilmede* (%96.5; %98.2) olmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmakla birlikte kontrol grubundaki öğrencilerde de “yeterli” olanların oranı ilk (%54.8) ve ikinci (%57.4) değerlendirmelerde diğer beceri alanlarına göre yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada acil yardım merkezi numarası çocuklara sloganla (*1-1-2, bize gerekli, ilk yardım için, 112*) öğretilmiştir. Diğer sonuç değişkenlerinden farklı olarak, çocukların bu değişkende gösterdikleri başarının, öğretilen sloganın çocuklar arasında sık tekrarlanması ve paylaşılmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Fleischhackl ve ark. (2009) yaptığı çalışmada (yaş:13±2) acil yardım merkezinin numarası %95 çocuk tarafından doğru ifade edilmiştir. Connolly ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada da deney grubunda yer alan 46 öğrencinin (yaş:10-12) tamamı acil yardım merkezinin numarası ile ilgili soruyu doğru yanıtlamışlardır.

Eğitim programının hemen ve üç ay sonrasındaki yapılan değerlendirmelerde, öğrencilerin “yeterli” oldukları diğer beceri alanları sıklık sırasına göre; *Bilinç durumunu doğru değerlendirebilme* (% 91.2;%68.2), *Solunumu kontrol edebilme* (%87.6;%63.7), *Acil yardım merkezi arandığında gereken bilgileri verebilme* (%83.2; %51.3) ve *Sabit yan pozisyon verebilmedir* (%79.6; %54.0). Yaşam kurtarmaya yönelik davranışsal yetkinliklerin erken yaşlarda kazandırılmasının mümkün olduğunu gösteren çeşitli araştırma kanıtları bulunmaktadır. Connolly ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada eğitim sonrasında, deney grubunda çocukların %84’ü bilinci doğru

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

değerlendirmişlerdir. Fleischhackll ve ark. (2002) yaptığı çalışmada, 3 ay süreyle müfredat programı içinde eğitilmiş çocukların (yaş:13±2) yıl sonunda yapılan değerlendirmesinde öğrencilerin % 85'inin bilinç durumunu doğru değerlendirdiği bulunmuştur. Bollig ve arkadaşlarının (2009) 6-7 yaş grubunu kapsayan çalışmalarında, eğitimden hemen sonraki değerlendirmelerde tüm alanlarda başarılı olan çocukların oranı eğitim almayan gruptakilere göre anlamlı olarak yüksek bulunurken, eğitimden 6 ay sonraki değerlendirmelerde sadece bilinç durumunu değerlendirmede anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak bizim çalışmamızdaki 3 aylık değerlendirmeler deney grubu lehinde anlamlı farklılık sağlamış olmakla birlikte, Bollig ve arkadaşlarının 6 aylık değerlendirme sonuçları TYD eğitimlerinin sık aralarla tekrarlanması ve müfredata yayılmasının önemini destekler niteliktedir.

TYD konusunda çocuklar üzerinde yapılan uluslar arası çalışmalarda dikkati çeken bir özellik, eğitim öncesi başarı oranlarının bizim çalışmamızdaki eğitim öncesi başarı oranlarından yüksek olmasıdır. Bu sonuç ulusal müfredatımızın TYD girişim basamakları açısından sınırlı bilgi içerdiğinin işareti olabileceği gibi TYD konusunda toplumsal farkındalığımızın çok düşük olduğunun da bir göstergesi olabilir.

Sonuç olarak bu çalışma ile 7-11 yaş grubundaki çocuklara “kazazedenin bilinç durumunu değerlendirme, acil yardım merkezini arama ve gerekli bilgileri verme, solunumu kontrol etme ve sabit yan pozisyon vermeyi” kapsayan temel ilk yardım önlemlerinin öğretilebileceğini göstermiştir. Ancak bu çalışmada çocukların bilgi ve becerileri senaryo doğrultusunda ve maket üzerinde değerlendirilmiştir. Günlük yaşamları içinde gelişen gerçek acil durumlarda nasıl davranacakları konusu açık değildir. Çocukluk çağından başlayarak tekrarlayan TYD eğitimleri almış bireylerin gerçek acil durumlarda nasıl davrandıklarını değerlendiren çalışmaların yapılması, okul çocuklarına verilen TYD eğitiminin etkilerini daha doğru gösterecektir.

Hatırlatma ve pekiştirme eğitimleri ile birlikte okul müfredatlarında senaryoya dayalı geliştirilen eğitim modüllerinin ilk yardım eğitimini sertifikasına sahip eğitimciler tarafından uygulanması önerilir. Haftada bir kez 40 dk süreli, 5 aşamalı ve maketle uygulamalı TYD eğitim programı bu konuda daha önce eğitim almayan çocukların bilgi ve becerilerine önemli katkılar sağlamıştır. Bilgi ve becerilerin 3 aya kadar devam ettiği ancak 3 aydan sonraki bilgi ve becerinin kalıcılığını değerlendirmek için ileri araştırmalara gereksinim vardır. İlk öğretim dönemindeki öğrencilere 7 yaşından itibaren temel ilk yardım eğitimleri başlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Temel Yaşam Desteği, İlk yardım eğitimi, okul sağlığı hemşireliği, 7-11 yaş grubu çocuklar

Kaynaklar:

1. Bakır, B., Öztürk, C.(2006). İlköğretim öğrencilerine verilen ilk yardım eğitiminin bilgi düzeyine etkisi. *Milli Eğitim*, 172, 314-321.
2. Bollig, G., Wahl, H. A. ve Svendsen, M. V. (2009). Primary school children are able to perform basic life-saving first aid measures, *Resuscitation*, **80 (6)**, 689-92.
3. Bollig, G., Myklebust, A. G., Østringen, K. (2011). Effects of first aid training in the kindergarten - a pilot study, *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. **19**: 13.
4. Connolly, M., Toner, P., Connolly, D. ve McCluskey, DR. (2007). The 'ABC For Life' programme-teaching basic life support in schools. *Resuscitation*, **72 (2)** , 270-9.
5. Fleischhackll, R., Nuernberger, A., Sterz, F., Schoenberg, C., Urso, T., Habart, T. ve ark. (2009). School children sufficiently apply life supporting first aid: a prospective investigation *Critical Care*, **13(4)** p.R127
6. Frederick, K., Bixby, E., Orzel, MN., Stewart-Brown, S., & Willett, K. (2002). Will changing the emphasis from 'pulseless' to 'no signs of circulation' improve the recall scores for effecti ve life support skills in children? *Resuscitation*, **55 (3)**, 255-61
7. Isbye, D. L., Meyhoff, C. S., Lippert, F. K. ve Rasmussen, L. S. (2007). Skill retention in adults in children 3 months after basic life support training using a simple personal resuscitation manikin. *Resuscitation*, **74** , 296-302.

8. Lubrano, R., Romero, S., Scoppi P., Cocchi, G., Baroncini, S., Elli, M., ve ark . (2005). How to become an under 11 rescuer: a practical method to teach first aid to primary schoolchildren. *Resuscitation*, **64 (S3)**, 303-7.
9. Nader, P. R., Bradford, B. J., Duncan, P., Poole, S.R., Seltzer, D.E. ve ark. (1993). AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: Basic Life Support Training in School. *Pediatrics*, **91 (1)**, 158
10. Nolan, J. (2005). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005: Section 1. Introduction. *Resuscitation*, **67 (S1)**, 3-6.
11. Türkan, H., Serinken, M., Şener, S., Çınar, O., Tansel, A. ve Eroğlu, M. (2005). Çeşitli Meslek Gruplarının Erişkin Temel Yaşam Desteği Bilgi ve Beceri Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, **5**, 128-132
12. Vaizoğlu, S., Evcı, DE., Kapisız, E., Özcan, S., Soylu, G., Ünal, B. ve ark. (2003). İlköğretim Öğrencilerinin Temel İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesinde Soru Tekniğinin Etkisi. *Sted*, **12**, 227-30

499

AKRAN VE YETİŞKİN LİDERLİ EĞİTİM YÖNTEMLERİNİN TEMEL İLK YARDIM EĞİTİMİNE ETKİSİ

Aylin Yalçın¹, Ayşe Yıldız²

¹İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,

²Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: İlk yardım, toplumun bütün bireylerinin her türlü koşulda yapması gereken uygulamalar bütünüdür ve her bireyin temel düzeyde bilgi sahibi olmasını gerektirir (Uçar 2008, Türkiye Kızılay derneği& Cruz Roja Espanola 2001). Temel ilk yardım eğitimlerinin ilköğretim düzeyinden başlayarak verilmesi bilinçsiz ve yanlış yapılan ilk yardım uygulamalarının neden olduğu olumsuz sonuçları azaltmak adına etkin bir yoldur. Aynı zamanda bu dönemde verilen eğitim toplumun geneline yayılması, öğrencilerde erken yaşlarda duyarlılık, farkındalık oluşturmaları ve onların gelecekte de duyarlı yetişkinler olmaları açısından önemlidir (Vaizoğlu ve ark 2003, Bombacı,Ülkü, Adıyeke, Kara ve Görgeç 2008).

Mevcut ilköğretim 4. ve 5. sınıf “trafik güvenliği” ders programında ilk yardım konuları vardır fakat yapılan çalışma verileri bize öğrencilerin büyük çoğunluğunun ilk yardım gerektiren bir durumla karşılaştıklarında ne yapacaklarını bilmediklerini ve kendilerini yetersiz hissettiklerini göstermektedir (Vaizoğlu 2003, Bakar, Özkan ve Aygün 2003, Çağlayan 2004, Bölükbaş, Kahraman, Karaman ve Kalaycı 2007, MEB İlköğretim 4–5. Sınıf Öğretim Programı 2006).

Bu yetersizliği gidermek amacıyla çalışmada ilk yardım konusu ele alınmıştır. Okullarda ilk yardım eğitimi veren kişilerin öğrencilere ne öğrettikleri kadar nasıl öğrettikleri de önemlidir. Eğitimi daha ilgi çekici hale getirmek, sürekliliğini sağlamak, daha fazla öğrenciye ulaşmak ve davranışa dönüştürmek açısından son yıllarda sağlık eğitiminde etkili bir yöntem olarak kabul edilen akran eğitimi yönteminin kullanılmasının bu konudaki eksiklikleri giderebileceği düşünülerek çalışma planlanmıştır.

Çalışmada; ilköğretim öğrencilerine Akran Liderli Eğitim Yöntemi (ALEY) ve Yetişkin Liderli Eğitim Yöntemi (YLEY) ile verilen temel ilk yardım eğitiminin bilgi ve beceri düzeyine etkisini incelemek amaçlanmış ve buradan hareketle çalışma sonuçlarının okul sağlığı ekibi içerisinde yer alan, birçok ülkede yaygın olan okul sağlığı hemşireliğine ve onların eğitici rollerine katkı sağlaması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 2009 yılında, Kırklareli İl Millî Eğitim Müdürlüğü’ne bağlı bir ilköğretim okulunda yapıldı. Ön test-son test kontrol gruplu araştırma tasarımı ile deneysel olarak gerçekleştirilen çalışmanın

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bağımsız değişkenleri, akran eğitimi ve yetişkin eğitimi yöntemleri, bağımlı değişkenleri ise ilk yardım bilgi ve beceri değerlendirme formu puanlarıdır. Araştırmacının evrenini 7. sınıf öğrencileri (137öğrenci) oluşturdu. Örneklem seçilmeyerek çalışmaya katılmayı kabul eden ve velileri tarafından izin verilen 133 öğrenci akran liderli grup (ALG), yetişkin liderli grup (YLG) ve kontrol grubu olmak üzere rastgele seçim ile üç gruba ayrıldı.

Temel ilk yardım eğitimi bilişsel ve davranışsal hedeflerine yönelik veri toplama formları “İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu” ve “İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu” araştırmacı tarafından incelenen literatür doğrultusunda geliştirildi, pilot çalışması yapıldı, uzman görüşü alınarak gerekli düzenlemeler yapıldı ve veri toplama aracı olarak kullanıldı.

Çalışmada değerlendirilen ilk yardım eğitim içeriği:

1. Genel ilk yardım bilgileri (İlk yardımcının özellikleri, Yaşam Bulgularını Alıp Değerlendirme)
2. Hasta/ yaralının ve olay yerinin değerlendirilmesi” (Birinci ve İkinci Değerlendirme)
3. Kanamalarda ilk yardım
4. Yanık ve donma durumunda ilk yardım
5. Kırıkta ilk yardım
6. Zehirlenmelerde ilk yardım
7. Solunum yolu tıkanmasında ilk yardımdır. Konular Türk Kızılayı ve MEB tarafından hazırlanan “Güvenli Davranış ve İlk Yardım Eğitimi Öğrenci Kitabı” içeriği esas alınarak oluşturulmuştur (http://www.ilkyardim.org.tr/ogrenci_k.pdf Erişim Tarihi: 08.08.2012).

Araştırma Süreci: Eğitimden 2 hafta önce her üç gruptaki öğrencilerin temel ilk yardım ile ilgili bilgi düzeyleri “İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu” kullanılarak değerlendirildi.

ALG olarak belirlenen sınıfta akran lider adayları oylamayla seçildi. Akran lider adaylarına temel ilk yardım rehberi ve broşürleri ile araştırmacı tarafından 2 oturum (90 dakika) eğitim verildi. Eğitim sonrasında “İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu”, ve “İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu” kullanılarak bilgi ve becerileri değerlendirildi. Başarılı olan 12 öğrenci akran lider olarak belirlendi ve 3-4 kişilik gruplarını oluşturması istendi. Böylece 12 ALG oluşturuldu.

ALG’ a akran liderler tarafından, YLG’ a da yetişkin lider (araştırmacı) tarafından eş zamanlı iki oturum (90 dk.) ilk yardım eğitimi verildi.

Eğitimler verildikten 2 hafta sonra son test olarak her üç grubun “İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu” ve “İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu” kullanılarak bilgi ve beceri düzeyleri değerlendirildi. İlk yardım becerilerinin değerlendirilmesinde; her öğrencinin okunan vakalar üzerinden ilk yardım dolabındaki malzemeleri kullanarak rol-play şeklinde gerekli ilk yardım uygulamalarını yapmaları istendi. Araştırmacı tarafından “İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu”ndaki beceri kontrol listelerinde öğrencinin yaptığı her uygun/doğru ilk yardım müdahalesi artı olarak işaretlendi. Beceri değerlendirmesi her öğrenci için 10-30 dakika ve toplamda 2 ay sürdü.

Akran liderler istatistiksel değerlendirmeye katılmadı. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler için ortalama, standart sapma, frekans; gruplar arası karşılaştırmalarda t testi, Oneway Anova (farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HDS), Kruskal Wallis testi (farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test); niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare ve Mc Nemar testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Öğrencilerin, %52.1’i (61) kız ve %47.9’sı (56) erkektir. Öğrencilerin yaşları 12 ile 14 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 13.05 ± 0.32 ’dir. Öğrenciler “ALG” (n=30), “YLG” (n=42) ve “Kontrol Grubu” (n=45) olmak üzere üç grup altında incelendi.

Gruplara göre çocukların yaş ve cinsiyet dağılımları ve daha önce ilk yardım eğitimi almış olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Kontrol grubunda ilk yardım ön test-son test bilgi ve beceri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), ALG ($p<0,01$) ve YLG ($p<0,01$) ön test-son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

LEY ve YLEY İle Verilen Temel İlk Yardım Eğitiminin Bilgi Düzeyine Etkisi: Gruplar arasında son test bilgi puan ortalaması karşılaştırıldığında ALG($73,13\pm 8,83$) ve YLG ($77,50\pm 7,65$) kontrol grubundan($65,84\pm 5,47$) anlamlı düzeyde yüksekken ($p=0,001$) YLEY temel ilk yardım bilgi düzeyinin artırılmasında ALEY'den daha etkili bulundu.

ALEY ve YLEY İle Verilen Temel İlk Yardım Eğitiminin Beceri Düzeyine Etkisi: Temel ilk yardım beceri puan yüzdeleri karşılaştırıldığında bazı beceri basamaklarında ALG, YLG'tan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,001$), bazılarında ise ALG ve YLG arasında fark olmadığı görüldü ($p>0,05$) ve ALEY temel ilk yardım becerilerinin artırılmasında en az YLEY kadar etkili bulundu.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları 12 ile 14 arasında değişmekte olup bu yaş döneminde, yaşıt arkadaşlardan oluşan destekleyici bir gruba uyum sağlama ve ait olma önemlidir (Yavuzer 2006).

Literatürde ALEY ve YLEY'nin ilk yardım eğitimine etkisinin incelendiği çalışmaya ulaşılammıştır fakat farklı konularda ALEY ve YLEY'nin etkisinin karşılaştırıldığı çalışmalar vardır. Bu çalışmaların bazılarında ALEY, bazılarında YLEY etkin bulunurken bazılarında da aralarında fark bulunmamıştır (Mellanby, Newcombe, Rees and Tripp 2001). Çalışmalarda YLEY ve ALEY kontrol grubundan daha etkin bulunmuştur. Bu çalışmada da benzer şekilde ALEY ve YLEY'nin temel ilk yardım bilgi ve becerisi kazandırmada kontrol grubuna göre daha etkin olduğu bulundu.

Son yıllarda en çok cinsel sağlık eğitimi, HIV/AIDS'den korunma, bağımlılık yapıcı maddelerden korunma/bırakma, adolesan gebelikleri önleme gibi yetişkinlerle paylaşıldığında eleştirilip yargılanılacağı düşünülerek akranlarla daha rahat paylaşılabilir sağlık eğitimi konularında ALEY'nin bilgi kazandırmada YLEY'ne göre etkin olduğu görülmektedir (Stock ve ark. 2007, Koumı and Tsiantis 2001, Dun, Ross, Caines ve Howorth 1998). Bu çalışmanın sonuçlarında ise temel ilk yardım bilgisi kazandırmada YLEY'nin ALEY'ne göre daha etkin olduğu bulundu. Bunun nedeni olarak; akran liderlerin teorik bilgiyi tam vermede yetersiz olması, konunun geniş kapsamlı olması ve öğrencilerin yetişkin liderden bilgi almaya alışık olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Beceri kazandırmada ise bu yaş grubunun akranlarını örnek alması, uygulama adımlarını birbirlerinin anlayabileceği basit ifadelerle aktarması etkili olarak, ALEY'nin, YLEY'ne göre daha etkili ya da en az YLEY'i kadar etkili bir yöntem olduğu bulundu.

Sonuç olarak; her iki eğitim yöntemi birlikte kullanılabilir fakat ALEY, temel ilk yardım bilgisi ve daha ağırlıklı olarak becerilerinin kazandırılmasında öğrenciler açısından; liderlik, iletişim, işbirliği gibi özelliklerini geliştirmesi, maliyet, zaman, tüm öğrencilere eşit ulaşım, eğlendirici olması gibi avantajları göz önünde bulundurularak YLEY'ne göre tercih edilebilir. Okul hemşirelerinin, çalıştığı okullarda 7. sınıf ve üzerindeki öğrencilere temel ilk yardım eğitimi verirken ALEY'ni kullanması ve okul idarelerinin de bu eğitimlerin yürütülmesine yönelik ortam sağlaması önerilir.

Anahtar Sözcükler: akran eğitimi, ilk yardım eğitimi, okul sağlığı, okul sağlığı hemşireliği, yetişkin eğitimi,

Kaynaklar:

Bakar C, Özkan S, Aygün R. (2003). Ankara'da bir ilçe merkezindeki üç ilköğretim okulunda 6. 7 ve 8. sınıflardaki öğrencilerin ilk yardım konusundaki eğitim ihtiyaçlarının saptanması. Çocuk Ve Çevre 7 Nisan Dünya Sağlık Günü, Sağlık Eğitimi, Sayı; 5(6).

Bombacı H, Ülkü K, Adıyeke L, Kara S, Görgeç M. (2008). Çocuk yaralanmaları, nedenleri ve önlemler. *Acta Orthop Traumatol Turc*;42(3):166- 173.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bölükbaş N, Kahraman AN, Karaman Y, Kalaycı G. (2007). Ordu ili kız meslek lisesi çocuk gelişimi bölümü son sınıf öğrencilerinin çocuklara yönelik ilk yardım uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10: 3.

Çağlayan Ünsal D. (2004). Ankara İl Merkezindeki Bir İlköğretim Okulundaki 8. Sınıf Öğrencilerinin Son 3 Ayda Kaza Geçirme Sıklıkları Ve İlk Yardım Bilgi Düzeyleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Dunn L, Ross B, Caines T, Howorth P. (1998). A School-Based HIV/AIDS Prevention Education Program: Outcomes Of Peer-Led Versus Community Health Nurse-Led Interventions. *The Canadian Journal of Human Sexuality*,7(4): 339-45.

Koumi I, Tsiantis J. (2001). Smoking trends in adolescence: report on a Greek school-based, peer-led intervention aimed at prevention. *Health Promot Int*,16(1):65-72.

Mellanby AR, Newcombe RG, Rees J, Tripp JH. (2001). A comparative study of peer-led and adult-led school sex education. *Health Educ Res*.16(4):481-92.

Stock S, Miranda C, Evans S, Plessis S, Ridley J, Yeh S, Chanoine JP. (2007). Healthy buddies: a novel, peer-led health promotion program for the prevention of obesity and eating disorders in children in elementary school. *Pediatrics*, 120(4):1059-68.

Türkiye Kızılay Derneği& Cruz Roja Espanola (2001). İlk Yardım Eğitimi Kaynak Kitabı. Ankara.

Uçar M. (2008). Hepimiz için A'dan Z'ye İlk Yardım. 2. Baskı, Atlas Kitapçılık, Ankara.

Vaizoğlu S, Evcı ED, Kapısız E, Özcan S, Soylu G, Ünal B, Ünlü N, Zu'by B, Güler Ç. (2003). İlköğretim öğrencilerinin temel ilk yardım bilgi düzeyinin değerlendirilmesinde soru tekniğinin etkisi. *Sted*, 12(6):230.

Yavuzer H. (2006). Eğitim Ve Gelişim Özellikleriyle Okul Çağı Çocuğu. 12.basım, Remzi Kitabevi, İstanbul

11- Kronik Hastalıklar ve Engellilik / Toplum Beslenmesi

Kronik Hastalıklar ve Engellilik

671

DİYARBAKIR'DA 7. VE 10. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA KULLANIMI

Günay Saka¹, Onur Börtüçene², Naime Çiçek³, Halef Berent⁴

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

²Halk Sağlığı Müdürlüğü Diyarbakır

³Milli Eğitim Müdürlüğü Diyarbakır

⁴Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü Diyarbakır

Giriş ve amaç: Tütün epidemisi dünyanın şimdiye dek karşılaştığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir. Her yıl sigara kullanmakta olan, geçmişte kullanmış olan ve tütün dumanına sunuk kalan yaklaşık 6 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır (1). Sigara içme Türkiye’de en önemli halk sağlığı sorunudur ve en önemli önlenebilir ölüm nedenidir. Yıllık ölümlerin %25’inden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (2) . Son yıllarda yetişkinlerde sigara içme sıklığında azalma görülürken gençlerde artmaktadır. Tütün endüstrisinin satışlarını arttırmak için çeşitli yöntemlerle gençleri hedef seçtiği ve tütün kullanımının çoğunlukla ilk gençlik yıllarında başladığı bilinmektedir. Ülkemizde 1996 ve 2008 yıllarında yapılan yasal düzenlemeler sonrasında toplumda tütün kullanımında azalma olması beklenmektedir. Gençler arasında tütün kullanım sıklıklarındaki değişimi izlemek, tütün kullanımının belirleyicilerini ortaya koymak önemlidir.

Bu çalışmanın amacı Diyarbakır il merkezinde öğrenim görmekte olan 7. ve 10. sınıf öğrencilerinde sigara içme prevalansını saptamak ve 10. sınıf öğrencilerinde sigara içmeyi etkileyen faktörleri ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma “Diyarbakır Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele İl Koordinasyon Kurulunca yapılmış olan “Diyarbakır il merkezi 7. ve 10. sınıflarda okuyan gençlerde madde kullanım yaygınlığı araştırmasının” sigara ile ilgili bölümüdür.

Araştırma kesitseldir. Nisan – Mayıs 2011 tarihinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Diyarbakır il merkezinde kamu okullarında öğrenim görmekte olan 7. sınıf ve 10. sınıf öğrencileri oluşturmuştur. En küçük örnek hacmi Epi Info2000 programı kullanılarak, daha önce Diyarbakır’da madde kullanımıyla ilgili yapılan çalışmalar göz önüne alınarak 7. sınıflarda beklenen prevalans %1, (kabul edilebilir %1.5) alınarak 1415; 10. sınıflar için beklenen prevalans % 4 (kabul edilebilir % 5.0) alınarak 1302 kişi olarak hesaplanmış, bu sayıların iki katına ulaşmak hedeflenmiştir. Katılım oranları 7. sınıflarda % 87.0, 10. sınıflarda % 82.4 olmuştur. İl Millî Eğitim Müdürlüğünden güncel okul ve öğrenci sayıları elde edilmiştir. Her okulun mevcuduna göre orantıyla o okuldan katılacak kişi sayısı belirlenmiş ve sınıf listelerinden sistematik örnekleme araştırma kapsamına alınacak öğrenciler belirlenmiştir. Koordinasyon kurulunca oluşturulan anket okulun rehber öğretmenler gözetiminde ve aynı günde örneğe çıkan öğrenciler bir sınıfta toplanarak uygulanmıştır.

“Her gün + arasıra” kullananlar “sigara içen” olarak kabul edilmiştir. Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş, istatistiksel olarak yüzde, aritmetik ortalama, khi kare analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamında ulaşılan 7. sınıf öğrencilerinin %48,4’ü; 10. sınıf öğrencilerinin %51,5’i kız öğrencilerden oluşmaktaydı. 7. sınıf öğrencilerinin %90,0’ı, 10. sınıf öğrencilerinin %85,7’si anne babasıyla birlikte yaşamaktaydı. Öğrencilerin ifadelerine göre ailelerinin ekonomik durumu incelendiğinde 7. sınıf öğrencilerinin %22,1’inin, 10. sınıf öğrencilerinin %14,1’inin ailelerinin ekonomik durumunun kötü ve çok kötü olduğu belirlenmiştir. Çalışan anne oranı 7. sınıf öğrencilerinde %5,8, 10. sınıf öğrencilerinde %6,9 idi. 7. sınıf

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

öğrencilerinin %25,5'i, 10. sınıf öğrencilerinin %22,4'üne göre babaları düzenli gelir getiren bir işte çalışmıyordu. Para ve bedel karşılığı çalışan öğrencilerin oranı 7. sınıfta %12,5, 10. sınıfta %11,3 olarak saptanmıştır.

Öğrencilerin anne ve babalarının öğrenim durumuna bakıldığında 7. sınıf öğrencilerinin annelerinin %47,8'inin okuryazar olmadığı, sadece %1,2'sinin lise üzeri öğrenim gördüğü; aynı oranların 10. sınıflarda sırasıyla %45,0 ve %2,3 olduğu belirlenmiştir. 7. sınıf öğrencilerinin %30,0'üne, 10. sınıf öğrencilerinin %29,3'üne göre aileleri Diyarbakır'a göçle gelmiştir. En önemli göç nedeni 7. sınıfların %58,6'sına, 10. sınıfların %46,7'sine göre ekonomik nedenler idi.

7. sınıflarda yaşam boyu sigarayı deneme sıklığı %10,9; 10. sınıflarda ise % 44.5 dir. Ortalama ilk deneme yaşları: 7. sınıflarda: 11.1±2.2 yıl (en az 6- en çok 15); 10.sınıflarda: 12,7±2.6 yıl (en az 6 – en çok17) olarak saptanmıştır. 10. sınıflarda ilçeler arasında sigara deneme sıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamışken; 7. sınıflarda Sur ilçesindeki okullarda öğrenim görmekte olan öğrencilerde daha yüksek (%19.8) bulunmuştur (p<0.05). Halen sigara içenler (her gün + ara sıra) incelendiğinde 7. sınıfların %1,5'inin, 10. sınıfların ise %17,5'inin sigara kullanmakta olduğu saptanmıştır.

Çalışmada 10. sınıf öğrencilerinin sigara içme durumu cinsiyeti, çalışma durumu ve bazı ailesel özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. Sigara içme sıklığı kız öğrencilerde %9,1 iken erkek öğrencilerde %28,4 olarak saptanmıştır (p<0.05). Çalışmayan öğrenciler arasında sigara içenlerin oranı %16,1 iken para veya bir bedel karşılığı bir işte çalışan öğrencilerin %36,9'u sigara kullandıklarını belirtmiştir (p<0.05). Ailelerinin ekonomik durumunu iyi olanlarda sigara içenlerin oranı %16,0 iken, kötü olanlarda %21,3, çok kötü olanlarda ise %33,3 olarak bulunmuştur (p<0.05). Anne ve babalarının öğrenim durumlarına göre öğrencilerin sigara içme sıklıklarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Ailenin Diyarbakır'a göç ile gelip gelmeme durumuna göre öğrencilerin sigara içme sıklığı değişmez iken (p>0.05), ailesi tayin ile gelmiş öğrencilerde sigara içenlerin oranı %11,4 olup ailesi ekonomik nedenlerle gelen öğrencilerin %20.1, ailesi zorunlu göç ile gelen öğrencilerin %24.1'ü sigara kullanmaktaydı (p<0.05).

10 sınıf öğrencileri arasında kendini derslerde başarısız bulan, derslerden sıkıldığını belirten, okulda kendini kötü hisseden, öğretmenlerle iyi anlaşamayan öğrencilerde sigara içme sıklıklarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001). Sıklıkla spor ve açık hava aktiviteleri yaptığını belirten öğrencilerde sigara içme sıklığı %22,5 olup, diğer gruptan (%16,5) yüksek bulunmuştur (p<0,005). İnternet kafelerde sıklıkla zaman geçirdiğini belirten öğrencilerde sigara içme daha yaygındı (%16,0 - %32,8), (p<0,001). 10. sınıf öğrencilerinde sigara içme durumu hayatından memnun olmadığını belirten (%23,8) ve başarısız olduğunu düşünen öğrencilerde (%23,0) diğer gruplardan daha yaygın bulunmuştur (p<0,05).

10. öğrencilerine göre ebeveynleri TV/video izleme ve internet sürelerini kontrol ettiğini belirten öğrencilerde sigara içme yaygınlığı %14,6 iken etmeyenlerde %19,8 bulunmuştur (p<0,05). Ebeveynlerinin öğrencinin ev dışında kimlerle beraber olduğunu bildiğini belirten öğrencilerin %13,7'si sigara kullanmaktayken bu oran diğer grupta %24,3 bulunmuştur (p<0,001). Öğrencinin okulla ve derslerle ilişkili olumsuz tutum ve davranışlara sahip olması, aile denetiminden yoksun olması, kendisine ilişkin olumsuz tutum geliştirmesi durumunda sigara kullanımının anlamlı düzeyde arttığı çalışmada ortaya çıkmıştır.

Tartışma: Öğrenciler arasında sigarayı deneme oranları 7. sınıftan 10 sınıfa geçiş sürecinde 4 kattan fazla artmaktadır. (%10,9-%44,5). Bu beklenen bir durumdur. Yapılan diğer çalışmalarda da sigara deneme oranı yaş ile artmaktadır. Ancak çalışmada 10. sınıflardaki sigara deneme oranı Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2009 yılı sonucuna göre (TKGTA 2009) (%29,6) oldukça yüksek olduğu söylenebilir (3). Türkiye'de dokuz ilde yapılan bir çalışmada yaşam boyu tütün kullanımı ilköğretimde (6. sınıf) %15.9, ortaöğretimde (10. sınıf) %56.3 olarak verilmiştir. Diyarbakır için bu rakamlar sırasıyla %21.1 ve %51.1 (4).

İlçelere göre karşılaştırıldığında Sur ilçesinde sigara deneme oranları diğer ilçelerden yüksek olması bu ilçede daha erken yaşta sigara ile karşılaşmalarının göstergesi olabilir. 10 sınıflarda deneme oranlarının tüm ilçelerde benzer olması, aradan geçen 2-3 yılda diğer ilçelerdeki öğrencilerin de sigara ile karşılaştığını düşündürmektedir.

Ortalama sigara deneme yaşının 7. Sınıflarda 11,1±2,2, 10. sınıflarda 12,7±2.6 olması 10-14 yaşlar arasında sigara deneyenlerin sayısında hızlı bir artış olduğunu göstermektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Halen sigara içenlerin oranı 7. sınıfta %1,5 iken 10. sınıflarda %17,6'ya yükselmekte olup TKGTA sonuçlarından (%8,4) oldukça fazladır. Bu durum ilimizde sigara içme yaygınlığının Türkiye ortalamasından fazla olduğunu göstermektedir. Diyarbakır'da 2004 yılında yapılan bir çalışmada 7. sınıflarda sigara deneme sıklığı %34,9, 10. sınıflarda %51,2 olarak saptanmıştır. Buna göre geçen 7 yılda önemli düzeyde azalma olduğu söylenebilir (5).

İlçelerde sigara kullanma oranı sigara deneme oranlarıyla paralellik göstermektedir. Sur ilçesinde 7. sınıflarda sigara içme daha yaygın iken 10. sınıflarda ilçeler arasında anlamlı bir farklılık kalmamaktadır. TKGTA'da 13-15 yaş gençlerde sigara kullanma sıklığı %8,4 olarak saptanmıştır. Diyarbakır'da 2004 yılında yapılan bir çalışmada ise 7. sınıflarda sigara içme sıklığı %8,3, 10. sınıflarda %29,2 olarak verilmiştir (5). Buna göre Diyarbakır il merkezinde gençler arasında sigara kullanım oranlarında önemli ölçüde azalma olduğu, ancak Türkiye geneline göre yine de iki kattan fazla sigara kullandıkları görülmektedir.

10. sınıflarda sigara içmeyi etkileyen sosyodemografik faktörler incelendiğinde erkek cinsiyette olma, çocuğun çalışması, ailenin ekonomik durumunun kötü olması, zorunlu veya ekonomik nedenlerle göç etmiş olmak sigara kullanmayı arttıran faktörler olduğu, anne baba öğreniminin etkili olmadığı saptanmıştır. Erkek cinsiyette olma, çalışma durumu, ailenin ekonomik durumunun kötü olması durumunda sigara kullanımının artması beklenen bir durumdur (5, 6).

Öğrencinin okulla ve derslerle ilişkili olumsuz tutum ve davranışlara sahip olması, aile denetiminden yoksun olması, kendisine ilişkin olumsuz tutum geliştirmesi durumunda sigara kullanımının anlamlı düzeyde arttığı çalışmada ortaya çıkmıştır. İstanbul'da gençler arasında yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (6).

Sonuç ve Öneriler: Gençler arasında sigara deneme ve kullanma sıklıkları oldukça yüksektir. Erkek cinsiyette olma, çalışma durumu, ailenin ekonomik durumunun kötü olması, zorunlu veya ekonomik nedenlerle göç etmiş olmak sigara kullanmayı arttıran faktörlerdir. Öğrencilerin aile-okul ilişkileri, benlik algıları da sigara içmeyi etkilemektedir. Gençlere sigara kullanımının önlenmesi çalışmaları artırılarak sürdürülmelidir. Okul rehberlik servisleri önemli rol oynayabilir.

Anahtar kelimeler: gençler, sigara içme, prevalans, Diyarbakır

Kaynaklar:

1. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339 (erişim 19.06.2012)
2. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Tobacco Control in Turkey, World Health Organization 2009.
3. Ergüder T. Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2003-2009 karşılaştırılması. Dünya Sağlık Örgütü , Türkiye Tütün Kontrol Program sorumlusu (*yayınlanmamış metin*).
4. Ögel K. ve ark. Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde kullanım Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(2):112-118
5. Palancı Y, ve ark. Cigarette use frequency and the affecting factors in primary and high school students in Diyarbakır. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2009; 57(2): 136-144
6. Erbaydar T ve ark. Smoking Patterns of Youth in Turkey proje Final Raporu, İstanbul 2002.

901

KAHVEHANE, KAFETERYA VE LOKANTALARDA HİZMET VERENLERİN SİGARA YASAĞINA DESTEK DURUMU VE SİGARA KULLANIMLARINDAKİ DEĞİŞİM

Ahmet Öztürk¹, Elçin Balcı¹, İskender Gün¹, Şule Şarlı²

¹Erciyes Üniversitesi

²Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Dünyada her yıl yaklaşık 5 milyon kişinin tütün ve ürünlerinin kullanımı nedeniyle hayatını kaybettiği, ülkemizde de bu rakamın 100.000 kişinin üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Yine dünya genelinde her yıl yaklaşık 600.000 kişi pasif sigara içimi nedeniyle ölmektedir. Böylesi ağır sonuçlara yol açan sigara ile mücadelede önemli yollardan biri de yasal düzenlemeler ile getirilen yasaklardır. Ülkemizde de 5727 Sayılı Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile 2009 yılı Temmuz ayından itibaren lokanta, kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tütün kullanılmasına yasak getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre restoranlarda sigara dumanına maruz kalma durumu 2008 yılında % 55.9 iken yasal düzenleme sonrası 2010 yılında %13.9'a gerilemiştir. Kahvehanelerde ve kafelerde sigara dumanından etkilenme oranı ise % 26.2 olarak bulunmuştur. Bu maruziyeti tamamen ortadan kaldırmak için bir taraftan denetimlere ağırlık verilirken, diğer taraftan da bu işyeri sahibi ya da çalışanlarının konuyu benimsemelerinin ve desteklerinin sağlanması önem taşımaktadır.

Öte yandan, bu tip yasaklar özellikle sigaradan pasif etkilenimi azaltmaya yönelik olsa da, işyeri çalışanlarını sigara içmekten yıldıracı veya sigarayı bırakmaları için cesaretlendirici olabilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda yasak sonrasında çalışanların işyerlerinde veya gün boyunca içtikleri sigara miktarında azalmalar olduğu da saptanabilmektedir.

Bu çalışmada, yürürlüğe girmesinden 1 yılın üzerinde bir süre geçtikten sonra sigara içme yasağına kahvehane, kafeterya ve lokanta işveren ve çalışanlarının bakış açılarının, yasaktan etkilenme durumlarının ve sigara kullanımlarında değişiklik olup olmadığının ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 2010 yılı Ekim ayı içerisinde, Kayseri İl Merkezindeki 405 kahvehane, kafe ve lokantada hizmet vermekte olan 1161 kişi üzerinde yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini İl Merkezinde esnaf ve sanatkarlar odasına kayıtlı olan 172 kahvehane, 204 kafe ve 434 lokanta olmak üzere 810 işyeri oluşturmaktadır olup, % 50 örneklemeyle bunların 405'i araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışma kapsamındaki işyerlerinin 349'una, buralarda hizmet veren toplam 1423 işveren ve/veya işyeri sorumlusu ile personelden ise 1161'ine ulaşılmıştır. Çalışma zamanında izinli olan veya iş yoğunluğu vb. nedenlerle görüşmeyi kabul etmeyen 262 kişi dışındaki 18 yaş üzeri tüm bireyler herhangi bir kriter aranmaksızın çalışmaya alınmış ve 25 sorudan oluşan bir anket işyerlerinde yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

Düzenli olarak günde en az 1 sigara içenler "sigara içiyor" olarak alınmıştır. İşyerindeki açık alan düzenlemeleri sadece işveren ve/veya işyeri sorumlusu pozisyonundaki kişilere sorulmuştur.

Çalışma için yerel etik kurul onayı alınmış, çalışma sırasında da katılımcılardan sözel onamları alınmıştır. Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde pearson ki kare ve bağımlı örneklerde t testleri kullanılmış, p<0.05 değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların % 83.3'ü erkek, % 30.1'i işveren veya işyeri sorumlusu, % 51.7'si lise ve üzeri okul mezunu olup yaş ortalamaları 31.5 ± 10.8 olarak bulunmuştur. Görüşülen bireylerin % 16.5'i kahvehane, % 28.3'ü kafeterya, % 55.2'si ise lokantalarda çalışmaktadır. Bu işyerlerinin % 59.6'sının açık havada ayrı bölümü bulunmaktadır (kahvehanelerin % 46.6'sında, lokantaların % 61.2'sinde, kafeteryaların ise % 72.9'unda), bunların % 43.3'ü açık alanlarını kanun çıktıktan sonra düzenlediklerini belirtmişlerdir. Açık havada ayrı bir bölümü bulunmayanların % 26.1'i önümüzdeki günlerde bu şekilde bir düzenleme yapmayı düşünmektedir.

Araştırma grubunun % 18.6'sı kapalı ortamlarda sigara içmenin herhangi bir sakıncası olmadığını, % 33.6'sı ise havalandırma sağlarsa kapalı ortamlarda sigara içilebileceğini düşünmektedir.

Kahvehane, kafeterya ve lokantaların kapalı bölümlerinde sigara içilmesine getirilen yasağı araştırmaya alınanların % 41.4'ü tamamen desteklerken, % 45.7'si ayrı bir bölümde ve güçlü bir havalandırma vb. önlemler alınarak serbest bırakılması koşuluyla kısmen desteklediklerini, % 12.8'i ise bu düzenlemeye tamamen karşı olduklarını belirtmişlerdir. Yasağı tamamen desteklediklerini ifade edenlerin oranı kahvehane çalışanlarında, halen sigara içenlerde, açık alanı bulunmayan yerlerde çalışanlarda ve işveren/işyeri sorumlusu olarak

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

çalışanlarda diğer gruplara göre anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0.05$). Bu düzenlemeye tamamen karşılık diyenlerin % 83.9'u halen sigara içmektedirler.

Bireylerin % 44.4'ü yasal düzenleme sonrası müşteri sayılarının azaldığını, % 37.3'ü değişmediğini, % 5.2'si ise arttığını belirtmiştir, % 13.1'i bu konuda bir yorum yapamamıştır. Müşterilerin azaldığını belirtenlerin oranı işverenlerde % 51.9'a, açık alanı bulunmayan yerlerde çalışanlarda % 51.4'e, kahvehane çalışanlarında ise % 72.8'e yükselmektedir ($p<0.05$).

Çalışanların % 25.2'si yasağı uygularken müşterilerin her zaman olumsuz tepkilerde bulduklarını ifade ederken, % 16.0'ı müşterilerin bu duruma her zaman olumlu baktıklarını, % 58.8'i ise ilk zamanlar olumsuz tepkiler olsa da artık alışıldığını belirtmişlerdir. Bu düzenlemeden sonra "sigara içilmediği için mekana gelmeye başladıklarını ya da eskisinden daha sık gelmeye başladıklarını" söyleyen müşterilerin olduğunu ifade edenlerin oranı % 43.4'tür, bu oran kafeteryalarda çalışanlarda % 55.6'ya yükselmektedir ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanların % 50.8'i sigara kullanmaktadır, % 9.3'ü ise eskiden içip bırakmıştır. Kahvehane çalışanlarında bu oranlar sırasıyla 62.8 ve 13.6'ya yükselmektedir. Son 1 yılda bırakmış olan 13 kişiden 8'i (% 61.5) sigarayı bırakmasında yeni düzenlemelerin etkisinin olduğunu belirtmiştir. Halen sigara içmekte olanların % 36.1'i işyerinde, % 22.7'si ise gün boyu içtikleri sigara sayısında yasal düzenlemeden sonra azalma olduğunu ifade etmişlerdir. Yasal düzenleme öncesine göre bireylerin içtiklerini ifade ettikleri sigara sayısının ortalama 14.9 ± 10.2 'den 12.4 ± 10.2 'ye ($p<0.05$); gün boyunca içilen sigara sayısının ise ortalama 20.0 ± 11.3 'den 18.4 ± 11.7 'ye düştüğü tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tartışma: Sigara ve zararları ile mücadele kapsamında yasaklamaya yönelik düzenlemeler giderek yaygınlaşmaktadır. Örneğin 2008 yılına kadar dünya genelinde ülkelerin sadece % 8'inde restoran ve barlarda sigara içilmesine yönelik yasaklar varken, 2010 yılına kadar geçen 2 yıllık sürede, 385 milyon kişinin yaşadığı 16 ülkede daha benzer yasaklar yürürlüğe konmuştur(1), bu ülkelerden biri de Türkiye'dir. Hemen tüm ülkelerde bu düzenlemelere en çok karşı çıkan kesimler yiyecek-içecek ve eğlence yerleri olmaktadır. Bu nedenle, ilgili işyerlerinde uygulamanın kanun kabul edildikten 18 ay sonra başlayacağı belirtilerek hem kamuoyunun hem de bu işyerlerinin alışması/hazırlanması için süre verilmiştir. Nitekim çalışmamızda açık havada bir bölümü olan işletmelerin yarıya yakını, bu bölümleri kanun çıktıktan sonra yaptıklarını belirtmişlerdir.

Yasaklayıcı düzenlemelerin ilgili kişilerce benimsenmesi ve desteklenmesi, daha etkili bir şekilde uygulanmasını sağlayacaktır. Ancak, çalışmada yer alan kahvehane, kafeterya ve lokantalarda hizmet veren bireylerin yarısından daha azı (% 41.4) bu kanunu tam olarak desteklediklerini belirtmişlerdir. Dumansız ortamlara yönelik toplumların genelinde güçlü bir destek bulunurken, benzer işyerlerinde çalışanlarda yapılan araştırmalarda bu destek oranları azalmaktadır. Örneğin yasayı destekleme veya uygulanabilirliğine inanma oranları ülkemizde % 40-75 arasında değişmekte (2,3,4), Çin'de 5 kentteki restoran ve bar sahipleri örneğinde olduğu gibi % 10'lu rakamlara kadar inebilmektedir (5). İşverenlerin ve açık alanı bulunmayan yerlerde çalışanların destek oranının daha düşük olması maddi kaygılarla açıklanabilir. Desteğin sigara içenlerde daha düşük olması hemen tüm çalışmalarda saptanan ve beklenen bir durumdur (3,6), kahvehanelerde çalışanlarda desteğin azalması da buralarda çalışanların ve müşterilerinin sigara içme oranlarının daha yüksek oranda olması ve açık alanlarının daha az olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca grubun yaklaşık yarısının kapalı ortamlarda sigara içilmesinin fazla bir sakıncası olmayabileceğini düşünmesi de desteğin önemsenmemesine yol açabilir.

Bu işletmelerde desteğin genel topluma göre daha düşük olmasının en önemli nedenlerinden birisi sigara içen müşterilerin gelmeyeceğine ve dolayısıyla gelirin azalacağına yönelik endişelerdir. Nitekim çalışma kapsamındaki % 44'ü düzenleme sonrasında müşterilerinin azaldığını belirtmişlerdir, kahvehanelerde bu oran % 73'e yükselmektedir. Buna karşın geri kalan % 56'lık kesimin müşteri sayılarında bir değişim olmaması hatta ufak da olsa bir kısmında artış olması, bu gibi işyeri sahiplerince dile getirilen sıkıntıların düşünüldüğü kadar büyük olmadığını göstermektedir. Uygulamaların yerleşmesi ve benimsenmesi ile, bir taraftan sigarayı bırakamayan ancak pasif dumana maruz kalmak istemeyenlerin, diğer taraftan da sigara içmediği için daha önce buraları kullanamayanların gelmesiyle, sigara içilmediği için gidenlerin yaratacağı açığın telafi edilebileceği de söylenebilir. Bireylerin % 60'a yakını tarafından "müşterilerce ilk zamanlarda işyeri çalışanlarına olumsuz tepkiler verilirken son zamanlarda alıştıklarının" belirtilmesi, yine % 43 gibi önemli bir oranda "sigara içilmediği için yeni gelenlerin veya eskiye göre daha sık gelenlerin olduğunu" ifade edilmesi, bu durumun bir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

göstergesidir. Öte yandan, bu gibi yasal düzenlemelerin restoran ve bar işletmelerinde önemli bir maddi kayba yol açmadığı da yapılan bazı çalışmalarda ortaya konmaktadır (7).

Yasağın uygulamaya girmesinden sonra çalışanların işyerlerinde ortalama 2.5 adet, gün boyunca ise ortalama 1.6 adet daha az sigara içtikleri görülmektedir. Bu gibi düzenlemelerde esas amaç çalışanların ve müşterilerin sigara dumanına pasif maruziyetinin önlenmesi olsa da, yapılan araştırmalarda çalışanların tükettikleri sigara miktarında azalmalar da olduğu saptanmaktadır (8). Uygulamalar nedeniyle bilgilenme/bilinçlenme, sigara içmek için dışarı çıkma zorunluluğu, sosyal yönden karşılaşılan olumsuz/dışlayıcı tutum ve davranışlar ya da bazı cezai yaptırımlar bu sonucu sağlamada etkili olabilir.

Sonuç ve öneriler: Kahvehane, kafeterya ve lokantalarda hizmet verenlerin, buralarda sigara içilmesini yasaklayan düzenlemelere verdikleri destek % 40 civarında olup, kahvehanelerde ve sigara içenlerde bu oran % 20'lere kadar düşmektedir. Bu işyerlerinde yasak sonrası müşteri azalmasının korkulduğu kadar olmadığı, daha önce buralara gelmeyen müşterilerin gelmeye başladıkları ve müşterilerin dörtte üçünün yasak için olumsuz tepkilerde bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca çalışanların işyerinde ve gün genelinde tükettikleri sigara miktarında azalma olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, yürürlüğe girmesinden 1 yıl sonra yasal düzenlemenin – çalışanlarda yeterli desteğe ulaşmasa da – olumlu sonuçlar vermeye başladığını göstermektedir. Özellikle kapalı ortamlarda sigara içmenin zararlı olmayabileceğini düşünenler başta olmak üzere çalışanların pasif sigaranın kendi sağlıklarına olası etkileri üzerine bilinçlendirilmesiyle yasaya desteğin artacağı düşünülmektedir. Ayrıca kahvehaneler ağırlıklı üzere açık alanı olmayan işyerlerinin uygun düzenlemeler yapma konusunda yönlendirilip desteklenmesi de dumansız ortamlar sağlanmasına katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sigara yasağı, destek, kahvehane, lokanta, pasif içicilik

392

TOPLUM TABANLI SİGARA BIRAKMA MERKEZİNDE BİR YILLIK BAŞARI HIZI VE YENİDEN BAŞLAMA DURUMU

Özlem Pekel¹, Gül Ergör¹, Türkan Günay¹, Ahmet Soysal¹, Sinem Doğanay¹, Refik Budak², Hakan Baydur³, Deniz Altun¹, Volkan Damgacı¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi

²Kars İl Halk Sağlığı Müdürlüğü

³Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

Giriş-Amaç: Sigara dünyada en önemli önlenebilir ölüm nedenidir. Tütünle mücadelede MPOWER (Küresel Tütün Kontrolü İçin Politika Paketi) bileşenlerinden birisi de 'Sigarayı bırakmaya yardım et' olmuştur. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi(DEÜTF)-Balçova Belediyesi işbirliğiyle yürütülen Balçova'nın Kalbi(BAK) projesi kapsamında, toplum tabanlı hizmet veren sigara bırakma merkezi oluşturulmuştur. Bu çalışmanın amacı sigara bırakma merkezine başvuranların bir yıllık başarı ve relaps durumlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem: BAK projesi kapsamında 26 Ekim 2009 tarihinde açılan Sigara Bırakma Merkezi(SBM) İzmir Kalkınma Ajansı ve Balçova Belediyesi tarafından mali olarak desteklenmiştir. Öncelikle BAK projesinde Framingham risk skoru orta ve yüksek düzeyde olan ve sigara içen kişilere evlerinde ulaşılarak merkeze davet edilmiştir. Ardından tüm başvurular kabul edilmiştir. Proje süresince (ilk 6 ay) hizmet sunumunda 7 kişilik eğitimli Toplum Sağlığı Destek Grubu (TSDG), 1 psikolog, 1 hemşire 1 hekim görev almıştır. Proje dönemi boyunca 746 kişi başvurmuştur. Proje dönemi sonrasında en az dört haftadır sigara içmeyen 359 kişi (%48.1) araştırmacı (hekim) tarafından bir yıl süreyle izlenmiştir. Sigarayı bırakan bireylere yeniden başlamayı önleme konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Görüşmeler ilk ay haftalık, ikinci ay on beş günde bir, üçüncü aydan sonra aylık olarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler yüzyüze yapılmış, gelemeyen kişilere telefonla ulaşılmıştır. Dört farklı günde

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kendisine en az dört kez ulaşılamayan bireyler izlemde yitlik olgu olarak kabul edilmiştir. Sigara bırakma durumunun değerlendirilmesinde hastanın kendi beyanı ve üç ayda bir yapılan CO ölçümleri kullanılmıştır. Merkeze başvuranların özgeçmiş, sigara kullanma durumları sorgulanmıştır. Anksiyete depresyon skorları ve nikotin bağımlılığı durumu belirlenmiştir. Çözümlemeye SBM tarafından en az iki izlem yapılan 581 birey alınmıştır.

Araştırmamanın değişkenleri: sigara bırakma durumu ve sigaraya yeniden başlama durumu (Bağımlı değişken), yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, kronik hastalık varlığı, nikotinbağımlılık düzeyi, depresyon-anksiyete düzeyi, ilaç kullanma durumudur (bağımsız değişkenler). İlaç tedavisi için en az dört hafta süreyle düzenli kullanma kabul edilmiştir. Çözümlemede ki-kare, Kaplan-Meier ve Cox-regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: SBM'ne başvuranların yaş ortalaması,51.6±11.6 (en az=18, en çok=87)dır. Katılımcıların %50.3'ü erkek, %56.0'ı 55 yaş altında, %83.6'sı evlidir. Katılımcıların yarısı ilkokul ya da ortaokul mezunu, büyük çoğunluğu emekli ve evhanıdır. Araştırmada katılımcıların bir yıllık izlem sonunda sigara bırakma hızı %30.1, bırakıp yeniden başlama hızı %31.7, izlemde yitlik olgu %1.2 ve hiç bırakamayanlar %37.0 olarak bulunmuştur. Erkeklerde, 55 yaş üzeri olanlarda ve çalışmayanlarda sigara bırakma anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakma hızı anlamlı olarak düşmektedir. İlaç kullananlarda başarı yalnızca davranışsal tedavi olanlara göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur (p<0.05). Araştırmaya katılan bireylerin nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakma başarısı anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p=0.004). Cox regresyon analizinde nikotin bağımlılık düzeyinin etkisi yaş, cinsiyet, çalışma durumu, evde sigara içen varlığı ve sigara bırakma için kullanılan ilaç varlığına göre düzeltildikten sonra anlamlılığını kaybetmiştir (GR:1.13(GA: 0.90-1.41). Araştırma grubunda sigarayı en az dört hafta içmeyen 359 kişinin bir yıllık izlemi sonunda 184 kişi (%51.3) sigaraya yeniden başlamıştır. Sigaraya yeniden başlayanların ortalama bırakma süresi 125.7±82.0 gündür. Sigaraya yeniden başlamada cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu açısından anlamlı fark bulunmazken, 55 yaş üzeri grupta anlamlı olarak düşük bulunmuştur İlaç tedavisi alanlarda relaps olma riski yalnız davranışsal tedavi alanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0.05).

Sonuç: Toplum tabanlı olarak çalışmaya başlayan sigara bırakma merkezinde başarı hızı kendiliğinden sigara bırakma polikliniklerine başvuranlara benzer bulunmuştur. Bu nedenle toplumda risk altındaki kişilere yönelik, aktif olarak çalışacak birimlerin sayısını ve ulaşılabilirliğini artırmak gerekmektedir. İlaç tedavisi alanlarda başarı hızının yüksek ve yeniden başlama hızının düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre ilaç tedavisinin kamu tarafından desteklenmesi önerilmektedir.

Kaynaklar:

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva: 2008.
2. Bilir N. Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde? Tur Toraks Der. 2009;10:31-4
3. Önen Z. Kardiyopulmoner Hastalığı Olanlarda Sigaranın Bırakılması. Anadolu Kardiyol Derg 2011 Mayıs 1;11(3).
4. Salepçi B. Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başarıda Etkili Faktörler. Toraks Dergisi 2005;6(2):151-158.
5. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. Turk J Med Sci 2012; 42 (3): 515-522

Anahtar kelimeler: toplum tabanlı girişim, sigara bırakma, yeniden başlama

Toplum Beslenmesi

BİR ÜNİVERSİTENİN BAZI ÖĞRENCİLERİNİN GIDA GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ BİLGİ, GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI

Nihal Bilgili Aykut, Sare Mihçioğur, Elif Durukan, Ayşe Akın

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş: Gıda, insan ihtiyaçlarının birinci basamağı olan fizyolojik ihtiyaçlar arasında yer almaktadır. Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan öğelerin alınması ve vücutta kullanılmasıdır. Yeterli ve dengeli beslenmeyen bir toplumun sağlıklı ve iş görebilir güçte yaşaması, ekonomik ve sosyal refahının artması mümkün görülmemektedir. Dünyada iki türlü beslenme sorunu yaşanmaktadır: gıda güvencesi ve gıda güvenliği (1).

Gıda güvenliği; sağlıklı biçimde hazırlandığında, fiziksel, kimyasal ve biyolojik özellikleri itibarı ile tüketime uygun ve besin değerini kaybetmemiş gıda maddesi üretmek olarak tanımlanmaktadır. Gıda güvencesi ise; insanların sürdürülebilir, güvenilir, uygun fiyatta, kaliteli, sağlıklı beslenme alışkanlığını geliştirecek gıdaları satın alma ve tüketme hakkına sahip olmalarının güvence altına alınmasıdır (2).

Gıda güvenliği ile ilgili tehlikeler; çevre kirliliği, toplumun değişen tüketim alışkanlıkları, toplu gıda ve yemek üretiminde artış, eğitim ve gelir düzeyinin düşüklüğü, yetersiz ve yeterince uygulanmayan mevzuat, gıda saklama süresinin arttırılması, kontrol dışı üretim, denetim uygulamalarının yetersizliği ve gereğince yapılmaması, gıda üretiminde yeni teknolojiler kullanımı, nüfus artışı gibi nedenlerle artmaktadır (3).

Gıda güvenliği zincirinde en son halkayı tüketiciler oluşturmaktadır. Tüketicinin alım gücü ve bilinçli olması gıda güvenliğini sağlamada önemli faktörlerden biridir (4). Bilinçli Tüketici, örgütlü olan, bir mal ya da hizmeti satın alırken, ondan azami derecede yarar sağlamayı amaçlayan, gerçek gereksinimlerini göz önünde tutan, planlı ve belgeli alışveriş yapan, alışverişin nesnesi değil öznesi olduğunun bilincinde olan, kalitesi, standardı yüksek, sağlıklı, güvenli, çevreci ürünü seçme olgunluğunu taşıyan, tüm bunlarla birlikte bütçesine en uygun ürünü seçip tasarrufa önem veren ve aynı zamanda kaliteyi denetleyen, dolayısıyla, giderek ekonomiyi verimliliğe yönleltecek olan yadsınmaz bir sosyo-ekonomik unsurdur (2).

Geleceğin eğitilmiş, bilinçli yetişkinleri olacak öğrencilerin gıda güvenliği konusundaki bilgi, görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla bu araştırma planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın Amacı: Ankara'da bir üniversitenin İletişim, Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi – Hemşirelik Bölümünde okuyan son sınıf öğrencilerinin gıda güvenliği konusu ile ilgili bilgi düzeyini değerlendirmek, görüşlerini saptamak, gıda satın alırken gıda güvenliği ile ilgili uygulamaları hakkında bilgi toplamak ve elde edilen sonuçlara göre yapılacak eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerine katkı sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, 02 Temmuz – 09 Aralık 2011 tarihleri arasında Ankara'da bir üniversitenin kampüsünde eğitim gören bazı öğrencilerin gıda güvenliği konusu ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamalarının saptanmasını amaçlayan tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini Tıp Fakültesi (31), İletişim Fakültesi (70) ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (43) son sınıf öğrencileri olmak üzere toplam 144 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş olup, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak, sınav haftası olduğu için öğrencilerin derslere gelmemesinden dolayı araştırma evreninin tamamına ulaşılamamıştır. Araştırmaya katılım oranı % 79,8 olmuştur. (Tıp Fakültesi için katılım %100, İletişim Fakültesi %67,1 ve Hemşirelik Bölümü %86,0).

Araştırmada, öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerini, Gıda Güvenliği Sistemleri ile ilgili bilgi ve görüş durumunu, gıda satın alırken gıda güvenliği ile ilgili uygulamalarını, gıda ürünlerinin ev ortamında saklanması ve hazırlanmasına dair dikkat ettiği hususları, açıkta satılan gıdaların güvenliği ile ilgili bilgi düzeyini belirlemeye

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yönelik 5 bölüm, 60 sorudan oluşan bir anket formu hazırlanarak uygulanmıştır. Araştırmadan önce, başka bir üniversitenin benzer fakültelerinde okuyan on öğrenci üzerinde anket formunun ön denemesi yapılmıştır.

Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerine anketler teker teker dağıtılmış ve doldurulduktan hemen sonra toplanmıştır. İletişim Fakültesinde, anketin uygulandığı gün derse katılan son sınıf öğrencilerine ders başlangıcında anket formunun dağıtılması ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerin doldurmalarından sonra toplanması şeklinde yapılmıştır. Hemşirelik bölümü son sınıf öğrencileri ise bu dönemde sahada uygulamada olduğu için anketi uygulamaları konusunda bölümün öğretim üyelerinden destek alınmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce üniversite rektörlüğünden gerekli izin yazılı olarak alınmıştır. Araştırmaya katılacak öğrencilere araştırma konusunda bilgi verilerek anket formuna isim ve öğrenci numarasının yazılmayacağı, tüm bilgilerin “gizlilik ve mahremiyet” ilkelerine uygun olarak gizli tutulacağı ve araştırma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konularında gerekli açıklamalar yapılarak sözel onayları alınmıştır.

Verilerin analizi SPSS for Windows Version 11.0 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sonuçların yorumu frekans dağılımlarının incelenmesi ve ki-kare testi uygulanarak yapılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi “ $p < 0.05$ ” olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Araştırmada, öğrencilerin kişisel bilgileri, Gıda Güvenliği Sistemleri ile ilgili bilgi ve görüşleri, gıda satın alırken gıda güvenliği ile ilgili uygulamaları, kimlerden ve nelerden etkilendikleri, ambalajlı ve/veya açıkta satılan ürün tercihleri, gıda ürünlerinin ev ortamında saklanması ve hazırlanmasına dair dikkat ettiği hususlar, açıkta satılan gıdaların güvenliği ile ilgili bilgi düzeyi değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %27’si tıp fakültesi, %40,9’u iletişim, %32,1’i hemşirelik bölümünde okumaktadır. %67’si kadın, %33’ü erkektir. Yaş ortalaması $22,6 \pm 1,2$ ’dir. %59,1’i ailesiyle yaşamaktadır. Yaklaşık %47’sinin annesi, %53’ünün babası üniversite ve üzeri eğitim düzeyindedir. %59,6’sının gelir düzeyi 4999 TL ve altındadır. %40,4’ünün ise 5000 TL ve üzerindedir.

Öğrencilerin yaklaşık %74’ü gıda güvenliği ile ilgili yasal düzenlemelerden Sağlık Bakanlığı’nın, %52’si ise Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı’nın sorumlu olduğunu düşünmektedir. %77,4’ü gıda kaynaklı hastalıkların yaygın olduğu görüşündedir. %71,9’u Gıda Güvenliği Sistemleri (GGS) kavramından haberdar değildir. %89,6’sı satın aldıkları ürünün GGS belgesine sahip olup olmadığını hiçbir zaman kontrol etmediklerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %98,3’ü ürünün ambalajının sağlamlığını kontrol ettiklerini, %95,7’si yiyecek maddelerinin satıldığı yerin temizlik koşullarının kendileri için önemli olduğunu, %93,9’u gıda maddelerinin üretildiği yerlerin hijyenine önem verdiklerini ve %96,5’i gıda ürünlerini satın alırken son kullanma tarihine her zaman/sıklıkla dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Öte yandan öğrencilerin %74’ü birlikte verilen hediyelerin gıda ürünü satın almalarında etkisi olmadığını, %63,5’i fiyatın ucuz olmasının gıda ürünü satın almasında önemli olmadığını ve %83,4’ü reklamların ürün hakkında yeterli bilgi vermediğini belirtmiştir. Öğrencilerin %97,4’ü gıda ürünlerini satın alırken kendi tercihleri doğrultusunda hareket ettiklerini belirtmiş, öte yandan % 61,4’ü ailelerinden etkilendiklerini de ifade etmişlerdir.

Öğrencilerin %86’sı gıda satın alırken ambalajlı gıdaları tercih etmektedir. Ambalajda sıklıkla kontrol ettikleri özellikler ise son kullanma tarihi (%95,6), marka (%86,8), üretim tarihi (%81,6) ve içindekilerdir (%65,8). %46,5’i ambalajlı gıdalardaki etiket bilgilerini yeterli bulurken, %53,5’i yetersiz bulmaktadırlar.

Öğrencilerin %81,4’ü yiyecekleri muhafaza ettiği yerin temizliğine her zaman dikkat ettiğini, %78,8’i hiçbir zaman temizlik malzemeleri ile besinleri aynı yerde saklamadığını belirtmiştir. %90,3’si küflenmiş besinleri tüketmemeye her zaman özen göstermektedir. %64,9’u çözdürülmüş eti hiçbir zaman tekrar kullanmak üzere dondurmamaktadır. %84,1’i her zaman meyve ve sebzeleri tüketmeden önce mutlaka yıkamaktadır.

Araştırma grubunun, cinsiyete göre gıda ürünleri ve içeriklerine dikkat etmeleri konusundaki dağılımları incelendiğinde kadınların erkeklere göre;

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Gıda içeriğine ve gıda ürünlerinin enerji ve besin değerlerine daha çok dikkat ettikleri (%47,4; %26,3).
- Gıda kaynaklı hastalıkların yaygın olduğunu daha sıklıkla düşündükleri (%84,4; %63,2).
- Açıkta satılan gıdalar konusunda sivil toplum örgütlerinin uyarılarını daha fazla dikkate aldıkları (%66,7; %33,3)

belirlenmiştir. Her bir durumda aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırma grubunun, açıkta satılan gıdaların düşük besin değerine sahip olduğunu düşünmelerinin okudukları bölüme göre anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır. Diğer bölümlerde okuyan öğrencilere kıyasla Tıp Fakültesi öğrencilerinin çoğunluğu açıkta satılan gıdaların düşük besin değerine sahip olduğunu düşünmektedirler ($p < 0,05$).

Tartışma: Bu çalışmada, cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, fakülte, yaşadıkları yer ve aile eğitim düzeyi olarak belirlenen bağımsız değişkenler ile gıda güvenliği konusundaki davranış ve bilgi düzeylerine ilişkin veriler karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin %86'sı gıda satın alırken ambalajlı gıdaları tercih etmektedir. Ambalajda sıklıkla kontrol ettikleri özellikler ise son kullanma tarihi (%95,6), marka (%86,8), üretim tarihi (%81,6) ve içindekilerdir (%65,8). %46,5'i ambalajlı gıdalardaki etiket bilgilerini yeterli bulurken, %53,5'i yetersiz bulmaktadırlar. Benzer bir çalışmada, Yaman ve Özgen, araştırmasında tüketicilerin %76,9'unun üretim tarihi, %78,4'ünün son kullanma tarihini her zaman okuduklarını belirtmişlerdir (5). Albayrak araştırması kapsamındaki 292 tüketicinin %60,6'sının ambalajlı gıdaların etiket bilgilerini yeterli, %37,7'sinin ise yetersiz bulduklarını tespit etmiştir (6).

Araştırmaya katılanların %83,4'ü reklamların ürün hakkında yeterli bilgi vermediğini belirtmiştir. Demirdağ ve arkadaşlarının çalışmasında; araştırmaya katılan tüketicilerin satın alma sırasında reklamlardan %45 oranında etkilendiği bulunmuştur. Araştırmacılar tüketicilerin eğitim seviyesi ve yaşlarının artmasıyla gıda reklamlarını inandırıcı bulma oranının gittikçe düştüğünü bulmuşlardır (7).

Öğrencilerin %97,4'i gıda ürünlerini satın alırken kendi tercihleri doğrultusunda hareket ettiklerini belirtmiş, öte yandan %61,4' u ailesinden etkilendiklerini de ifade etmişlerdir. Alpuğuz ve arkadaşlarının çalışmasında; gıdaları satın alırken öğrencilerin %58,2'sinin tamamen kendi tercihleri doğrultusunda seçtikleri, %28,9'unun ailesinden etkilendiği bulunmuştur (4).

Öğrencilerin, gıda ürünleri ve içeriklerine dikkat etmeleri konusunda cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup, kadınların %72,4'ünün, erkeklerin ise %52,6'sının dikkat ettiği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Bu konuda yapılan literatür çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Sert ve ark. tarafından yürütülen çalışmada, gıda içeriklerine dikkat konusunda kadınların erkeklere göre daha duyarlı oldukları ortaya konmuştur (8).

Araştırma grubunun, gıda ürünlerinin enerji ve besin değerlerine dikkat etmeleri konusunda cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, kadınların %47,4'ü, erkeklerinse %26,3'ü gıdaların enerji ve besin değerine dikkat ettiğini belirtmiştir ($p < 0,05$). Benzer bir araştırmanın sonuçları da, gıdaların enerji ve besin değerlerine kadınların erkeklere göre daha çok dikkat ettiğini ortaya koymaktadır (8).

Sonuç ve Öneriler : Gıda güvenliğine ilişkin konular;

- Geleceğin eğitilmiş, bilinçli yetişkinleri olacak öğrencilerin bilgileri yeterli olmadığından bu eksiklerinin giderilmesi amacıyla gıda güvenliği ile ilgili eğitici amaçlı seminer, panel ve sempozyumlar düzenlenmelidir.
- Toplumun sağlığı ve sağlık eğitiminden sorumlu olacak tıp ve hemşirelik meslek grubunun daha öğrencilik döneminde eğitim müfredatına entegre edilmelidir.
- Gıda güvenliği gibi önemli bir konuda toplumdaki durumu değerlendirici benzer araştırmaların yapılmasının da yararlı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar:

Uzunöz, M., Büyükbay, EO., Bal, HS., Kırsal Kadınların Gıda Güvenliği Konusunda Bilinç Düzeyleri (Tokat İli Örneği). U.Ü. Ziraat Fakültesi Dergisi 2008; 22(2):35-46

1. Topuzoğlu, A., Hıdıroğlu, S., Ay, P., Önsüz, F., İkişik, H., Tüketicilerin Gıda Ürünleri ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Sağlık Risklerine Karşı Tutumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(4):253-258
2. Erkmen, O., Gıda Kaynaklı Tehlikelerle Güvenli Gıda Üretimi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2010; 53:220-235
3. Alpuğuz, G., Erkoç, F., Mutluer, B., Selvi, M., Gençlerin(14-24 Yaş) Gıda Hijyeni ve Ambalajlı Gıdaların Tüketimi Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2009; 66(3):107-115
4. Yaman M, Özgen L. Üniversite Öğrencilerinin Yurtlarındaki Besin Hijyeni Yaklaşımları ve Besin Hazırlama Uygulamaları. Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi. 2007; 20: 28-38.
5. Albayrak M. Ankara İlinde Gıda Maddeleri Paketleme ve Etiketleme Bilgileri Hakkında Tüketicilerin Bilinç Düzeyinin Ölçülmesi, Gıda Maddeleri Alım Yerleri ve Ambalaj Tercihleri Üzerine Bir Çalışma. Ankara: Burcu Ofset Matbaacılık. 2000: 90.
6. Demirdağ K, Ova G, Gölge E, Düşel D, Akın V. Gıda Reklamlarının Tüketici Üzerine Etkileriyle İlgili Bir Araştırma. Gıda. 2003; Aralık 71-5.
7. Sert, S., Kapusuz, F. "Açıkta Satılan Gıdalar: öğrencilerin görüşleri ve tercih etme nedenleri üzerine bir araştırma" Gıda Teknolojileri Elektronik Dergisi 2010, 5(3) 25-35

517

BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 0-2 YAŞ ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON SIKLIĞI VE MALNÜTRİSYON SAPTANAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNE VERİLEN EĞİTİMİN ETKİSİ

Rukiye Demir, Birgül Özçırpıcı

Gaziantep Şahinbey 1 nolu Aile Sağlığı Merkezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Giriş ve Amaç: Koruyucu sağlık hizmetlerinden biri olan yeterli ve dengeli beslenme; büyüme ve gelişmeyi, sağlıklı yaşamayı, hastalıklardan korunmayı ve iyileşmeyi çabuklaştıran bir faktördür. Çocuk sağlığı açısından ise beslenme daha büyük önem taşır. (1).Beslenme; büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması için besinlerin alınmasıdır. Anne karnından yaşlılığa kadar insan yaşamının her döneminde önemlidir (2). Yeterli süre ve miktarda verilen anne sütü ile birlikte, zamanında uygun ek gıda başlanması ve çeşitlendirilerek devam ettirilmesi temel çocuk gelişimi açısından son derece önemlidir (3). 1993-98 yıllarında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA) sonuçlarına göre, anne sütüyle beslenmenin yaygın olmasına karşın, doğru uygulanması ile ilgili sorunların bulunduğu görülmektedir (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre dünyadaki beş yaş altı ölümlerinin %54'ünün temelinde malnütrisyon yer almaktadır (5).

Çalışmamızda; 60.Yıl Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-2 yaş grubu çocuklarda malnütrisyon sıklığının ve bunu belirleyen faktörlerin belirlenmesi, malnütrisyonlu çocuğu olan annelere eğitim verilerek eğitimin malnütrisyon sıklığının azalmasıdaki etkisinin ortaya konması ve çocuklardaki beslenme bozukluklarının giderilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın birinci aşaması kesitsel; ikincisi müdahale araştırması tipindedir. Veriler Temmuz- Kasım 2010 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın evrenini 60. Yıl Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0- 2 yaş çocuklar oluşturmaktadır. Gaziantep Şahinbey Belediyesi sınırları içerisinde bulunan 60.Yıl Sağlık Ocağı dört mahalleye temel sağlık hizmeti vermektedir; Çağdaş, 60.Yıl, Yeşilevler ve Deniz Mahalleleri. Örnek büyüklüğü 643 olarak belirlenmiş, bu mahallelerde yaşayan 1993 0-2 yaş çocuk karışık olarak listelenerek 643 çocuk basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Örneğe ulaşım hızı %96,1'dir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Literatür taranarak hazırlanan soru kâğıdında; ailenin sosyo-demografik özellikleri, annenin; anne sütü, emzirme ve ek gıdaya başlama konuları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları, obstetrik öyküsü, çocuğun doğum öyküsü ve anne sütü ve ek gıda alma durumlarına yönelik 76 soru bulunmaktadır. Soru kâğıdı araştırmadan önce örnekte yer almayan 15 kadına uygulanmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Annelerin sözlü onayları alınarak, soru kâğıtları araştırmacı ve onun eğittiği iki ebe tarafından uygulanmış, arkasından çocukların ağırlıkları ve boyları ölçülmüştür.

İkinci aşamada; malnütrisyon saptanan (z- skoru tablosunda -2 SD ve altında kalan) çocukların (n=14) anneleri sağlık ocağına çağırılarak bir araya getirilmiş, hazırlanan eğitim materyali kullanılarak anne sütü, ek gıda, çocukların doğru beslenmesi konularında araştırmacı tarafından eğitim verilmiştir. Eğitimden altı ay sonra evlere tekrar gidilerek çocukların boy ve kilo ölçümleri tekrarlanmıştır. Bu ölçümden bir yıl sonra 14 çocuğa tekrar ölçüm yapılmıştır.

Çocuklarda kilo ölçümü elektronik tartı aleti (hassasiyet:5/10 gr), boy ölçümü mezura ile yapılmış, DSÖ'nün çocuk büyüme standartları kullanılarak her çocuk için z skoru hesaplanmıştır. Eğitimlerden altı ay sonra ve bundan bir yıl sonra boy ve kilo ölçümleri tekrarlanarak çocuğun bulunduğu aya göre z skoru değişimleri ve standart medyan değerden uzaklıklarının değişimleri incelenmiştir.

Araştırma için etik kurul izni alınmıştır.

Verilerin istatistiksel analizinde ki- kare, Fisher'in Kesin Testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann- Whitney U testi ve Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi kullanılmıştır.

Bulgular: Annelerin %99,7'si bu çocuğa gebeyken gebelik takibi yaptırmıştır. Bunların %54,9'u dörtten daha az takip yaptırmıştır. Bu çocuğa gebeyken annelerin sadece %9,9'una ebe tarafından ev ziyareti yapılmıştır. Annelerin %95'i araştırmaya alınan çocuğu herhangi bir hastanede, % 5' i klinikte doğurmuştur. Çocukların %31,6'sı sezaryenle dünyaya gelmiştir. %87,5'i doğumdan sonra anneleri ile aynı odada kalmıştır. Çocukların %56'sı kız, %44'ü erkektir. Çocukların bir önceki kardeşi ile arasındaki yaş farkı incelendiğinde; %62,5'inde üç yaş ve daha fazla olduğu, %15,7'sinde iki yaş ve daha az olduğu belirlenmiştir.

Çocukların %59,7'si ilk yarım saat içinde emzirilmiştir. %72,3'ü ilk besin olarak anne sütü almıştır. %8.7'sine ilk şekerli su verilmiştir. Hiç anne sütü alamayan çocukların %75'i doğumdan sonra üç ay sadece formül mama almışken, bir çocuğa (%25) doğumdan sonra bir ay sadece inek sütü verilmiştir. 12 aydan daha az süre anne sütü alanların oranı %49,2'dir.

Annelerin %5,5'i doğum öncesi, %19,9'u doğum sonrası anne sütü eğitimi almıştır. Yine %4,5'i doğum öncesi, %22,3'ü doğum sonrası emzirme eğitimi almıştır.

Annelerin %18,4'ü henüz ek gıdalara başlamadım derken, %48,2'si ek gıdalara doğru zamanda geçmiştir. Çocukların %8,4'ü ilk altı aylık dönemde yiyecekleri kaşıkla, %40,6'sı biberonla, %49,8'i hem kaşıkla, hem biberonla almıştır.

0- 2 yaş çocukların %97,7'sinin boy ve ağırlığı normal, %2,2'si boy ya da ağırlıkça malnütrisyondur. Malnütrisyonlu 14 çocuğun çoğunluğu boyca malnütrisyondur (%57,1). Bunların %71,43'ü orta derecede malnütrisyonlu (-2SD'nin altında), %28,57'si ağır derecede malnütrisyondur (-3SD'nin altında).

Sosyal güvence, annenin yaşı, annenin gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, bu çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu, annenin bazı bilgi sorularına verdiği cevaplar çocuklardaki malnütrisyon durumunu anlamlı düzeyde etkilemektedir.

Malnütrisyonlu 14 çocuğun eğitim öncesi ve eğitimden altı ay sonraki ölçümlerinin o ay için medyan değerden uzaklığı incelendiğinde; eğitim öncesi uzaklığın ortalaması 4,69±2,23 iken, eğitimden altı ay sonra 1,96±1,2'ye düşmüştür (p=0,001). Yine; ikinci ölçümden bir yıl sonraki ölçümlerin uzaklık ortalaması 2,47±4,76'dır ve eğitim

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

öncesi ölçüme göre yine anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0,016$). Eğitimden altı ay sonra (ikinci ölçüm) ve bu ölçümden bir yıl sonrası (üçüncü ölçüm) istatistiksel olarak farklı değildir ($p=0,25$).

Tartışma : Annelerinin %99,7'si bu bebeğe gebeyken takip yaptırdığını belirtmiştir. TNSA 2003'e göre; en son doğumlarında kadınlar en az bir kere doğum öncesi gebelik takibi yaptırmıştır (6). TNSA 2008'de; %92'si doğum öncesi gebelik takibi yaptırmıştır (4). Araştırmamızda annelerin büyük çoğunluğunun gebelikleri boyunca en az bir kere takip yaptırmaları anne ve bebek sağlığı açısından sevindirici bir durumdur.

Annelerin %100'ü bir sağlık kuruluşunda doğum yapmıştır. TNSA 2003' ve 2008'de doğumların sırasıyla %78,2'si ve %89,7'si herhangi bir sağlık kuruluşunda yapılmıştır (6,4). Araştırma bölgesinde doğumların hepsinin sağlık kuruluşlarında yapılması olumludur.

Çocukların %68,4'ü normal doğumla doğarken, %31,6'sı sezaryenle doğmuştur. TNSA 2003'e göre son beş yıl içinde doğan bebeklerin %21,2'si, 2008'e göre %36'sı sezaryenle dünyaya gelmiştir (4,6). Çalışmamızda ve diğer araştırmalarda sezaryen doğum sıklığının yüksek olması emzirme davranışını olumsuz yönde etkilemesi bakımından düşündürücüdür.

2500 kg dan az doğan çocukların oranı %1,94 dür. Araştırmaya alınan çocukların ortalama doğum kiloları ile malnütrisyon arasında sınırdan anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p=0,043$). TNSA 2008'de düşük doğum ağırlığı %11'dir (4). Araştırmaya katılan çocukların doğum kilolarının ortalamalarının düşük olmaması malnütrisyon sıklığının düşüklüğünü açıklayabilir.

Annelerinin %40,3'ü çocuklarını ilk yarım saat içinde emzirmemiştir. TNSA 2003'e göre doğumdan sonra ilk 24 saat içinde bebeklerin % 16'sı hiç emzirilmemiştir (6). TNSA 2008'de çocukların sadece %39'u doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeye başlanmıştır; %27'si ise doğumdan sonraki ilk 24 saatte hiç emzirilmemiştir. Araştırmalar Türkiye'de erken emzirmeye başlama pratiğinden uzaklaşmanın sürdüğünü göstermektedir (4).

Çocukların %12,5' i bir-iki ay, %28'i 3-4 ay, %10,5'i beş ay, %28,8'i altı ay %1,8'i altı aydan fazla sadece anne sütü almıştır. TNSA 2003'e göre hayatın ilk iki ayında %44'ü, TNSA-2008 e göre ise bebeklerin %69'u sadece anne sütü ile beslenmiştir (6,4). Araştırma bölgesinde ek gıdaya erken geçme eğilimi olduğu görülmektedir. Ülkemizde olduğu gibi dünyanın birçok bölgesinde de tek başına anne sütü ile beslenme yüzdelerinin düşüklüğü sorun oluşturmaktadır.

Araştırmamızda çocuklar 15 aylık olduklarında %68,7'si artık emzirilmemektedir. TNSA 2003'e göre çocuklar 12-15 aylık olduğunda %45'i artık emzirilmemektedir (6). TNSA 2008'e göre; tüm çocuklar için ortanca emzirme süresi TNSA 2003'te bulunan süreden bir buçuk ay daha uzun olup 16 aydır (4). Araştırmamızda 12-15 aylıkken anne sütü almayanların TNSA değerlerinden fazla çıkması, annelerin eğitim eksikliğine, coğrafi bölge özelliklerine ve sosyo-kültürel özelliklere bağlı olabilir. Buna rağmen çocukların çoğunluğunun bir sürede olsa anne sütü almasının malnütrisyon oluşmamasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Çocukların %1,3'ü yaşına göre boyca malnütrisyonludur. TNSA 2003'e göre; 0-2 yaş çocuklarda yaşa göre boy uzunluğu ölçümde -2SD'nin altında olanlar %31, -3SD'nin altında olanlar %7,5'dir (toplam= %38,5) (6). TNSA 2008'de bu değerler sırasıyla %26,3 ve %5'dir (toplam=%31,3) (4). Araştırmamızda boyca malnütrisyon sıklığı diğer araştırmalara göre düşüktür. Bunun; araştırmaların farklı zamanlarda ve yerlerde yapılmış olmasından, sosyo kültürel farklılıklardan, bölgenin kentsel bölge olması ve bölgenin sağlık kuruluşlarına yakın olması nedeniyle çocukların düzenli aralıklarla izlenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çocukların %0,6'sı yaşına göre ağırlıkça malnütrisyonludur. TNSA 2003'e göre; 0-2 yaş çocuklarda yaşa göre ağırlık ölçümünde -2SD'nin altında olanlar %11,1, -3SD'nin altında olanlar %26'dir (toplam=%37,1) (6). TNSA 2008'de bu değerler sırasıyla; %1 ve %10,1'dir (toplam=%11,1) (4). GAP Bölgesi'nde yapılan bir araştırmada yaşa göre ağırlık değerlendirmesinde 0- 59 aylık çocukların %15,1'inin düşük kilolu olduğu saptanmıştır (7). Araştırmamızda diğer araştırmalara göre ağırlıkça malnütrisyon sıklığının düşük olması; ailelerin eğitim seviyelerinin ülke genelinden yüksek olması (ki anne ve babanın eğitim seviyesi TNSA verilerinden daha iyidir),

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ekonomik durumlarının çok düşük olmaması, sağlık kuruluşlarına ulaşım imkânlarının iyi olması ve bölgenin kentsel bir bölge olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Malnütrisyonlu 14 çocuğun eğitim öncesi kilo ya da boy olarak medyan değerden uzaklığının ortalaması 4,69 iken, eğitimden 6 ay sonra 1,96' a gerilemiştir($p=0,001$). Bu eğitimin etkisini gösteren olumlu bir bulgudur. Yine 3. ölçümde eğitim sonrası ilk ölçüme göre medyan değerden uzaklık artmış olsa da, eğitimin etkisinin hala devam ettiği anlaşılmaktadır. Sonuçlar gösteriyor ki eğitimler malnütrisyon üzerine kısa vadede olumlu sonuçlar vermektedir, ancak bir yıl sonra etkisi devam etse de azalmıştır. Bu yüzden annelere verilen eğitimler belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

Sonuç ve Öneriler:

*Gebelerin normal doğum ve bebeğin doğduktan sonra hemen emzirilmesi konularında teşvik edilmesi gerekmektedir.

*İlk bir saat içerisinde emzirme yüzdesi istenilen düzeyde değildir. Bebeklerin kolostrumdan faydalanabilmesi için bebeğe doğumdan hemen sonra verilecek sütün önemini anneye doğumdan önce vurgulamak faydalı olacaktır.

*Araştırmada malnütrisyon bulunan çocukların annelerinin yaş ortalaması, olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0,001$). Yine canlı doğum sayısı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı düşük olan annelerin çocuklarında malnütrisyonun anlamlı düzeyde yüksek olmasının da yaşla ilgili olduğu düşünülmektedir. Malnütrisyonun birinci çocukta sık olmasının da anne yaşıyla, dolayısıyla deneyimsizlikle ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle küçük yaşlarda evlenme ve gebe kalma önlenmelidir.

*Bilgi sorularına cevap veren annelerde malnütrisyon sıklığının daha fazla olması ilginçtir. Bu bulgu bilgi kadar deneyiminde önemli olduğunu ve eğitimin ihtiyaç anında verildiği zaman daha etkili olduğunu vurgulanmaktadır.

*Bütün çabalara rağmen; bebek dostu hastane, bebek dostu sağlık ocağı gibi, hala doğum sonu emzirme ve anne sütü eğitimi alanların bu denli düşük olması koruyucu hizmetlerle ilgili sorunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, ek gıda, emzirme, malnütrisyon, sağlık eğitimi.

Kaynaklar:

1. Ok Ş, Conk Z. Annelerin bebek beslenmesi hakkında bilgi durumlarının bebeklerin büyüme ve gelişmelerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2001;4(2) :42-51.
2. Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M. Anne ve Çocuk Beslenmesi. 3. baskı. Pegem A Yayınevi. Ankara: 2006.
3. Köksal E. Beslenme ve Bilişsel Gelişim. Sağlık Bakanlığı Yayın, No: 726. Ankara: 2008. ISBN: 978 975 590 242 4.
4. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, 2008.
5. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2006.
6. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, 2003.

7. Özgür S, Bozkurt A. GAP Bölgesinde Çocuklarda Malnütrisyon Durumu. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; Güneydoğu Anadolu Bölgesi Bildirileri. Diyarbakır, 2002:p.894-897.

269

BİR ÜNİVERSİTEDEKİ ÖĞRENCİLERİN BEDEN ALGISI VE BESLENME ALIŞKANLIKLARI, VE ARALARINDAKİ

Fatma Selcen Çiftçi, Ersin Uskun

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dal

Giriş ve Amaç: Günümüzde fiziksel görünümüne verilen önem medyanın ve toplumun baskısıyla artmakta, özellikle kadınlar için zayıflık güzellikle eşdeğer olarak gösterilmeye başlanmıştır. Bu durumun bireylerde beden memnuniyetsizliği oluşturabileceği bildirilmektedir (1). Beden memnuniyetsizliği, kişilerin zayıf görünme çabalarına ve beslenmeleri üzerinde olumsuz etkilere neden olarak, yetersiz ve dengesiz beslenme, öğün atlama, sık diyet yapma ve yeme davranış bozukluğu gibi önemli sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Üniversite döneminde gençlerde beslenme ile ilgili sorunların yaşandığı bilinmektedir (2). Bireylerin ve toplumların sağlıklı olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde yeterli ve dengeli beslenme temel koşullardan biridir. Beden algısı, kişilerin beyninde oluşturduğu olumsuz düşüncelerle özellikle gençlerin beslenmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle beden algısının beslenme davranışları üzerine etkilerinin belirlenmesi önemlidir.

Bu çalışmanın amacı; üniversite öğrencilerinin beden algısı ve beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi ve beden algısı ile beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel analitik tipteki bu çalışma, 2010-2011 eğitim öğretim yılında birinci öğretimde okuyan öğrenci sayısı 27749 olmak üzere, toplam öğrenci sayısı 41156 olan bir üniversitede, 2011 yılında gerçekleştirildi. Araştırmanın evreni 2010-2011 eğitim öğretim yılında birinci öğretimde eğitim gören üniversite öğrencileriydi. Evreni temsil edecek örnek büyüklüğünün hesaplanmasında; Türkiye’de benzer konuda yapılmış bir çalışmada belirlenen ağırlık kazanmak ya da kaybetmek isteyen öğrenci sıklığı olarak bildirilmiş olan değer dikkate alınarak (3) INSTAT programında, %76 ağırlığından memnun olmama düzeyi, % 4’lük sapma ile alfa değeri 0,05 ve beta değeri 0,20 alınarak, 923 olarak hesaplandı. Üç fakülte (Dış Hekimliği, Güzel Sanatlar ve İlahiyat Fakültesi) rasgele örnekleme yöntemi ile belirlendi ve bu fakültelerin birinci öğretimlerinde okuyan öğrencilerin tamamı (n:1095) araştırma grubuna alındı. Öğrencilerin 168’ine (%15,3) okula devamsızlıkları nedeniyle, 60’ına (% 5,5) araştırmaya katılmak istemedikleri için anket uygulanmadı. Araştırma öncesi ilgili üniversitenin Etik Kurulu’ndan izin alındı. Veriler beş bölümden oluşan anket kullanılarak ve gözlem altında anket yöntemiyle toplandı. Anket; araştırmacılar tarafından geliştirilen 20 soruluk Sosyodemografik Yapı Bilgi Formu, yedi soruluk Beslenme Alışkanlıklarını Değerlendirme Formu, Zabunoğlu (4) tarafından geliştirilmiş olan Ağırlık Durumu Üzerine Baskı Yapan Etmenleri Değerlendirme Formu, Secord ve Jourand (5) tarafından geliştirilen ve Hovardaoğlu (6) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan Beden Algısı Ölçeği, Garner ve Garfinkel (7) tarafından geliştirilen ve Doğan (8) tarafından Türkçe’ye uyarlanan ve Anafarta (9) tarafından yeni versiyonu hazırlanan Yeme Tutum Testi olmak üzere beş bölümden oluşmaktaydı. Beden Algısı Ölçeği; kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden hoşnutluk düzeylerini ölçmeyi amaçlayan bir ölçek olup, alınan puanın yüksekliği bireyin bedeninden hoşnut olma düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Yeme Tutum Testi’nden alınan puanın yükselmesi bireyin sağlıklı beslenme durumunun göstergesidir.

Beslenme alışkanlıkları değerlendirilirken süt ve süt ürünlerini her gün en az iki porsiyon, yumurtayı en az haftada bir kez en az bir tane, kırmızı et ve tavuğu her gün en az bir porsiyon, balığı en az haftada bir kez bir porsiyon, kurubaklagilleri en az haftada bir kez en az bir porsiyon, taze sebzeyi her gün en az bir porsiyon ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

meyveyi her gün en az üç porsiyon, tahılları her gün en az bir porsiyon, kolalı içecekler-şeker, çikolata fast-food kek gibi yiyecekleri en fazla haftada bir kez ve en fazla bir porsiyon ve katı yağları en fazla haftada bir kez tüketmek olumlu besin tüketimi olarak kabul edildi. Bireylerin Beden Kitle İndeksi (BKİ) kilogram (kg) cinsinden ağırlıklarının, boylarının metre (m) cinsinden karesine bölünmesi ile hesaplandı. BKİ 18,5'in altı zayıf, 18,5-25 arası normal kilolu ve 25 üzeri kilolu olarak değerlendirildi.

Araştırma verileri bilgisayar ortamında, SPSS 17 paket programı ile değerlendirildi. İstatistik analizde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma ve yüzde dağılımı), Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Pearson Korelasyon ve Spearman Korelasyon, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Tukey ve bağımsız iki grup t testleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 21,2±2,0, %59,6'sı kız, %39,8'i ikinci sınıfta, %53,4'ü orta düzeyde gelire sahip, % 54,4'ünün annesi, %34,4'ünün babası ilkokul mezunuydu. Yüzde 74,7'sinin BKİ'si normal değerlerdeydi. Öğrencilerin % 67,1'i ağırlığını normal bulduğunu belirtirken, % 19,5'i kilolu/çok kilolu olduğunu, % 13,4'ü çok zayıf/zayıf olduğunu düşünmekteydi. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 57,1'i ağırlığından memnundu. Yüzde 11,5'i kilo almak, % 31,4'ü ise kilo vermek istemekte, % 17,9'u kilo vermek için diyet veya egzersiz yapmak gibi bir çaba sarf etmekteydi. Grubun % 69,0'ı son bir yıl içerisinde kilo vermeyi denemişti. Araştırma grubundaki öğrencilerin ağırlık kaybetmek için % 30,4'ünün egzersiz, % 21,6'sının diyet yaptığı, % 11,8'inin ise öğün atladığı belirlendi. Yüzde 28,9'u ağırlık kaybı için medyadan edindiği bilgileri, % 15,0'ı diyetisyen önerisini, % 14,8'i ise bilimsel kitaplardan öğrendikleri yöntemleri kullanmaktaydı.

Öğrencilerin % 78,9'unun öğün atladığı, % 49,3'ünün sabah, % 24,5'inin ise öğle öğünlerini atladığı belirlendi. Yüzde 50,1'i zaman yetersizliğini, geç kalkmayı veya yemeğin hazırlanmamasını öğün atlama nedeni olarak gösterdi. Araştırma grubunun %94,8'i ara öğün tüketmekteydi. Ara öğünde %55,0'ı hamur işlerini, % 24,0'ü meyve /meyve sularını, % 9,7'si süt/süt ürünlerini, % 6,1'i kolalı içecekleri tercih etmekteydi.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 63,3'ü süt ve süt ürünleri, % 8,7'si kırmızı et ve tavuk tüketimi konusunda olumlu davranış göstermekteydi. Araştırma grubunun % 68,6'sının haftada bir kere bir porsiyondan az balık tükettiği belirlendi. Yumurta tüketiminde öğrencilerin % 76,0'ı, tahıl ürünleri tüketiminde % 82,2'si, kurubaklagil tüketiminde % 77,2'si, taze sebze tüketiminde % 15,0'ı, meyve tüketiminde ise % 27,0'ı olumlu davranışa sahipti. Kolalı içecek tüketiminde öğrencilerin % 49,4'ü, fast-food tüketiminde % 30,7'si, şeker çikolata tüketiminde % 71,9'u, kek, bisküvi vb. tüketiminde % 62,2'si olumsuz davranış göstermekteydi.

Dış Hekimliği Fakültesi'ndeki öğrenciler diğer iki fakülteye göre daha az öğün atlamaktaydı (X^2 : 32,896; $p<0,00001$). Babanın eğitim düzeyi arttıkça öğün atlama sıklığının düştüğü görüldü (eğimde X^2 :4,065 $p<0,044$). BKİ'ye göre öğün atlama durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık belirlenmedi (X^2 :2,286; $p<0,319$). Aynı kiloda kalmak isteyen öğrenciler arasında öğün atlayanların sıklığının diğerlerinden yüksek olduğu belirlendi (X^2 :7,874; $p<0,020$). Son bir yılda kilo vermek için çaba göstermeyen öğrenciler arasında öğün atlama sıklığının diğerlerinden yüksek olduğu belirlendi (X^2 :11,958; $p<0,00001$). Karşı cins arkadaşlarının zayıf olarak gördüğü öğrenciler arasında öğün atlama sıklığı diğerlerinden daha yüksekti (X^2 :9,376; $p<0,009$). Karşı cinsin şişman olmasını istediği öğrenciler arasında da öğün atlama sıklığı yüksekti (X^2 :7,926; $p<0,019$).

Erkek öğrenciler ve Dış Hekimliği Fakültesi öğrencileri arasında ara öğün tükettiğinin belirtenler diğerlerinden daha azdı (sırasıyla X^2 :5,975; $p<0,012$ ve X^2 : 23,447; $p<0,00001$). Babanın eğitim düzeyi arttıkça ara öğün tüketiminin azaldığı belirlendi (eğimde X^2 :6,434; $p<0,011$).

Tüm grubun Beden Algısı Puanı ortalaması 155,0±24,0'di ve erkeklerde kızlara göre daha yüksekti ($p<0,00001$). Dış Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin Beden Algısı Puanı, Güzel Sanatlar ve İlahiyat Fakültesi öğrencilerinden daha yüksekti (sırasıyla $p<0,039$ ve $p<0,00001$).

Öğrencilerin yaşı arttıkça Beden Algısı Puanı azalmakta (r :-0,11; $p<0,001$), ailenin geliri ve aylık harçlık miktarı arttıkça Beden Algısı Puanı artmaktaydı (sırasıyla r :0,07; $p<0,04$ ve r :0,12; $p<0,00001$). Kendi ağırlığını normal olarak değerlendirenlerde, aynı kiloda kalmak istediğini belirtenlerde, araştırmanın yapıldığı sırada ve son bir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- 6- Hovardaoğlu, S., Vücut Algısı Ölçeği, Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 1993:1 (Ek2); 26.
- 7- Garner D, Garfinkel P. The EAT: An index of the symptoms of anorexia. Psychological Medicine, 1979; 9: 273-279.
- 8- Doğan O. Anorksiya Nevrozada bir izleme alışması. Hacettepe Üniversitesi, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1985.
- 9- Anafarta M. Pathological eating attitudes and their predictors among turkish adolescents. O.D.T.Ü. Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2000.
- 10- Sharon HT, Sohaila D. A preliminary survey of dieting, body dissatisfaction, and eating problems among high school cheerleaders. The Journal of School Health. 2004 Mar; 74(3):85-91.
- 11- Lowry R, Galuska DA, Fulton JE, Wechsler H. Kann L. Weight management goals and practices among U. S. high school students: Associations with physical activity, diet, and smoking. Journal of Adolescent Health 2002; 31; 133–144.
- 12- Memiş E. Üniversite öğrencilerinde şişmanlık (obezite) durumu ve diyet ürünleri kullanmaları üzerine bir araştırma. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.
- 13- Brugman E, Meulmeester JF, Spee-van der Wekke A, Beuker RJ, Zaadstra BM, Radder JJ. et al. Dieting, weight and health in adolescents in The Netherlands. Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord, 1997; 21:54–60.
- 14- French SA, Story M, Downes B, Resnick MD, Blum RW. Frequent dieting among adolescents: psychosocial and health behavior correlates. Am J Public Health. 1995 May;85(5):695-701.
- 15- Tokgöz P, Ertem M, elik F, Gökçe ř, Saka G. Hatunoğlu R. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının saptanmasına ilişkin bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi/ J. Nutr. and Diet, 1995;24(2):229–238.
- 16- Yılmaz B. Ankara Üniversitesi'ndeki öğrencilerin beslenme durumları, fiziksel aktiviteleri, beden kütle indeksleri ve kan lipidleri arasındaki ilişkiler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Prof. Dr. Mine YURTTAGÜL), 2007.
- 17- Kutluay MT. Adölesan Dönemde Beslenme [özet]. 1.Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi: 28 Kasım- 01 Aralık 2006- Ankara: Bildiriler;191-192.
- 18- Erten, M. Adıyaman ilinde eğitim gören üniversite öğrencilerinin beslenme bilgilerinin ve alışkanlıklarının araştırılması. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.

POSTER

BİLDİRİLER

1-Temel Halk Sağlığı

697

0-6 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN EV KAZALARI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI

Fatma Nur Baran Aksakal, Fatma Emel Çetin, Tuğba Özdemirkan, Müzeyyen Zeynep Tunca, Remzi Aygün

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “insan iradesi dışında ani olarak ortaya çıkan, bedensel ve ruhsal hasara yol açan, beklenmeyen bir olay” olarak tanımlanmaktadır. Dünyada ve ülkemizde yapılan birçok araştırmada 0-6 yaş grubu çocuklar arasında ev kazalarından özellikle düşme, yanma, zehirlenme, boğulma ve yabancı cisim aspirasyonları nedeniyle yaralanma ve ölümün fazla olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin Ankara il merkezinde bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 0-6 yaş çocuğu olan ebeveynlerin çocuklarının geçirdiği ev kazalarının sıklığını ve ev kazaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kapsamında Ankara il merkezi Sincan, Etimesgut, Gölbaşı ilçelerindeki 5 Aile Sağlığı Merkezine 06-15/06/2012 tarihleri arasında 0-6 yaş çocuğu olan toplam 1431 kişi başvurmuştur. 1431 kişilik evrenden %50 bilinmeyen sıklık alınarak, % 2 sapma ve % 95 güven aralığında 897 kişiye ulaşılmış hedeflenmiştir. Araştırma kapsamında toplam 808 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşım yüzdesi 90,1'dir.

Herhangi bir nedenle başvuran 0-6 yaş çocuğu olan 808 ebeveynin katılımıyla yürütülmüştür. Konu hakkında hazırlanan anket formu kişilerin onamları alındıktan sonra yüzyüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Araştırma kesitsel-tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmada veri kaynağı olarak “Ankara İl Merkezinde Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 0-6 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Ev Kazaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Saptanması” anket formu kullanılmıştır. Bu anket 4 bölümden ve toplam 44 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölüm 18 sorudan oluşmakta olup tanımlayıcı sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölüm herhangi bir çocuğunun ev kazası geçirme durumu, geçirilen kaza sayısı, türü, yaşı, yaralanma durumu, kaza sonrası önlem alma durumu ve alınacak önlemler konusunda bilgiyi edinme kaynaklarıyla ilgili sorulardan oluşmaktadır. Üçüncü bölüm ev kazası oluşumuna yol açabilecek dikkat edilmesi gereken faktörlerle ilgili 5'li likert ölçeği kullanılarak değerlendirilen 28 önermeden oluşmaktadır. Son bölümde ev kazalarını önlemeye yönelik bilgi, tutum ve davranışları değerlendiren 17 sorudan oluşmaktadır.

Veriler bilgisayara SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığı ile yüklenmiş ve istatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, ki-kare, Yates düzeltilmeli ki-kare testi kullanılmıştır. Veriler ortalama(±)standart sapma, frekans dağılımı yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Anket yapılanların %77.4'ü kadın, %95.4'ü evlidir. Annelerin %45.8'i 29-39, %42.3'ü 18-28 yaş aralığındadır. Babaların %50.2'si 29-39, %42.3'ü 18-28 yaş aralığındadır. Annelerin %43.4'ü ilköğretim, %26.9'u lise, %17,3'ü üniversite mezunu; babaların %33.0'ü lise, %29.8'i üniversite, %31.3'ü ilköğretim mezunudur. Annelerin %53.7'si ev hanımı olup, babaların %45.1 memur, %33.1'i serbest çalışandır. Aylık aile toplam geliri %36.0'sinin 1500-2000 TL arasında, %24.5'inin 2001-5000 TL arasındadır. Katılımcıların %50.4'ü bir çocuğa sahiptir, %60.9'u çocuklarına kendisi bakmaktadır. Araştırmaya katılan ailelerin %43.8'nin birinci çocuğu 0-3 yaş, %28.8' nin ise 4-6 yaş grubundadır. Birinci çocukların %55.0'i kızdır. İkinci çocukların %54.8'i kızdır. Çocuklarını kaza geçirdiğini belirten 463 katılımcının ifade ettiği kaza sayısı 648 olup, kaza ortalaması 1.4 ± 0.8 ortancası 1(1-7)'dir. Kaza sonrası çocuklarının yaralandığını belirten 282 katılımcının ifade ettiği yaralanma sayısı 377 olup ortalaması $1,3 \pm 0.6$ ortancası 1(1-6)'dir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının kaza yaşı ortalaması 33.4 ± 21.1 , ortancası 36(0-144) ay, yaralanma yaşı ortalaması 32.5 ± 20.5 , ortancası 24(6-96) aydır. Katılımcıların %57.4'ü çocuklarının daha önce bir ev kazası geçirdiklerini, %30.6'sı kaza sonrası çocuklarının yaralandığını, %76.0'sinin kazadan sonra önlem aldıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %34.2'si önlemler konusunda bilgi edinme kaynağı olarak deneyimlerini, %23.0'ü arkadaş/aile bireylerini, %20.8'i görsel/yazılı medyayı belirtmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerden çocukları kaza geçirenler, çocuklarının geçirdikleri en sık kazaları %48.8 ile düşme, %13.3 ile yanma/haşlanma, %9.9 ile yabancı cisim aspirasyonu olarak belirtmiştir. Kazaların %50.0'si hastaneye başvurmuş, %36.0'sına basit müdahale edilmiş, %25.2'sine dikiş atılmıştır. Katılımcılardan %62.6'sı evlerinin kısmen riskli, %30.2'si riskli

olduğunu, balkonlarının %53.0'nün kısmen riskli, %36.9'nun riskli, pencerelerinin %51.1'nin kısmen riskli, %40.3'nün riskli, merdivenlerinin %52.1'nin kısmen riskli, %32.3'nün riskli olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. 808 katılımcının %52.1'si ev kazalarını önlemeye yönelik araç gereçleri kullanmaktadır. Koruyucu araç-gereç kullananların(n=509) %57.2'si priz koruyucu kullandığını, %47.0'si halıların kaymaması için tedbir aldığını, %95.1'i ilaçların, %94.9'u çamaşır suyu, tuz ruhu gibi maddelerin çocuğunun kolayca ulaşabileceği yerde olmadığını belirtmiştir. Evinde merdiven olan 69 katılımcının %69.6'sı düşmeyi önleyici önlem aldığını, %82.6'sı merdiveninde tırabzan olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %40.1'i ev kazalarına yönelik bilgi sahibi olmadığını düşünmektedir. Ev kazalarına yönelik bilgi sahibi olduğunu düşünen 483 katılımcının %39.3'ü görsel ve yazılı medyadan, %35.8'i arkadaş/aile bireylerinden, %16.6'sı internetten, %8.3'ü sağlık personelinden bilgi edindiğini belirtmiştir. Anneleri okuryazar olmayan çocukların %60.9'u, ev hanımı olanların %60.5'i ev kazası geçirmiştir. Babaları lise mezunu olanların %64.8'i, ortaokul mezunu olanların %59.7'si, işçi olanların %60.0'i ev kazası geçirmiştir. Aylık aile toplam geliri 1001 TL -1500 TL arası olanların %60.3'ü, 1501 TL – 2000 TL arası olanların %60.7'si ev kazası geçirmiştir.

Babanın öğrenim durumuna göre kaza geçirme durumu lise mezunu olanların %64.8'i, ortaokul mezunu olanların % 59.7'si, annenin çalışmayanların %60.5'i, çalışanların %52.2'sinin kaza geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmışken(p<0.05); annenin öğrenim durumu, annenin ve babanın mesleği, aylık aile toplam gelire göre fark saptanmamıştır (p>0.05). Araştırmaya katılanların hanede yaşayan kişi sayısı 2 ve 3 olanların %47.5'i, 4 ve üzeri olanların ise %66.0'si geniş aile olanların %68.5'i, çekirdek aile olanların %56.0'sı bir çocuğa sahip olanların %47.7'si, 2 çocuğu olanların %65.0'i, 3 ve üzerinde çocuğu olanların %73.8'i ev kazası geçirdiğini belirtmiştir. Hanede yaşayan kişi sayısı, aile tipi, çocuk sayısına göre ev kazası geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmışken (p<0.05); yaşadığı evin aile bireylerine ait olma durumu ve çocuğa bakan kişiye göre fark saptanmamıştır(p>0.05).

Hanede yaşayan kişi sayısı 4 ve üzeri olanların %70.9'u, geniş aile olanların %79.7'si, çocuk sayısı artıkcı kaza sonrası önlem alınma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmışken (p<0.05); yaşadığı evin aile bireylerine ait olma durumu ve çocuğa bakan kişiye göre fark saptanmamıştır(p>0.05). Çekirdek aile tipi olanların %31.2'si, yaşadığı evin aile bireylerine ait olanların %38.2'si, çocuk sayısı 1 olanların %34.2'si, çocuğa bakan kişinin akrabası olanların 38.6'sının göre ev kazalarına yönelik bilgi sahibi olduklarını düşünmektedir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların %50.8'i, 1 çocuğu olanların %67.8'i, geniş ailesi olanların %65.9'ü, hanede yaşayan kişi sayısı 3 ve üzeri olanlarda ev kazaları konusunda eğitim almak istediklerini düşündüğünü belirtmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Çocuk sayısına göre ise fark saptanmamıştır (p>0.05).

İncelenen kişilerin herhangi bir çocuğunun ev kazası geçirme durumunu etkileyen faktörler için sunulan logistik regresyon modelinde son step çocuk sayısı ve babanın öğrenim durumunu içermektedir. Sahip olduğu çocuk sayısı 1 olanların riski 1/0.31=3 kat azaltığı saptanmıştır. Bu incelenenlerin herhangi bir çocuğunun ev kazası geçirme durumunu etkileyen faktörlerden annenin mesleği, babanın öğrenim durumu, annenin öğrenim durumu, hanede yaşayan kişi sayısı, aile tipi olma durumları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır.

Tartışma: 0-6 yaş çocuğu olan ebeveynlerin ev kazaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği bu çalışmada katılımcıların yarısından fazlası çocuklarının daha önce bir ev kazası geçirdiklerini belirtmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının geçirdikleri kazaların yarısı düşmedir. Düşmeleri yanma-haşlanma, yabancı cisim aspirasyonu, zehirlenme izlemektedir.

Aktaş ve ark. 2007 yılında yaptıkları çalışmada çocukların yarısının son iki ayda ev kazası geçirdiği belirtilmektedir. Çocukların geçirdikleri ev kazalarının %76.1'ini düşmeler oluşturmaktadır(1). Karataş ve arkadaşları 2006'da yaptıkları bir çalışmada en sık geçirilen kaza tiplerinin düşme (%66.7) yanık (%43.9) ve yabancı cisim aspirasyonları (%12.1) olduğunu belirtmişlerdir(2). Bu çalışmada çocukların kaza geçirme sıklıkları ve geçirilen kaza tipleri, kaza yaşı yapılan çalışmalarla benzerdir. Aktaş ve ark. 2007 yılında yaptıkları çalışmada çocuk sayısı, aynı evde beraber yaşanan kişi sayısı arttıkça, çocuklara bakan kişinin dikkatinin dağıldığı, kaza geçirme riskinin de beraberinde arttığı belirtilmiştir(1). Bu çalışmada da benzer şekilde hanede yaşayan kişi ve çocuk sayısı arttıkça ev kazası geçirme sıklığının da arttığı saptanmıştır.

İnanç ve ark.'nın çocukluk çağı kazaları ile ilgili yaptıkları çalışmalarında genç anne ve babaların çocuklarının çocukluk çağı kazalarına daha fazla maruz kaldıkları belirtilmektedir(3). Yalaki ve ark.'ı çalışmalarında anne ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

baba yaşı küçüldükçe kaza geçirme sıklığında artış olduğunu ifade etmektedirler(4). Bu çalışmada anne eğitim düzeyi düşük, baba eğitim düzeyi yüksek, anne-baba orta yaş grubunda olan çocuklarda kaza geçirme sıklığı yapılan çalışmalardan farklı olarak fazla bulunmuştur. Yalaki ve ark. çalışmasında ailelerin aldıkları önlemler; çoğunlukla (%73.3'ü) daha dikkatli olma, ilaç şişelerini ulaşılabilir yerde bırakmama, fıstık gibi sert yiyecekleri, boncuk gibi küçük şeyleri çocuklara vermeme, sıcak su dolu kapları soba üzerinde bırakmama olarak ifade edilmiştir(4). Alınan önlemler konusunda bu iki çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir. Özmen ve ark'nın 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanılanmasına yönelik yapmış oldukları bir çalışmada da annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini almada yetersiz oldukları gösterilmiştir(5). Bu çalışmada katılımcıların %40.1'inin ev kazalarına yönelik bilgi sahibi olmadığı, %47.1'inin ev kazalarını önlemeye yönelik kullanılan araç gereçleri bilmediği saptanmıştır. Katılımcıların ancak üçte biri araç gereçlerin temin edileceği yerleri bildiğini ifade etmektedir. Bu sonuçlar Özmen ve ark'nın 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanılanmasına yönelik yapmış oldukları çalışmanın sonuçlarını doğrular niteliktedir.

Sonuç ve Öneriler: Ülkemizde kazalar, çocukluk döneminde ölüme neden olan sağlık sorunları içinde dördüncü sırada yer almaktadır. Ev kazalarında ilk sırada düşmeler yer almaktadır. Çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlası çocuklarının ev kazası geçirdiklerini ve bu kazalarında yarısının düşme olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmamızda çocuk sayısı artıkça ev kazası geçirme sıklığının arttığı saptanmıştır. Bu durum çocuk sayısı artıkça takibinin zor olduğunu göstermektedir. Katılımcıların yarıya yakını ev kazalarına yönelik bilgi sahibi olmadığı, ev kazalarını önlemeye yönelik kullanılan araç gereçleri bilmediği saptanmıştır. Bu nedenle çocukluk çağında görülen ev kazalarının azalması ve güvenli ev ortamlarının oluşturulması için başta anneler olmak üzere aileye ve tüm topluma yönelik sağlık personeli tarafından eğitim verilmelidir. Evde alınabilecek güvenlik önlemleri ve bu önlemlere karşın kazaların olması halinde yapabilecek ilk yardım uygulamaları konusunda aileyi bilgilendirmek gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: ev kazaları, yaralanmalar,0-6 yaş çocuklar, güvenlik önlemleri

Kaynaklar:

- 1) Aktaş B,0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanımlama Durumu ,Sted 2010;19(4);146-149
- 2)Karataş D, Kettaş E, Yurtsever S .Interventions By Mothers Of 1-6 Year Old Children After Home Accidents. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2006;3(2):1-14 ISSN: 1303-5134.
- 3)Çelik İnanç D, Uğur Baysal S, Coşgun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. Çocukluk çağı yaralanmalarında hazırlayıcı nedenler. Türk Ped Arş 2008; 43: 84-8.
- 4)Yalaki ve ark. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Olan Ailelerin Ev Kazaları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi JAEM 2010: 129-33
- 5)Özmen D, Ergin D, Şen N, Çetinkaya A. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanılanması. Aile ve Toplum eğitim-kültür ve Araş. Derg 2007; 3: 13-20.

271

AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİNE BAŞVURAN BİREYLERDE OBEZİTE SIKLIĞI VE ETKİLEYEN ETMENLER: ARTVİN ÖRNEĞİ

Elif Işık¹, Yalçın Kanbay¹, Özgür Aslan¹, Kevser Işık², Sevil Çınar¹

¹Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, ²Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından "Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır. Şişmanlık ve obezite yalnız gelişmiş ülkelerde değil gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde de önemli bir problemdir. WHO verilerine göre dünyada 1.6 milyar yetişkinin ve 20

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

milyon çocuğun fazla kilolu, en az 400 milyon yetişkinin de obez olduğu bildirilmektedir. Ayrıca 2015 yılına kadar dünya genelinde 2.3 milyar yetişkinin fazla kilolu, 700 milyon yetişkinin ise obez olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2006). Son 20 yılda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sosyoekonomik durumun ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi ile birlikte şişmanlık hızla artmakta ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, çocukların %17.8'i aşırı şişman iken bu oran kadınlarda %78.5'tir (Güneş,Genç,Pehlivan,2000). Obezite tüm yaş gruplarını, cinsiyetleri ve etnik yapıları etkileyen global bir sorun olmakla birlikte yaşam tarzı değiştirilerek önlenilecek bir hastalıktır (WHO, 2006). Şişmanlığı ve şişmanlığın boyutunu saptamak için çok çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. En çok bilinen ve kullanılan yöntem beden kitle indeksine (BKİ) göre değerlendirme yöntemidir. Beden kitle indeksi yetişkin erkek ve kadınların şişmanlık ve obezite durumlarının belirlenmesinde ve obezitenin sınıflandırılmasında kullanılan basit bir indekstir ve kilonun metre olarak boyun karesine bölünmesi ile elde edilmektedir. Yetişkinlerde BKİ'ye göre ağırlığın değerlendirilirken 18.5'ten az olan bireyler zayıf, 18.5-19.9 olanlar kabul edilebilir ince, 20-24.9 normal, 25-29.9 hafif şişman, 30 ve üstü olan bireyler ise obez olarak kabul edilmektedir (WHO, 2006). Bireylerin yaşam kalitesini düşürmesi ve sağlık sistemine büyük insan gücü ve ekonomik yük getirmesi nedeni ile obezite ile etkili bir biçimde mücadele edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle toplumda obeziteye neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlere yönelik önlemlerin alınarak bireylerin yaşam tarzlarında değişim yaratabilecek girişimlerin planlanması büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle Artvin İli ve İlçeleri Aile Hekimliği Merkezlerine başvuran bireylerin obezite sıklığı ve etkileyen etmenlerin belirlenmesine yönelik, tanımlayıcı tipte bu çalışma planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın örneklemini 01-31 Ocak 2011 tarihleri arasında Artvin İli ve İlçeleri Aile Hekimliği Merkezlerine tanı ya da tedavi amaçlı başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden, 20 ve üstü yaş, cinsiyet ayrımı yapılmaksızın toplam 1929 kişi oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak "*sosyo-demografik özellikler formu*" ve literatür taramaları sonucu oluşturulan bireylerin beslenme özelliklerini belirlemeye yönelik sorular içeren "*beslenme özellikleri formu*" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, ortalama, yüzde, korelasyon ve varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmanın bulgularına göre; 39.81 yaş ortalamasına sahip 1929 kişiden oluşan örneklemin boy ortalaması 167,51 cm, kilo ortalaması 75.33 kg, ailedeki birey sayısı ortalama 4.13 kişi ve aylık gelir ortalaması 1562.16 Türk Lirası olarak belirlenmiştir. Bulgulara göre %51.1'i kadınlardan oluşan örneklemin % 22.8'i obez kategorisine girerken, %36.8'i aşırı kilolu, %34.1'i ise normal beden kitle indeksine sahip bireylerden oluşmaktadır. Örneklemin 74.9'u evli, 72.8'i ev hanımı, işçi-memur ya da emekli, %39.6'sı ilk öğretim mezunu, %71'i sigara, %81.8'i alkol kullanmayan bireylerden oluşmaktadır. Örneklemin %62.7'si günde 3 ana öğün tüketmekte, %39'u yeterli zaman olmaması nedeni ile öğün atlamakta ve %35.8'lik oranla en fazla atlanan öğünün öğlen yemeği olduğu belirtilmektedir. % 23.8'i doktor tarafından teşhisi konmuş kronik hastalığa sahip olduğunu belirten örneklemin %48.8'i "orta" düzeyde sağlık algısına sahipken %48.1'inin algısı "iyi" düzeydedir. Fazla kilolu olduğunu düşünen bireylerin oranı %34.3'iken bir haftalık süreç içerisinde hiç egzersiz yapmayanların oranı %62.8, rejim yapanların oranı %28'dir. Ayrıca diyet ile ilgili en sık başvurulan bilgi kaynağı %46.8 ile sağlık personeli olurken en az başvurulan kaynağın ise %5.4 gazete-dergi- kitap olduğu belirtilmektedir. Cinsiyete göre sınıflandırmada kadınların % 35'i normal kiloda iken erkeklerde bu oran 34.1'dir. Kadınların %55.3'ü şişman grubuna (hafif şişman veya obez) girerken erkeklerin % 63.9 şişman grubunda yer almaktadır. Örneklemin genelinde ise şişman bireylerin oranı %59.6'dır. Örneklemin bazı değişkenleri ile BKİ (beden kitle indeksi) arasındaki ilişkiye bakıldığında, örneklemin yaş ortalaması ve tüketilen ana öğün sayısı ile beden kitle indeksi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Bu sonuca göre yaş ve tüketilen ana öğün sayısı arttıkça beden kitle indeksi artış göstermektedir. Buna karşın boy ve ailenin aylık geliri ile BKİ arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Boy ve ailenin aylık geliri arttıkça BKİ azalmaktadır. Ailedeki birey sayısı ve tüketilen ara öğün sayısı ile BKİ arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye ulaşılamamıştır ($p>0.05$). Yapılan analizde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sigara kullanma durumu, sağlık algısı ve kronik hastalık varlığı gibi değişkenlerin alt boyutlarının beden kitle indeksi yönünden birbirinden farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Bulgulara göre erkekler, kadınlardan; evli, dul ve boşanmış bireyler, bekârlardan; ilköğretim mezunları, ortaöğretim ve yükseköğretim mezunu bireylerden; sigara kullanmayan bireyler, sigara kullananlardan; sağlık algısı orta ya da kötü olan bireyler, iyi sağlık algısına sahip olanlardan; kronik hastalığı olan bireyler, teşhisi konmuş herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek beden kitle indeksine sahiptirler. Meslek açısından bakıldığında ise ev hanımı ve emekli bireyler birbirinden farklı BKİ özelliği göstermemekle birlikte örneklemin en

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yüksek BKİ ortalamasına sahip gruplar emekliler ve ev hanımlarıdır. Öğrenciler ise diğer meslek gruplarından anlamlı derecede düşük beden kitle indeksine sahiptirler.

Tartışma: Bu çalışmada kadınların %55.3'ünün şişman grubunda (hafif şişman veya obez) yer aldığı belirlenmiştir. Bu oran örneklemin yarısından fazlasını kapsamı bakımından önemli bir orandır. Bu bulguya benzer olarak Güneş, Genç, Pehlivan (2000) yaptıkları çalışmada kadınların %78.5'i şişman grubunda yer aldığını belirtmektedirler. Yine benzer olarak Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA) sonuçlarına göre ise Türkiye'deki kadınların %58.4'ünün şişman veya obez kadınlardan oluştuğu bildirilmektedir (TNSA, 2008). Örneklemdaki erkeklerin % 63.9 şişman grubunda yer almaktadır ve bu oran kadın grubunun oranından oldukça yüksek bir orandır. Erkeklerde şişmanlığın fazla olmasının örneklemin demografik özelliklerinden ve beslenme alışkanlığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmaya benzer olarak Ulaş, Genç (2010) yaptıkları çalışmada erkeklerin BKİ ortalamasının kadınlardan anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. ABD'de yapılan bir çalışmada çocuk ve ergenlerin % 17,1'i şişman, yetişkinlerin ise %32.2'sinin obez olduğu ve bu oranların geçmiş yıllara ait verilere nazaran önemli ölçüde arttığı görülmektedir (Ogden vd., 2006). Ayrıca 2015 yılına kadar dünyada genelinde 2.3 milyar yetişkinin fazla kilolu, 700 milyon yetişkinin ise obez olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2006).

Bu çalışmada yaş arttıkça BKİ'nin artış gösterdiği belirlenmiştir. Yaşın artması ile birlikte kronik hastalıkların baş göstermesi ve fiziksel aktivitede azalma nedeni ile kilo artışı olurken; yaşlılıkta özellikle osteoporozla bağlı olarak omurların erimesi nedeni ile boyun kısalması sonucu BKİ artışı bireylerin obez sınıflamasına girmesine neden olabilmektedir. Benzer olarak Ulaş, Genç (2010) çalışmalarında yaş ile birlikte BKİ'nin arttığını belirtmektedirler. Buna karşın Güneş, Genç, Pehlivan (2000) yaptıkları çalışmada yaş ile şişmanlık arasında ilişki bulunamamıştır. Bu çalışmada erkeklerin BKİ yönünden kadınlardan anlamlı derecede farklılık gösterdiği görülmektedir. Erkeklerin BKİ ortalaması kadınların BKİ ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmada medeni duruma göre BKİ farklılık göstermektedir. Bekâr bireyler; evli, boşanmış ya da dul olan bireylerden daha düşük BKİ'ye sahiptirler. Bekâr bireylerin düşük BKİ oranlarına sahip olmaları düzensiz beslenme alışkanlıkları, öğün hazırlayan birinin olmaması, düzensiz yaşam tarzının olması gibi faktörlerden kaynaklanabilir. Buna karşın Güneş, Genç, Pehlivan (2000) yaptıkları çalışmada medeni durum ile BKİ arasında herhangi bir ilişkiye ulaşamamıştır. Eğitim durumu açısından bakıldığında ilköğretim mezunlarının, orta ve yüksek öğretim mezunlarından daha fazla obez oldukları belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin bilgi düzeyi, iş olanakları buna bağlı olarak ekonomik düzey, benlik saygısı gibi özellikler artış göstermekte ve beden imajı önemli hale gelmektedir. Bu nedenlerden dolayı bu çalışmada bireylerin eğitim düzeylerinin BKİ'ni etkilediği düşünülmektedir. Buna karşın eğitim düzeyi ile obezite arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır (Güneş, Genç, Pehlivan, 2000). Sigara içmeyenlerin BKİ ortalamaları içenlere oranla anlamlı düzeyde yüksek olmasına karşın Güneş, Genç, Pehlivan (2000) sigara içme ile obezite arasında ilişki bulunamamıştır. Orta veya kötü sağlık algısına sahip bireylerin BKİ ortalamaları sağlık algısı iyi olanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kilo artışı ile birlikte bedensel yakınmaların ve sistemik hastalıkların artması, beden imajının bozulması, benlik saygısının azalması gibi nedenlerle kilolu bireylerin sağlık algılarının olumsuz olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalığı olmayan bireylerden daha kilolu oldukları belirlenmiştir. Kronik hastalıklar, bireyin sosyal hayattan geri çekilmesine neden olan, hareketli yaşamını kısıtlayan durumlardır. Bu nedenle bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalığı bulunmayan bireylerden anlamlı derecede yüksek BKİ oranına sahip oldukları düşünülmektedir.

Sonuçlar ve Öneriler: Bu çalışmanın bulgularına göre;

- Örneklemin oluşturan hem kadın hem de erkek grubun yarısından fazlasının şişman (hafif şişman veya obez) olduğu,
- Obezitenin erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğü,
- Yaş ve tüketilen ana öğün sayısı arttıkça BKİ'nin arttığı; boy ve aylık gelir arttıkça BKİ'nin azaldığı; ailedeki birey sayısı ve tüketilen ara öğün sayısının ise BKİ'yi etkilemediği,
- Kronik hastalık varlığı, düşük eğitim düzeyi, kötü sağlık algısının şişmanlık için risk faktörü olduğu, ayrıca yaşlı, ev hanımı veya emekli olan bireylerin riskli gruplar olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmanın sonuçlarına dayanarak şu önerilerde bulunulmuştur;

- Bölgede şişmanlığın nedenlerini araştırmaya yönelik çalışmaların planlanması,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Bölgede erkeklerin kadınlardan fazla şişman olma nedenlerinin araştırılması,
- Şişmanlığı önlemeye yönelik her yaş grubunu hedef alan eğitim programlarının (sağlıklı beslenme, düzenli yaşam, spor vb) planlanması ve uygulanması,
- Şişmanlık açısından riskli grupların izlenmesine yönelik girişimlerin yapılması ve sağlık kuruluşlarında danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Beslenme, şişmanlık, obezite

Kaynaklar:

Güneş, G., Genç, M., Pehlivan, E. (2000). Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Erişkin Kadınlarda Obezite. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 7(1): 48-53.

Ogden, C.L., Carroll, M.D., Curtin, L.R. McDowell, M.A. vd. (2006). Prevalance of Overweight and Obesity in the United States, 1999-2004, JAMA, 295(13): 1549-1555.

TNSA. (2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

Ulaş, B., Genç, M.F. (2010). Malatya Asker Hastanesinde 2007 Yılında Görev Yapan Personelin Sağlıklı Beslenme Konusundaki Tutum ve Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(3): 187-193

WHO. (2006). World Health Organizaion. Obesity and Overweight Fact Sheet No:311, Genova, Switzerland. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>).

684

AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ AİLE HEKİMLİĞİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE GÖRÜŞLERİ

Zeliha Kaya Erten, Handan Zincir, Elçin Balcı, Alime Selçuk, Betül Özen

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş ve Amaç: Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerine ülkenin ayırdığı payın yetersiz olması ve sağlık hizmetlerine ulaşımın zor olması gerekçesiyle hükümet Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliğini, sosyalleştirmeye bir alternatif olarak görmüştür. Sağlık Bakanlığının 5258 sayılı onayı ile 15 eylül 2005 tarihinde aile hekimliği ilk olarak Düzce’de uygulanmaya başlamıştır. Düzce’de uygulanan Aile Hekimliğinde birçok sorunlar yaşanması ve tartışmalar olmasına rağmen hükümet 35 ilde de Aile hekimliği uygulamasına geçmiş ve sonunda bütün ülkeye yaygınlaştırılmıştır.

Aile hekimliğinin; hizmetin pahalı olması, eşitsiz hizmet dağılımı, aşılama hizmetlerinde karışıklık, aile planlaması hizmetlerinin gerilemesi, ebe ve hemşirenin emeğinin karşılanmama riski, hekim seçme uygulamasının aile bütünlüğünü bozması, laboratuvar hizmetlerinde güçlük gibi olumsuz yönleri vardır. Ebe ve hemşirenin emeğinin karşılanmamasının yanında, mesleki unvanını kullanamaması, doktorun bir çalışanı konumuna getirilmesi, özlük haklarının hem sözleşmeli personel olarak alımı hem de görev tanımlarının net olmaması nedeni ile çalışma koşulları ile ilgili bir çok zorluk yaşamaktadır. Ayrıca Aile sağlığı elemanı olarak çalışan ebe ve hemşirelere şu anda yüksek ücret verilmesine karşın ileride ücretlendirmenin, sosyal hakların ve sözleşmelerinin ne olacağı konusunda bilgileri yoktur. Aile hekiminin vereceği maaş da asgari ücretle sınırlandırılabilir. Bu nedenle aile sağlığı elemanın özlük hakları, ücretleri, sağlık sigortaları, yaşam kalitelerinin doğrudan düşmesi beklenmektedir. Ayrıca bu şekilde yapılmış bir sistem toplumun gerçek sağlık hizmetini karşılayamayacak düzeydedir.

Bu çalışmada aile sağlığı elemanlarının yaptıkları işte çalışma alanı ve çalışma koşullarına ilişkin ne ölçüde bilgi sahibi olduklarına bakılmıştır. Araştırmanın Aile Sağlığı Elemanlarının gelecekteki durumlarına ilişkin yapılacak olan çalışmalara ve çalışma şartlarının düzenlenmesine ışık tutacağı düşünülmektedir. Ayrıca önerilere yer verilmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Erciyes Üniversitesi Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesindeki Melikgazi Sağlık Grup Başkanlığına bağlı I. Basamak sağlık hizmetlerinde aile sağlığı elemanı olarak çalışan bireylerde yapılmıştır.

Araştırmamanın evrenini; Melikgazi Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesindeki 20 aile sağlığı merkezinde çalışan tüm aile sağlığı elemanları (110) oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiş evrenin tamamına ulaşıma hedeflenmiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemde Sağlık İl Müdürlüğü'nün aile sağlığı elemanlarına ilişkin kaydı tamamlanmadığından bütün merkezlere gidilip 103 aile sağlığı elemanı ile yüz yüze görüşülüp anketler toplanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Yerinde olmayan 7 aile sağlığı bu araştırma kapsamına alınamamıştır.

Veriler; aile sağlığı elemanın görev tanımı, aile hekimliği sistemi ve ücret memnuniyetini içeren toplam 23 sorudan oluşan araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış bir anket formu ile toplanmıştır. Anket Şubat-Mart 2009 tarihleri arasında uygulanmıştır. Toplanan veriler, SPSS 13. paket programına aktarılıp frekans değerlendirilmesi yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan aile sağlığı elemanlarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, yaş ortalaması 32,35 olarak bulunmuştur. Aile Sağlığı elemanlarının %82,5'i evli, %13,6'sı bekâr, %3,9'u boşanmış bayanlardan oluşmaktadır. %68,9'unun 1-2 arasında çocuğu bulunmaktadır. Çalışılan grubun %24,3'ü meslek lisesi, %25,2'si açık öğretim ön lisans, %23,3'ü ön lisans, %18,4'ü lisans, %7,8'i yüksek lisans, %1'i doktora mezundur. Grubun 1. basamak sağlık hizmetlerinde çalışma süresi %9,7 si 1 yıl, %15,5 i 2-4 yıl arası,%13,6 s 5-7 yıl arası, %61,2'si 8-10 yıl ve üzeridir.

Aile sağlığı elemanlarının görevlerini bilme durumları incelendiğinde; %85,4'ü aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin yaşam bulgularını almak, %86,4'ü ilaçları uygulamak, %70,9'u yara bakımı, %88,3' ü tıbbi aletleri hazırlamak, %90,3'ü ilk yardımda hekime yardımcı olmak, %84,5'i poliklinik hizmetlerinin kendi görev ve sorumlulukların da olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı zamanda %77,7'si gezici hizmet vermek, %94,2'si eğitim vermek, %98,1'i koruyucu hizmet vermek, %99,0'ı AÇSAP planlaması, %81,6'sını hizmet içi eğitim vermek, %89,3'ü hekimin verdiği görevleri yapmanın kendi görev ve sorumlulukların da olduğunu bildirmişlerdir. Bunlara paralel olarak ta kendi işleri olmayan sekreterlik ve laboratuvar görevlerini yaptıklarını bildirmişlerdir. Sistemden memnuniyet durumları incelendiğinde ise %35'i sistemden genel olarak memnun olduğunu , %55,3'ü görevlerini tamamlamak için 8 saatin yetmediğini, %7,7'si maaşlarından memnun olduklarını, %62,1'i bu sistemin halka bir faydasının olmayacağını dile getirmişlerdir. %80,6'sı geleceklere ilişkin yoğun endişe yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Aile sağlığı elemanlarına endişelerinizin nedeni nedir sorusuna verdikleri cevapta durumu daha net ortaya koymaktadır.

- Aile sağlığı elemanının tek başına çalışması zor iş yükü çok arttı,
- Evrak işleriyle çok meşgul bu nedenle gezici ve koruyucu hizmetlerde aksamalar var,
- Çalışmaları için yeterli zaman yok,
- Halk aile hekimliği hakkında bilgi sahibi değil,
- Sağlık ticarete döküldü
- Hekimin hasta başına para alması
- Maaşlarını zamanında alınmıyor,
- İş yükünün benzer olmasına rağmen hekimin daha fazla para alması
- Ücretleri düşük
- Aile sağlığı elemanının karar ve yetkileri az, meslek kalitesi düşük.
- Alt yapı olmadan bu sistem geldi
- Sistemin başarılı olmayacağını düşünme
- Aile hekimliğinde emeklilik var mı, devlet güvencesi var mı ve maaşlarının ne olacağı konusunda da endişeleri bulunmaktadır

Sonuç Tartışma: Çalışmada genel olarak aile sağlığı elemanlarının gelecek için kaygı duydukları görülmektedir. Bu kaygılar bireysel noktadan toplumsal noktaya taşındığında, aile sağlığı elemanlarının ifadelerinden toplum

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sağlığının korunması konusunda da sıkıntılar yaşanabileceği düşünülmektedir. Özellikle Aile sağlığı elemanlarının görevleri olarak bildikleri konular tedaviye yönelik işlerdir ve koruyuculuk daha arka planda yer almaktadır.

Yapılan benzer bir çalışmada aile sağlığı elemanlarının genel olarak benzer endişelerinin olduğu bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının endişelerinin giderilirken tıbbi sekreterlik yada doktorun verdiği diğer işleri(bu işler tanımlanmamış) de yapması gibi hem kendi görevi olmayan hem de tam olarak tanımlanmamış görevlerin düzenlenmesi gerekmektedir. Ayrıca bütün bu düzenlemeler yapılırken toplumun sağlığının ön planda olması önemli bir konudur. Böyle bir sağlık sistemi sağlık harcamalarını çok artırmakta halkın sağlığını korumaktan ziyade tedaviyi ön plana çıkarmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aile Sağlığı Elemanı, Sağlık Sistemi, Toplum Sağlığı

Kaynaklar:

1)Eskiocak M, Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?, Atölye Çalışması 3. Grup Raporu , TTB Halk Sağlığı Kolu ,13-14 Ocak 2007, İçkale Oteli, Ankara(http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kentlerde_saglik_hizmetleri2.pdf)

2)Doğan N, Şenay N ve ark, Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personelinin Aile Hekimliğine Bakış Açıları, Journal of Clinical and Analytical Medicine, DOI: 10.4328/JCAM.942,2012

790

ALPU'DA 40-65 YAŞ GRUBU KADINLARIN OSTEOPOROZ BİLGİ DÜZEYİ İLE SAĞLIK İNANÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Enes Gökler¹, Didem Arslantaş¹, Onur Armağan², Fatih Öz¹, Alaettin Ünsal¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Osteoporoz, düşük kemik kütlesi ile birlikte kemik dokusunda gelişen mikro yapısal bozukluklar sonucunda kemik kırılabilirliğinde artış ve kırığa yatkınlıkla seyreden bir iskelet sistemi hastalığıdır. Osteoporozla ilgili gelişen fragilite kırıkları ve buna bağlı olarak ortaya çıkan morbidite, mortalite artışı ve ekonomik kayıplar osteoporozun önemli bir halk sağlığı problemine dönüşmesinin başlıca nedenleridir. Dünyada en sık görülen metabolik kemik hastalığı olan osteoporoz, özellikle orta yaş grubu kadınları etkilemektedir. Menopoz sonrası kadınlarda ilk birkaç yıl içinde kemik kaybı hızlanmakta ve hayat boyu oluşacak kemik kaybının %20'si bu dönemde gerçekleşmektedir. Bu nedenle menopozal dönemde yeterli sağlık bakımı almayan birçok kadında osteoporoz gelişmekte ve osteoporozun neden olduğu ağrı, işlevsellik kaybı, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması ve depresyona bağlı bireyin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir.

Bu çalışma, Alpu ilçe merkezinde yaşayan 40-65 yaş grubu kadınlarda osteoporoz bilgi düzeyi ile sağlık inançları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışma, 01 Kasım – 25 Aralık 2010 tarihleri arasında Eskişehir ili Alpu ilçe merkezinde yaşamakta olan 40-65 yaş grubundaki kadınlar üzerinde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Bu çalışma için örneklem hacmi, evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan örneklem büyüklüğü formülü ile 306 kişi olarak hesaplandı (olayın görülme sıklığı %50.0, hata payı 0.04 ve güven düzeyi %95.0). Çalışma grubu ilçe merkezinde gelişigüzel bir şekilde seçilen hanelere gidilerek evlerinde bulunan ve çalışmayı katılmayı kabul eden 306 kişiden oluşmuştur. Çalışma grubunu oluşturan kadınlardan bilgilendirilmiş sözlü onamları alındıktan sonra çalışmanın amacına uygun olarak literatürden faydalanılarak hazırlanan anket formlar yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacılar tarafından dolduruldu. Bu çalışmada osteoporoz bilgi düzeyi, Ugan ve Tümerin geliştirdikleri 5'li likert tipi 20 bilgi sorusundan oluşan bir skala ile değerlendirilmiştir. Bu skaladan alınabilecek puanlar 20-100 arasında

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

değişmekte olup, puan arttıkça osteoporoz bilgi düzeyi de artmaktadır. Çalışmamızda osteoporozla ilişkin sağlık inançlarının değerlendirilmesi için Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği (OSİÖ) kullanılmıştır. Ölçek, Kim ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılıç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu ölçek 42 soru ve 7 alt alandan (duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, egzersiz faydaları, kalsiyum alınmasının faydaları, egzersiz engelleri, kalsiyum alınmasının engelleri ve sağlık motivasyonu) oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 42-210 arasında değişmekte olup, puan arttıkça bireylerin sağlığı üzerindeki kontrollerinin arttığını ve osteoporozdan korunmaya yönelik sağlık davranışlarının da daha olumlu olduğunu ifade eder. Veriler bilgisayar ortamında SPSS (versiyon 15.0) İstatistik Paket Programında değerlendirilmiştir. Analizler için Student t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi ve Sperman Korelasyon Analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturan kadınların yaşları 40-65 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 50.78 ± 7.73 yıl idi. Çalışma grubundaki kadınlardan 259’u (%84.6) osteoporozun nasıl bir hastalık olduğunu biliyordu. Bir kişi birden fazla kaynaktan bilgi edindiği için değerlendirme kişi üzerinden değil kaynak sayısı üzerinden yapılmıştır. Buna göre kadınların 194’ü (%43.7) medyadan, 115’i (%25.9) arkadaş çevresinden, 72’si (%16.2) akrabalarından, 63’ü (%14.2) doktor/sağlık personelinin osteoporoz hakkında bilgi edindiği saptanmıştır. Kadınların osteoporoz bilgi düzeyi değerlendirme skalasından aldıkları puanlar 51-81 arasında değişmekte olup, ortalama 64.81 ± 6.15 puan idi. Bu çalışmada yaş grupları ve menopoza girme durumu ile osteoporoz bilgi düzeyi arasında bir ilişki bulunamamıştır (her biri için; $p > 0.05$). Çalışma grubunda lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip kadınların osteoporoz bilgi düzeyinin ilkökul ve altı öğrenim düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu bulundu ($p < 0.05$). Kadınların OSİÖ’den aldıkları puanlar 90-182 arasında değişmekte olup, ortalama 133.98 ± 12.48 puan idi. Çalışma grubundakilerin OSİÖ’nin duyarlılık algısı ve egzersiz engeli alt alanlarından aldıkları puan ortalamalarının 60 ve üzeri yaş grubunda daha yüksek olduğu, oysa egzersiz faydaları, kalsiyum alınmasının faydaları ve sağlık motivasyonu alt alan puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır (her bir alan için; $p < 0.05$). OSİÖ’nin ciddiyet algısı ve kalsiyum alınmasının engelleri alt alan puan ortalamaları ile yaş grupları arasında bir ilişki bulunamamıştır

(her bir alan için; $p > 0.05$). Kadınların osteoporoz bilgi düzeyi ile OSİÖ’nin ciddiyet algısı ($r_s = -0.434$; $p < 0.05$) ve kalsiyum alınmasının engelleri ($r_s = -0.516$; $p < 0.05$) alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları arasında negatif yönde, egzersiz faydaları ($r_s = 0.403$; $p < 0.05$), kalsiyum alınmasının faydaları ($r_s = 0.574$; $p < 0.05$) ve sağlık motivasyonu ($r_s = 0.249$; $p < 0.05$) alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Oysa ölçeğin duyarlılık algısı ($r_s = -0.007$; $p > 0.05$) ve egzersiz engelleri ($r_s = -0.047$; $p > 0.05$) alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları ile osteoporoz bilgi düzeyi arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Tartışma: Dünya nüfusunun yaşlanmasına paralel olarak osteoporoz görülme sıklığı da artmaktadır. Osteoporoz, yol açtığı sosyal sorunlar ve ekonomik yük nedeniyle önemi gittikçe artan bir hastalık haline gelmiştir. Hastalığın erken teşhisi, tedavisi ve korunmasında hastalık hakkında bilgi sahibi olmak son derece önemlidir. Çalışma grubundaki kadınlardan %84.6’sı osteoporozun nasıl bir hastalık olduğunu biliyordu. Yapılan çeşitli çalışmalarda kadınların %44.3 – 92.0’nin osteoporozun nasıl bir hastalık olduğunu bildikleri rapor edilmektedir. Çalışmalardaki farklı sonuçların nedenleri arasında çalışmaların yapıldığı toplumların sosyoekonomik ve kültürel farklılıkları sayılabilir. Yapılan bazı çalışmalarda kadınların osteoporozun nasıl bir hastalık olduğu hakkında bilgi aldığı kaynaklar arasında en çok televizyon ve yazılı basın olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da kadınların en çok bilgi aldığı kaynak medya idi. Osteoporoz için bilinen önemli risk faktörleri arasında menopoz ve ileri yaş yer almaktadır. Menopoza giren kadınlarda estrogen salınımının azalması ile osteoporoz riskinin belirgin bir şekilde arttığı bilinmektedir. Buna paralel olarak menopoza giren ve ileri yaş grubu kadınlarda osteoporoz bilgi düzeyinin yüksek olması beklenir. Bu çalışmada ise kadınların osteoporoz bilgi düzeyi ile yaş grupları ve menapoza girme durumu arasında bir ilişki bulunamadı. Bu durumun nedenlerinden biri yaş grupları arasında öğrenim seviyesinin benzer olması olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda da yaş ile osteoporoz bilgi düzeyi arasında bir ilişki bulunmadığı rapor edilmektedir. Öğrenim düzeyi arttıkça bireylerin genel ve sağlıklı ilgili kaliteli ve güvenilir bilgiye daha kolay ulaşarak farkındalık düzeylerinin artması beklenir. Çalışma grubunda lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan kadınların osteoporoz bilgi düzeylerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmektedir. OSİÖ’nin duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, kalsiyum alım engeli ve egzersiz engelleri alt alanları ile ilgili algıların yaşlılarda genç bireylere göre daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

OSİÖ'ne göre 60 ve üzeri yaş grubu kadınların osteoporozla yakalanma ile ilgili algıladıkları risklerin (duyarlılık algısı) ve osteoporoz oluşmasını önlemek için egzersiz yapılması ile ilgili engel algılarının (egzersiz engelleri) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca osteoporozun oluşmasını önlemek için osteoporozu önleyici davranışlarla meşgul olmada istekliliğinin (sağlık motivasyonu), egzersiz yapılması ile ilgili fayda algılarının (egzersiz faydaları) ve kalsiyum alınması ile ilgili fayda algılarının (kalsiyum alınmasının faydaları) daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durumun nedenlerinden biri osteoporozun daha çok yaşlılarda görülen ciddi bir hastalık olarak algılanması olabilir. Bu çalışmada kadınların osteoporoz bilgi düzeyi arttıkça osteoporozla yakalanma ile ilgili algıladıkları riskleri (ciddiyet algısı) ve osteoporozu engellemek için kalsiyum alınması ile ilgili engel algıları (kalsiyum alınmasının engelleri) azalmaktayken, osteoporozun oluşmasını önlemek için egzersiz yapılması ile ilgili fayda algıları (egzersiz faydaları), kalsiyum alınması ile ilgili fayda algıları (kalsiyum alınmasının faydaları) ve osteoporozu önleyici davranışlarla meşgul olmada istekliliği (sağlık motivasyonu) artmaktaydı. Midini'nin yaptığı bir çalışmada kadınların osteoporoz bilgi puanları ile OSİÖ'nin tüm alt alanlarından aldıkları puanlar arasında herhangi bir ilişki bulunamadığı rapor edilmiştir. Shin ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise osteoporoz bilgi düzeyi arttıkça OSİÖ'nin egzersiz faydaları ve kalsiyum alınmasının faydaları alt alanlarının daha iyi algılandığını bildirilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada kadınların osteoporoz bilgi düzeyi ile OSİÖ'nin ciddiyet algısı ve kalsiyum alınmasının engelleri alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları arasında negatif yönde, egzersiz faydaları, kalsiyum alınmasının faydaları ve sağlık motivasyonu alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Osteoporozun önlenmesi amacıyla kalsiyum alınımının artırılması, aktif egzersiz yapma gibi osteoporozu önleyici davranışlar ve osteoporozdan korunma amacıyla risk faktörleri hakkında kadınlara yönelik bilgilendirme çalışmalarının yapılması yararlı olacaktır.

Anahtar sözcükler: Osteoporoz bilgi düzeyi, Osteoporoz sağlık inanç ölçeği, 40-65 yaş grubu kadınlar

Kaynaklar:

- Kim KK, Horan ML, Gendler P, Patel MK. Development and evaluation of the Osteoporosis Health Belief Scale. *Res Nurs Health.* 1991 Apr; 14 (2): 155-63.
- Kılıç D, Evcı B. Osteoporoz sağlık inanç ölçeği, osteoporoz öz-etkililik/yeterlik ölçeği ve osteoporoz bilgi testi'nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2004; 7 (2): 89-102.
- Patil Sapna S, Hasamnis Ameya A, Jena SK, Rashid AK, Narayan KA. Low awareness of osteoporosis among women attending an urban health centre in Mumbai, Western India. *Malaysia Journal of Public Health Medicine.* 2010; 10 (1): 6-13.
- Chang SF, Chen CM, Chen PL, Chung UL. Predictors of community women's osteoporosis prevention intention - a pilot study. *Journal of Nursing Research.* 2003; 11 (4): 231-40.
- Piehowski KE, Nickols-Richardson SM, Clymer EK, Roberto KA. Osteoporosis health beliefs in women differ by menopausal status and across age cohorts. *Family & Consumer Sciences Research Journal.* 2010; 38 (3): 345-55.
- Von Hurst PR, Wham CA. Attitudes and knowledge about osteoporosis risk prevention: A survey of New Zealand women. *Public Health Nutrition.* 2007; 10 (7): 747-53.
- Taggart HM, Connor SE. The relation of exercise habits to health beliefs and knowledge about osteoporosis. *Journal of American College Health.* 1995; 44 (3): 127-30.
- Midini T. The relationship between osteoporosis knowledge, beliefs and dietary calcium intake among South Asian women in Auckland 2008 (<http://muir.massey.ac.nz/bitstream/handle/10179/855/02whole.pdf;jsessionid=6EBB5E5D06F116DD68AE540CD6E81B31?sequence=1>).
- Aksu A, Zinnuroğlu M, Karaoğlu B, Akın S, Kutsal Y, Atalay F, Dinçer G. Osteoporoz eğitim durumu ve farkındalık düzeyi araştırma sonuçları. *Osteoporoz Dünyasından.* 2005; 11 (1): 36-40.
- McLeod KM, Johnson CS. A systematic review of osteoporosis health beliefs in adult men and women. *J Osteoporos.* 2011; pages doi:10.4061/2011/197454.
- Shin KR, Kang YM. A study on the relationships between osteoporosis knowledge, self-efficacy and health belief of women in an island. *J Korean Acad Nurs.* 2002 Feb; 32 (1): 89-99.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Seçil Özkan, Müzeyyen Zeynep Tunca, Fatma Nur Baran Aksakal, Tuğba Özdemirkan, Sefer Aycan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: İnsanlar sağlıklarını yitirdiklerinde bir takım tıbbi ya da cerrahi yöntemlerle iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Tıbbi tedavide ilaç kullanımının önemli bir yeri bulunmaktadır.

Ülkemizde en fazla antibiyotik, ağrı kesici ve vitamin gibi ilaçlar hatalı bir şekilde aile/arkadaş gibi yakınların önerisiyle ya da kişinin kendi kararıyla hekime danışılmadan kullanılmakta, benzer şikayetler ortaya çıktığında daha önceki deneyimlere göre danışılmadan alınması, ilaçların uygun dozda ve hekimin tavsiye ettiği süre içinde kullanılmaması sık görülen akılcı olmayan ilaç uygulamaları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Geçtiğimiz yüzyılın en önemli buluşlarından sayılan antibiyotiklerin keşfiyle birlikte birçok enfeksiyon hastalığı tedavi edilebilir hale gelmiştir. Ancak antibiyotiklerin yaygın ve uygunsuz kullanımı birçok ülkede oldukça sık rastlanılan bir sorundur. Bu nedenle akılcı ilaç kullanımına birçok ilaç grubunda olduğu gibi antibiyotik kullanımında da önem gösterilmesi gerekmektedir.

Aşırı ve yanlış antibiyotik kullanımının önlenmesi, bu yolla ekonomik kayıpların önüne geçilmesi ayrıca önem taşımaktadır. Toplumun bu konuya yaklaşımının, reçetesiz antibiyotik kullanımını etkileyen faktörlerin saptanmasının antibiyotiklerin akılcı tüketimini sağlayacak önlemlerin alınabilmesi için gerekli olacağı düşünülmüştür.

Bu çalışmada Ankara İl Merkezinde bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü kişilerde antibiyotik kullanım sıklığı ve ilişkili etmenlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem : Kesitsel-tanımlayıcı tipteki bu araştırma Ankara İl Merkezi Sincan, Etimesgut, Gölbaşı İlçeleri'ndeki 5 aile sağlığı merkezine 7-18/03/2012 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü 1200 kişinin katılımıyla yürütülmüştür. Katılımcılara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve onamları alındıktan sonra çalışma kapsamına dahil edilmiştir.

Araştırmada veri kaynağı olarak geliştirilen anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış olup bir anketin uygulama süresi ortalama 5 dakikadır. Bu ankette kişilerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik; yaş, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, aylık gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu sorgulanmıştır.

Son bir ay içerisinde antibiyotik kullanım durumu, kullanılan antibiyotiğin doktor tarafından reçete edilme durumu ve antibiyotik kullanımı ile ilgili önermeler hakkındaki görüşleri sorulmuştur.

Veriler SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi kullanılmıştır. Veriler ortalama(\pm)standart sapma, frekans dağılımı yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 1200 kişinin yaş ortalaması 39.9 ± 14.5 'dir. İncelenenlerin %26.8'i 18-28, %25.8'i 29-39, %22.3'ü 40-50, %25.1'i ise 51 ve üzeri yaş grubundadır. Katılımcıların %56.2'si kadın, %72.1'i evlidir. %34.3'ü okuryazar/ilkokul/ortaokul mezunu, %34.3'ü lise mezunu, %27.9'u üniversite mezunu olduğunu, %3.5'i ise okuma yazma bilmediğini belirtmiştir. İncelenenlerin %35.4'ü ev hanımı, %19.7'si memur, %11.8'i öğrenci, %8.5'i işçi, %10.0'ı emekli, %3.1'i işsizdir. %11.5'i ise serbest çalışmaktadır. İncelenenlerin %93.9'u sosyal güvencesi olduğunu, %6.1'i olmadığını belirtmiştir. İncelenenlerin %28.1'i 1001-1500 TL arası, %25.4'ü 1501-2000 TL arası, % 23.7'si 2001-5000 TL arası aylık geliri olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %23.9'u kronik hastalığı olduğunu, %74.7'si düzenli ilaç kullanmadığını, %25.3'ü kullandığını belirtmiştir. İncelenenlerin %26.0'ı sigara kullanmaktadır.

İncelenen 1195 katılımcının %65.8'i son bir ay içerisinde antibiyotik kullanmadığını, %34.2' si ise kullandığını belirtmiştir. Son bir ay içerisinde antibiyotik kullanan 408 katılımcının %14.2'si doktora danışmadan kendi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

başına kullandığını, %72.8'i doktor reçetesi ile kullandığını, %13.0'ı ise doktorun reçete etmesini kendisinin istediğini belirtmiştir.

Katılımcıların %91.1'i 'Doktor reçetesi olmadan antibiyotik kullanılmamalıdır.' önermesine, %46.3'ü 'Viral enfeksiyonlarda antibiyotik alınmamalıdır.' önermesine, % 91.6'sı 'Doktorun belirlediği süre ve dozda uygun antibiyotik kullanılmalıdır.' önermesine, %86.5'i 'Uygun doz ve sürede alınmazsa hastalık tekrarlayabilir.' önermesine, %87.5'i 'Gebelerde ve emziren annelerde bebeğe zarar vermeyecek antibiyotiklerin seçimine dikkat edilmesi, bu tür hastaların, doktorlarını durumları hakkında uyarmaları gerekmektedir.' önermesine katıldığını ifade etmiştir.

Katılımcıların %25.3'ü 'Antibiyotik ateş düşürücüdür.' önermesine, %53.3'ü ise 'Belirtiler geçince tedaviye son verilmelidir.' önermesine katılmadığını belirtmiştir.

Katılımcılardan 18-28 yaş grubundakilerin %7.6'sı ,29-39 yaş grubundakilerin %10.4'ü ,40-50 yaş grubundakilerin %17.2'si, 51 yaş ve üzeri gruptakilerin %16.7'si kullandıkları antibiyotiklerin doktor tarafından reçete edilmesini kendisi istediğini, 18-28 yaş grubundakilerin %23.8 'i, 29-39 yaş grubundakilerin %10.4'ü, 40-50 yaş grubundakilerin 14.1'i, 51 yaş ve üzeri gruptakilerin %8.3'ü doktora danışmadan kendi başına kullandığını belirtmiştir.Yaş arttıkça doktor tarafından reçete edilmesini isteme sıklığının arttığı, doktora danışmadan kendi başına kullanma sıklığının ise azaldığı görülmektedir ($p<0.05$).

Evli olan katılımcıların %11.9'u, bekarların %20.2'si doktora danışmadan kendi başına kullandığını, evlilerin %14.6'sı , bekarların %8.8'i ise kullandıkları antibiyotiklerin doktor tarafından reçete edilmesini kendisi istediğini belirtmiştir ($p<0.05$).

Sosyal güvencesi olan katılımcıların %12.8'i doktora danışmadan kendi başına kullandığını, %12.3'ü doktorun reçete etmesini kendisinin istediğini, sosyal güvencesi olmayan katılımcıların %29.4'ü doktora danışmadan kendi başına kullandığını, %20,6'sı doktorun reçete etmesini kendisinin istediğini belirtmiştir($p<0.05$).

Sigara kullanan katılımcıların %23.0'ı, kullanmayan katılımcıların %12.1'i antibiyotik doktora danışmadan kendi başına kullandığını, sigara kullanan katılımcıların %19.5'i, kullanmayan katılımcıların %9.3'ü ise kullandıkları antibiyotiklerin doktor tarafından reçete edilmesini kendisi istediğini belirtmiştir ($p<0.05$).

Cinsiyete, öğrenim, meslek durumuna, aylık aile toplam gelirine, kronik hastalık varlığına ve düzenli ilaç kullanma durumuna göre antibiyotiklerin doktor tarafından reçete edilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tartışma: Dünyada ve Türkiye'de uygunsuz ilaç ve antibiyotik kullanımı oldukça sık karşılaşılan bir sorun olmakla birlikte bu konuda yapılan çalışmalar sınırlıdır.

Akılcı ilaç kullanımı konusunda 2002 yılında Ankara'da Mollahaliloğlu ve ark. yaptığı çalışmada, katılımcıların %31.9' unun hasta olduklarında doktora başvurmadan eczaneye gidip ilaç aldıkları saptanmıştır(1). Antalya'da Aktekin ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmada birinci basamağa başvuru öncesi ilaç kullanım sıklığı %43.5 olarak belirlenmiştir(2).

Toplumda antibiyotik kullanım sıklığı çeşitli çalışmalarda 13.0-74.6% arasında, Avrupa ülkelerinde kendi kendine antibiyotik kullanım sıklığı 1-210/1000 olarak saptanmıştır(3,4). 2006 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerde yapılan bir çalışmada son bir yılda kendi kendine antibiyotik kullanım sıklığı %19.1 olarak belirtilmiştir(5). Bu çalışmada katılımcıların %34.2'si son 1 ay içerisinde antibiyotik kullandığını, bu katılımcıların %14.2'si doktora danışmadan kendi başına kullandığını, %13.0'ı ise doktorun reçete etmesini kendisinin istediğini belirtmiştir. Kendi kendine antibiyotik kullanma sıklığının yüksek olduğu, reçetesiz ilaç kullanım sıklığının da önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir.

2006 yılında Ankara'da yapılan bir çalışmada erkeklerde, 30-59 yaşları arasında, bekarlarda, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda, işsiz, yüksek aylık aile toplam gelirine sahip olanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda kendi kendine antibiyotik kullanımı daha yüksek saptanmıştır(5). Bu çalışmada da 18-28 yaşları

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

arasında olanlarda, bekarlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, sigara kullananlarda kendi kendine antibiyotik kullanımı daha yüksek bulunmuştur. Kendi kendine antibiyotik kullanım sıklığı, bu çalışmada 2006 yılında Ankara’da yapılan çalışmadan farklı olarak daha genç grupta ve sigara kullananlarda, benzer şekilde bekarlarda ve sosyal güvencesi olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun bekarların doktora başvurma ile zaman kaybı yaşayacaklarını düşünmelerinden ve sağlığa daha az önem vermelerinden, sosyal güvencesi olmayanların daha az sağlık hizmetinden yararlanmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların yarısı ‘Viral enfeksiyonlarda antibiyotik alınmamalıdır.’ önermesine katılmadığını/fikri olmadığını, ‘Belirtiler geçince tedaviye son verilmelidir.’ önermesine yaklaşık yarısı katıldığını/fikri olmadığını, ‘Antibiyotik ateş düşürücüdür.’ önermesine 3/4 ‘ü katıldığını/fikri olmadığını ifade etmiştir. Bu durum halkın antibiyotik kullanımı ile ilgili temel bilgiler konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığından kaynaklanmaktadır.

Sonuç ve Öneriler: Toplumda antibiyotik kullanım sıklığı ve ilişkili etmenlerin saptandığı bu araştırmada kendi kendine, doktor tavsiyesi olmadan antibiyotik kullanımının sık olduğu saptanmıştır. Topluma ve halka eğitim verebilecek olan sağlık çalışanlarına akılcı antibiyotik kullanımı konusunda eğitimlerin verilmesi, uygunsuz antibiyotik kullanımından doğacak sorunların önüne geçilmesi, reçetesiz antibiyotik kullanımının önlenmesine yönelik alınacak tedbirlerin yaygınlaştırılması, sağlık politikalarının oluşturulması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: İlaç kullanımı, antibiyotik kullanımı, kullanım sıklığı, ilişkili etmenler

Kaynaklar:

1. Mollahaliloğlu S, Tezcan S. Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarından Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı 23-28 Eylül 2002, Diyarbakır, s.499-501.<http://www.dicle.edu.tr/~halks/kongrecdsi.html>.
2. Aktekin M, Erengin K.H. Sağlık Ocağı Polikliniğine Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı. Aktekin M, Erengin K.H (eds) içinde: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Özetleri. Cilt 1, Antalya, 1994, Akdeniz Üniversitesi yayını No:57.
3. Grigoryan L, Haaijer-Ryskamp FM, Burgerhof JG, et al. Self-medication with antimicrobial drugs in Europe. Emerg Infect Dis. 2006;12(3): 452–459.
4. Al-Azzam SI, Al-Husein BA, Alzoubi F, Masadeh MM, Al-Horani MA. Self-medication with antibiotics in Jordanian population. Int J Occup Med Environ Health 2007; 20(4): 373–380.
5. İlhan MN, Durukan E, İlhan SO, Aksakal FN, Ozkan S, Bumin MA. Self-medication with antibiotics: questionnaire survey among primary care center attendants. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 2009 Dec;18(12):1150-7.

971

BEBEK ÖLÜMLER İZLEME KOMİSYONU RAPORLARINA GÖRE 2011 YILINDA İSTANBUL’DA GERÇEKLEŞEN BEBEK ÖLÜMÜ NEDENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özlem Özçay, Ümmü Hatipoğlu, Onur Özlem Köse, Fatih Önsüz, Ayşe İrem Kılıç, Hazal Hande Karakoç

İstanbul İl Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş: Bir ülkenin ya da bölgenin sağlık durumu hakkında bilgi veren en önemli göstergelerinden biri bebek ölümleridir. 2009 yılında yayınlanan 31 Sayılı “Bebek Ölümleri İzleme Sistemi” konulu Genelge sonrasında ilimizde komisyonlar kurulmuş ve bebek ölümleri incelenmeye başlanmıştır. Bu çalışmada 2011 yılında İstanbul’daki bebek ölümlerinin komisyon raporu sonuçlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç yöntemi: Çalışma tanımlayıcı tiptedir. İstanbul'da ikamet edip 2011 yılı içerisinde İstanbul'da ya da başka illerde canlı doğup ölmüş ve İstanbul Sağlık Müdürlüğü'ne bildirim yapılmış olan 0-365 günlük bebeklerden, Bebek Ölümleri Önleme Komisyonu'nda görüşülmüş olanlar çalışma kapsamına alınmıştır. Erken yenidoğan dönemi 0-7 günlük; geç yenidoğan dönemi 8-28 günlük; yenidoğan sonrası ise 29-365 günlük dönemleri kapsamaktadır. Bebek ölümleri nedenleri gruplandırılırken Bakanlığımız tarafından düzenlenmiş olan ve her bir bebek ölümü için doldurulmuş olan Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu kullanılmıştır. Çalışmamız kapsamındaki en sık görülen beş bebek ölümü nedeni formdaki açık adlarıyla ifade edilirken (prematürite-immatürite, konjenital anomaliler- sendromlar, sepsis, respiratuar distres sendromu, konjenital kapak hastalığı), bunların dışındaki nedenler ise diğer olarak sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada toplam 1828 canlı doğup ölen bebeğin sonuçları incelenmiştir. Annelerin yaş ortalaması $28,16 \pm 5,9$ (min:13 maks:48) dir. Gebelik haftası ortalama $33,1 \pm 5,9$ (min:20 maks:43) saptanmıştır. Bebeklerin doğum şekli %61,8 oranında sezaryen, %38,2 oranında normal olarak gerçekleşmiştir. Bebeklerin bildirilen ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda prematürite (%26,4), konjenital kalp hastalığı (%18,4), konjenital anomali sendrom (%13,3) sepsis (%7,9), RDS (%5,5) ve diğer (28,5) vardı. Ölümler %45,5 oranında 0-7. günde, %37,2 oranında 29-365. Günde, %17,2 oranında 8-28. günde gerçekleşmiştir. Rapor sonuçlarına göre bebeklerin temel ölüm nedenleri prematürite (%36,1), konjenital anomaliler sendromlar (%17,0), konjenital kalp hastalığı (%16,7), Akut solunum yolu enfeksiyonu (%4,2), Respiratuar Distres Sendromu (RDS) (%3,4) ve diğer (% 22,6) olarak sıralanmaktaydı. Bebeklerin son ölüm nedenleri ise sırasıyla RDS (% 21,5) , konjenital kalp hastalığı (% 13,9), sepsis (%13,2) konjenital anomaliler sendromlar (%8,8), prematüre (%8,4) ve diğer (%34,2) olarak sıralanmaktaydı. Bebek ölümlerinin %66,0'si komisyon kararına göre önlenemez ölümler olduğu, % 30,7'si komisyon tarafından herhangi bir nedenden ötürü karar verilememiş, %2,8 önlenebilir, %0.5'i ise bilinmeyen nedenler olarak saptanmıştır. Ölümü etkileyen faktörler %60,0 hane halkı ve toplumsal faktörler, %40,0 sağlık hizmeti ve personeli ile ilgili faktörler olarak değerlendirilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada rapor sonuçlarına göre ölen bebeklerde temel ölüm nedeni olarak erken doğum sıklığının %36,1 olması dikkat çekmektedir. Prematüre doğum nedenlerinin bir kısmı önlenebilir nedenlerdir. Bu nedenle tüm sağlık kuruluşlarında gebeler prematüre doğum risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve risk taşıyan annelerin bir uzmana yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Erken doğumu sırasıyla takip eden konjenital anomali ve sendromlar; konjenital kalp hastalığı gibi nedenlerin önüne geçebilmek için akraba evliliğinin önlenmesi; gebelerin doğum öncesi takibinin sağlanması ve bu sıkıntılarla doğmuş bebeklerin özel bakım almaları sağlanmalıdır. 2009 yılından sonra komisyonlar tarafından incelenmeye başlayan bebek ölümleri dosyaları ile sayısal incelemelerin yanında önlenebilirliği tartışılmış ve gerekli müdahaleler geliştirilmiştir. İlimizde de 2011 yılı içerisinde incelenen dosyalara göre % 4 önlenebilir nedenlere bağlı bulunmuş, komisyonların yönlendirmeleri doğrultusunda gerekli işlemler İl Sağlık Müdürlüğü (şu an Halk Sağlığı Müdürlüğü) tarafından yapılmıştır.

Anahtar kelimeler: Bebek ölüm nedenleri, Bebek ölümleri izleme sistemi

568

BEYLİKOVA İLÇESİ İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE EL HİJYENİ

Mehmet Enes Gökler, Burhanettin Işıklı, Gül Durmaz, Emrah Aydın, Cemalettin Kalyoncu

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Çocukların en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa kavuşmalarının sağlanması ve sürdürülmesi, dolayısı ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde okul sağlığı çalışmaları önemlidir. Yapılan çalışmalar, hijyen alışkanlıkları geliştikçe enfeksiyon hastalıkları sıklığının azalmakta olduğunu göstermektedir (1-3). Enfeksiyon hastalıklarının sıklığını ve bu yolla tedavi maliyetlerini ve okula devamsızlığı azaltmak için okullarda özellikle el hijyeni olmak üzere, hijyen eğitiminin yürütülmesi son derece önemlidir(4).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışmamızda öğrencilerin el hijyenine ilişkin bilgi ve uygulama düzeylerini belirlemek, el hijyeni durumlarını sürüntü örnek sonuçları ile tespit etmek ve doğru bilgilerin kazandırılması için eğitim çalışmaları yapmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Mart-Nisan 2012 tarihleri arasında Eskişehir iline bağlı Beylikova ilçesinde bulunan ilköğretim okullarında öğrenim görmekte olan 5. ve 7. sınıf öğrencileri üzerinde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Kaymakamlık ve İlçe Milli Eğitim Müdürlüğünden izin alındıktan sonra okullardan randevu alınarak çalışma yapıldı. İlçe merkezi (Mehmet Avdan, Atatürk İlköğretim Okulu) ve periferinde bulunan (Yeniyurt İlköğretim Okulu) okullarda öğrenim gören 173 öğrenciden okula devam eden 151'i (%82,7) çalışma grubunu oluşturdu.

Literatürden faydalanılarak hazırlanan ve öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra, el yıkama alışkanlıkları ve DSÖ tarafından el yıkarken uygulanması önerilen hareketleri kullanma alışkanlıklarını ölçen bir anket araştırmacıların gözetimi altında ders gördükleri sınıflarda öğrencilerin kendileri tarafından dolduruldu (5). El yıkama alışkanlıkları ve uygulama teknikleri ile ilgili soruların tümüne "her zaman" cevabını veren öğrenciler el hijyen bilgi düzeyi ve el yıkama uygulama düzeyi açısından yeterli kabul edildi.

Anket uygulamasını takiben her bir öğrencinin dominant kullandıkları ellerinin bileklerini de (fleksör ve ekstansör yüz de dâhil) kapsayacak şekilde plantar ve dorsal el cildinden, tırnaklardan ve parmak aralarından el sürüntü örneği svab yardımı ile alındı ve steril Stuart transport sistemlerine yerleştirildi. Her bir öğrenciden alınan örneğin yanı sıra tuvaletteki lavabo musluklarından, kabin musluklarından ve tuvalet kapı kollarından da svab ile örnek alındı. Alınan örnekler bir saat içinde ESOGU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Bakteriyoloji laboratuvarına ulaştırıldı. Sürüntüler bekletilmeden %5 koyun kanlı agar ve Eosin-methylene blue (EMB) agarlara ekildi. 48 saatlik aerob inkübasyon sonrası kültürler değerlendirildi.

Koagülaz negatif stafilokoklar (KNS), *S. aureus*, mikrokoklar, enterokoklar ve viridans streptokoklar kanlı agardaki koloni morfolojileri, hemoliz tipleri, gram boyanma özellikleri, katalaz, koagülaz, PYR ve optokin duyarlılık testlerine göre isimlendirildi. *Corynebacterium*, *Bacillus* ve *Nocardia* cinsi bakteriler kanlı agardaki koloni morfolojileri ve gram boyanma özelliklerine göre isimlendirildi. *Neisseria* cinsi bakteriler kanlı agardaki koloni morfolojileri, gram boyanma özellikleri ve oksidaz testlerine göre isimlendirildi. *Pseudomonas*, *Acinetobacter* ve *Alcaligenes* cinsi bakteriler Phoenix otomatize identifikasyon sistemi ile identifiye edildi.(6-7)

El sürüntü kültürlerinde üreyen KNS, viridans streptokok, mikrokok ve *Corynebacterium* cinsi bakteriler normal cilt florası üyeleri, diğer örneklerden (kapı tokmağı vb.) soyutlanan *Bacillus*, *Acinetobacter*, *Pseudomonas* ve *Alcaligenes* cinsi bakteriler ise çevresel flora üyeleri olarak değerlendirildi.

Çalışma sonrasında, çalışılan her okulda, tüm öğrencilere el yıkama eğitimini de kapsayacak şekilde genel hijyen konuları ile ilgili eğitim çalışmaları yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaşları 10-14 yıl arasında (ort: 11,9+-1,06 yıl) değişmekte olup, %48,3'ü (n=78) erkek idi. Öğrencilerin %6,6'sının (n=10) evi şebeke suyuna bağlı olmayıp, %84,8'i (n=128) müstakil evde yaşamakta ve %29,1'nin (n=44) tuvaletleri evin dışında konumlanmış idi.

Çalışma grubundakilerin %72,2'si (n=109) yemeklerden önce, %70,2'si (n=106) yemeklerden sonra, %60,92'si (n=92) ise yemek öncesi ve sonrası her zaman ellerini yıkadıklarını bildirdi. Ellerini yıkarken %98,6'sı (n=149) sıvı veya katı sabun kullanmaktaydı. Öğrencilerin %90,7'si (n=137) tuvaletten sonra her zaman ellerini yıkadıklarını belirtti.

Öğrencilerin %41,1'inin (n=62) hijyen bilgi düzeyi yeterli bulundu. El hijyen bilgi düzeyi yeterli olan öğrencilerin %59,7'si (n=37) kadın, %58,1'si (n=36) 12 yaş ve altında, %45,2'si (n=28) okul öncesi eğitim almış, %50,0'ı (n=31) önceden el yıkama eğitimi almış ve %93,5'nin (n=58) ise anne öğrenim düzeyi ilkokul ve üzerinde idi.

Öğrencilerin 18'i (%11,9) el yıkama uygulaması açısından yeterli bulundu. El yıkama uygulaması açısından yeterli olan öğrencilerin %76,7'si (n=12) erkek, %72,2'si (n=13) 12 yaş ve altında, %55,6'sı (n=10) okul öncesi eğitim

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

almış, %61,1'i (n=11) önceden el yıkama eğitimi almış ve %88,9'unun (n=16) ise anne eğitim düzeyi ilkokul ve üzeri idi.

Alınan el sürüntü örneklerinin %23,8'inde (n=36) üreme olmadığı gözlemlendi. Üreme olan örneklerin %70,2 (n=106)'inde KNS, %7,3'ünde (n=11) viridans streptokok, %5,3 (n=8)'ünde *Corynebacterium* türleri, %4 (n=6)'ünde *S. aureus* ve %2,6 (n=4)'sında enterokok türleri üredi. Bunların dışında az miktarda da olsa alınan örneklerde *Neisseria*, *Alcaligenes*, mikrokok, *Bacillus* ve *Acinetobacter* türleri de tespit edildi. El sürüntü örneklerinin hiçbirinden *Enterobacteriaceae* üyeleri soyutlanmadı.

Çalışmamızda hijyen bilgi düzeyi yetersiz olan öğrencilerden %82,0'nun (n=73), el yıkama uygulaması yetersiz öğrencilerin ise %75,2'sinin el sürüntü örneklerinde üreme gözlemlendi.

Beylikova merkezde bulunan Atatürk İÖÖ'na devam eden öğrencilerin %84,1'inde (n=37), yine Beylikova merkezde bulunan ve taşımali eğitim yapan Mehmet Avdan İÖÖ'ü öğrencilerinin %71,8'inde (n=61), Beylikova periferinde bulunan ve taşımali eğitim yapan Yeniyurt İÖÖ'ü öğrencilerinin ise %77,3'ünde (n=17) el sürüntü örneklerinde üreme gözlemlendi.

Okullardan alınan örneklerde lavabo musluklarının %89,3'ünde (n=25), kabin musluklarının %74,1'inde (n=20) kapı kollarının ise %84,6'sında (n=11) üreme olduğu gözlemlendi. Lavabo, musluk ve kapılardan alınan örneklerin %63,2 'sinde (n=43) KNS, %22,1'inde (n=15) enterokok, %11,8'inde (n=8) *Bacillus*, %7,4'ünde (5) *Neisseria* türleri üremiştir. Ayrıca alınan örneklerden *S. aureus*, viridans streptokok, *Corynebacterium* türleri, *Alcaligenes*, *Micrococ*, *Streptococcus pneumoniae* ve *E.coli* tespit edilmiştir.

Tuvalet ortamından alınan örneklerinden Mehmet Avdan İÖÖ'nun %95,0'inde (n=19), Atatürk İÖÖ'nun %92,3'ünde (n=24), Yeniyurt İÖÖ'unun ise %59,1'inde (n=13) üreme meydana geldi.

Öğrencilerin %37,7'si (n=57) okul tuvaletinde her zaman sabun bulunduğunu ifade etti.

Tartışma / Sonuç ve Öneriler: Hem el hijyen bilgi düzeyi hem de uygulama düzeyi ile yaş grupları, cinsiyet, okul öncesi eğitim alma durumu, el yıkama ile ilgili eğitim alma durumu arasında ilişki gözlenemedi (her biri için; $p>0,05$). Buna karşın, anne öğrenim düzeyi arttıkça hijyen bilgi düzeyi yeterliliği artarken, müstakil evde yaşayanlarda el yıkama uygulama yeterliliği azalmaktaydı (her biri için; $p<0,05$).

Yemek öncesi ve sonrası el yıkama alışkanlığı çalışmamızda literatür ile uyumlu bulunurken, yine pek çok çalışmada belirtildiği gibi en sık el yıkama tuvalet sonrasında gözlemlendi. (4). Ellerini yıkarken öğrencilerin tamamına yakını (%98,6) sıvı veya katı sabun kullandıklarını belirttiler. El sürüntü örneklerinde *Enterobacteriaceae* üyelerinin ürememiş olması da bunun bir göstergesidir. Ancak 4 örnekte enterokok üremesi de normal bağırsak florasının üyeleri olduklarından tuvalet sonrası el hijyeninin yetersizliğini göstermektedir.

Ayrıca örneklerin 6'sında *S. aureus* üremesi saptanmıştır. *S. aureus* geçici cilt florası üyesi olarak değerlendirilmiştir ancak bu durumun özellikle toplum kökenli *S. aureus* enfeksiyonları için kaynak teşkil edebileceği göz ardı edilmemelidir.

El yıkamada amaç ellerde gözle görülen kirleri uzaklaştırmanın yanı sıra geçici floranın tamamını uzaklaştırmak ve olabildiğince kalıcı floranın azalmasını sağlamaktır. Çalışmamızda Sarıkaya'nın çalışmasına benzer şekilde öğrencilerin %70,1'inin el sürüntü örneğinde üreme gözlemlendi. (8) Hijyen bilgi düzeyinde yeterli olan öğrencilerde el sürüntü örneklerinde bakteri çeşitliliği ve koloni sayılarının azaldığı tespit edildi ($p< 0,05$). Buna karşın el yıkama uygulama yeterliliği ile el sürüntü örneklerindeki üreme durumları arasında fark gözlenememesi ($p> 0,05$) el yıkamasını zaten az öğrencinin bildiği ancak uygulamadıklarını düşündürmektedir.

Beylikova İlçesi ilköğretim okullarının Lavabo musluğu, kabin musluğu ve kapı kollarından alınan örneklerdeki üreme sıklığı Temel ve arkadaşlarının çalışmasında belirttiklerinden daha düşük olmasına rağmen tespit edilen mikroorganizmaların çeşitliliği nedeniyle tuvaletlerin öğrenciler için yüksek riskli alanlar olarak değerlendirilmesini gerektirmektedir. (9). Bunun yanı sıra örneklerin alındıkları yüzeyler arasında üreme

durumu bakımından fark bulunamamış olması ($p > 0,05$) tuvalettaki tüm yüzeylerin ciddi enfeksiyon kaynağı olabileceğini düşündürmektedir.

Sosyoekonomik yönden iyi düzeyde olan okulun öğrencilerinin daha fazla el yıkama alışkanlığına sahip oldukları ve ellerini daha fazla sayıda yıkadıklarını bildiren çalışmalar mevcuttur. Bizim çalışmamızda el sürüntü örnek sonuçlarının okullara göre dağılımında fark bulunamadı ($p > 0,05$). Özellikle çevresel kaynaklı (*Acinetobacter*, *Alcaligenes*, *Pseudomonas*, *Bacillus* cinsi) bakteriler fırsatçı patojen özellikleri nedeniyle çocuklar ve aileleri için risk oluşturabilirler.

Çalışmamızda alınan örneklerdeki üreme sıklığının taşınabilir eğitimin yapıldığı ve sosyoekonomik bakımdan nispeten daha düşük olan periferdeki okulda daha düşük olması yöneticilerin ve öğretmenlerin temizliği verdikleri önemden kaynaklanıyor olabilir.

Beylikova İlçesi İlköğretim Okullarında öğrencilere yönelik hijyen konularında eğitim çalışmalarının devam ettirilmesinin yanı sıra okul içindeki ortamların temizliğine daha fazla önem verilmesi gerektiği sonucuna varıldı.

Anahtar Sözcük: İlköğretim, El Hijyeni, El Sürüntüsü

Kaynaklar:

1. Velicangil S. Koruyucu ve Sosyal Tıp. İstanbul. Filiz Matbaası, 1980, s. 303-320.
2. Erefe İ, Aksayan S. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Eds.: Erefe İ: Okul Sağlığı ve Hemşireliği. İstanbul. Koç Vakfı Yayınları, 1998, s. 183-190.
3. Sweeney KA. School health screening: costs, benefits and alter

871

BEYLİKOVA'DA 55 VE ÜZERİ YAŞ GRUBU POPULASYONDA MOCA TESTİ İLE DEMANS DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Ayhan, Fatih Öz, Didem Arslantaş, Alaettin Ünsal, Demet Özbabalık

Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Demans, merkezi sinir sistemindeki birçok nöronda ortaya çıkan hasar sonucu oluşan ve kognitif fonksiyonların birçoğundaki bozuklukla seyreden günlük yaşam aktivitelerinin bozulduğu kalıcı ve ilerleyici bir tablodur. Normal yaşlanmaya bağlı problemleri daha da ağırlaştırmaktadır. Demanslı hasta sayısının her geçen gün artması demansı önemli bir halk sağlığı problemi haline getirmiştir. Bu önemli problemin toplumda erken tanınması için geliştirilen birçok tarama testi mevcut olup bunlar içinde en çok bilineni Mini Mental Test'tir (MMSE). Son yıllarda geliştirilen bir diğer test de Montreal Kognitif Değerlendirme (MOCA) testidir. Bu çalışma, Beylikova ilçe merkezinde yaşamakta olan 55 yaş ve üzeri bireylerde MOCA testi ile demans durumunun değerlendirilmesi, ilişkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve MOCA testi ile MMSE testinin kıyaslanması amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışma, 05 Eylül - 25 Ekim 2011 tarihleri arasında Beylikova ilçe merkezinde yaşamakta olan 55 yaş ve üzeri erişkinlerde gerçekleştirildi. TÜİK 2011 verilerine göre Beylikova ilçe merkezinde yaşayan 55 ve üzeri kişi sayısı 823 idi. Çalışma süresince Beylikova Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvuru yapanların sayısı 381 olup, bunlardan çalışmaya katılmayı kabul eden ve iletişim kurulabilen toplam 346'sı (%90.8) çalışma grubunu oluşturmuştur. Çalışmanın amacına uygun olarak önceden hazırlanmış olan anket formlar, ASM bekleme salonunda bekleyen kişilerle yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından doldurulmuştur. Bu çalışmada demans değerlendirilmesi için MOCA ve MMSE testleri kullanılmıştır. MOCA testi Nasreddine ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe versiyonu Selekler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. MOCA testi dikkat ve konsantrasyon, yönetici işlevler, bellek, dil, görsel-mekansal

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

beceriler, soyut düşünme, hesaplama ve yönelimden oluşan farklı bilişsel boyutları değerlendiren 30 soru ve 8 alt alandan oluşmaktadır. Bu ölçekten alınabilecek puanlar 0-30 arasında değişmekte olup, 20 puan ve altında alanlar demans şüphesi var olarak kabul edildi. Çalışmamızda demans değerlendirilmesinde kullanılan diğer test ise MMSE'dir. Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. MMSE 30 soru ve 5 alt alandan oluşmaktadır. Bu ölçekten alınabilecek puanlar 0-30 arasında değişmekte olup, 25 puan ve altında alanlar demans var olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Versiyon 15.0) istatistik paket programında değerlendirildi. Analizler için Ki-kare testi ve McNemar testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların yaş ortalaması 65.95 ± 7.59 yıl (min: 55, max: 88) olup, 125'i (%36.1) kadın, 221'i (%63,9) ise erkektir. Çalışma grubundakilerin MOCA testinden aldıkları puan ortalaması 19.20 ± 4.32 (min: 6, max: 29), MMSE testinden aldıkları puan ortalaması ise 26.03 ± 3.16 (min: 14, max: 30) olarak bulundu. Bu çalışmada MOCA testi ile demans şüphesi olanların sayısı 211 (%61.0), MMSE testi ile demans şüphesi olanların sayısı ise 133 (%38.4) olarak saptanmıştır. Yaş ilerledikçe demans şüphesi olanların sayısı da artmaktadır ($p < 0.05$). Kadınlarda, evli olmayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, ilkokul ve altı öğrenim düzeyine sahip olanlarda demans şüphesinin anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (her biri için; $p < 0.05$). Çalışma grubunu oluşturan bireylerin aktif olarak kullandıkları el, hekim tanılı herhangi bir kronik hastalık varlığı, kafa travması öyküsü ve alkol tüketimi ile demans şüphesi arasında bir ilişki bulunamamıştır (her biri için; $p > 0.05$). Bu çalışmada demans değerlendirilmesinde referans test olarak MMSE testi kabul edilmiş olup, MOCA testinin MMSE testine göre daha yetersiz kaldığı görülmüştür (McNemar = 0.000).

Tartışma: Demans sıklığı 65 yaşından sonra her 5 yılda bir iki katına çıkmakta ve 95 yaşından sonraki kişilerin yarıya yakını demans problemi ile karşı karşıya kalmaktadır. Demans bir yandan kişilerde ciddi morbidite ve mortaliteye neden olurken diğer yandan da bu hastalara bakan bireylere önemli bir ekonomik ve sosyal yük getirmektedir.

Çalışma grubundakilerin %61.0'i MOCA testi ile demans süpheli olarak saptanırken MMSE testine göre ise %38.4 olarak saptanmıştır. Arslantaş ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada MMSE testi ile demans şüphesi sıklığının %21.0 bulunduğu rapor edilmiştir.

Yaş ilerledikçe kognitif fonksiyonlarda azalma beklenen bir durumdur. Bizim çalışmamızda da yaş arttıkça demans şüphesi olanların sayısının arttığı saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir.

Kadınların erkeklere göre daha uzun süre yaşamaları ve öğrenim düzeylerinin daha düşük olması gibi nedenlerden dolayı kadınlar arasında demans sıklığının daha yüksek olması beklenir. Bu çalışmada da kadınlarda demans şüphesinin erkeklere göre daha fazla olduğu saptandı. Yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir.

Bekar ve dul olanların daha ileri yaşlarda olması, yalnız yaşamaları ve sosyal ilişkilerinin az olması gibi nedenlerle onlarda demans sıklığının daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Çalışmamızda evli olanlar arasında demans şüphesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Medeni durum ile demans sıklığı arasında bir ilişki bulunamadığını bildiren çalışmalar da vardır.

Bu çalışmada sosyal güvencesi olmayanlar arasında demans şüphesi olanların daha fazla olduğu saptanmıştır. Sosyal güvencesi olmayan bireylerin temel sağlık hizmetlerine ulaşmasının zor olması nedeniyle erken tanının gecikmesi bu durumun nedenlerinden biri olabilir. Ito ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da benzer sonuç bildirilmiştir.

Öğrenim düzeyi düşük olanlar arasında demans sıklığının daha yüksek görüldüğü bilinen bir durumdur. Bizim çalışmamızda da ilköğretim ve altı öğrenim düzeyine sahip olanlar arasında demans şüphesi olanların daha fazla olduğu bulunmuştur. Benzer sonuç bildiren çalışmalarda vardır. Yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bu çalışmada demans şüphesi değerlendirmesinde kullanılan MOCA testinin MMSE testine göre yetersiz kaldığı görülmüştür. MOCA testi parametrelerinin toplumumuzun kültürüne çok da uygun olmaması bu duruma neden olmuş olabilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda MOCA testinin orta düzey kognitif bozukluklarının taranması için daha uygun olduğu bildirilmiştir.

Çalışma grubunu oluşturan bireylerin aktif olarak kullandıkları el, hekim tanılı herhangi bir kronik hastalık varlığı, kafa travması öyküsü ve alkol tüketimi ile demans şüphesi arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Sonuç ve Öneriler: Çalışmamızda MOCA testi ile 55 ve üzeri yaş grubu popülasyonda şüpheli demans olgularının fazla olması önemli bir sorundur. Yaşlanma ile birlikte toplumda giderek sıklığı artan demans için erken tanı çalışmalarının yaygınlaştırılması ve şüpheli demans olgularının kesin tanısı ve varsa tedavilerinin sağlanabilmesi için ileri merkezlere yönlendirilmesi yararlı olabilir. Ayrıca bu çalışma ile MOCA testinin MMSE testine kıyasla uygun bir tarama testi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Demans, 55 ve üzeri yaş, MOCA, MMSE

Kaynaklar:

- 1-Green RC. Alzheimer's disease and other dementing disorders in adults. Clinical Neurology, RJ Joynt (Ed), Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers. 1995; 2-3: 16-21.
- 2-WHO technical report series 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf (elde edilmiş tarihi: 20 Eylül 2011).
- 3-Arslantas D, Özbabalık D, Metintas S, Özkan S, Kalyoncu C, Özdemir G, Arslantaş A. Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia. Turkey Journal of Clinical Neuroscience. 2009; 16: 1455-9
- 4-Nasreddine ZS, Philips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MOCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc. 2005; 53: 695-9
- 5- Selekler K, Cangöz B, Uluç S. Power of discrimination of Montreal Cognitive Assessment (MOCA) Scale in Turkish Patients with Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. Turkish Journal of Geriatrics 2010;13(3): 166-171
- 6-By Paige Moorhouse. Screening for Dementia in primary care. www.stacomcommunications.com/customcomm/Back-issue.../adPDFs/.../08.pdf (elde edilmiş tarihi: 25 Eylül 2011).
- 7- Zheng L, Teng EL, Varma R, Mack WJ Mungas D, Lu PH, Chui HC. Chinese-Language Montreal Cognitive Assessment for Cantonese or Mandarin Speakers: Age, Education, and Gender Effects. International Journal of Alzheimer's Disease. 2012 doi:10.1155/2012/204623
- 8- Damian AM, Jacobson SA, Hentz JG, Belden CM, Shill HA, Sabbagh MN, Caviness JN, Adler CH. The Montreal Cognitive Assessment and the Mini-Mental State Examination as Screening Instruments for Cognitive Impairment: Item Analyses and Threshold Scores. Dement Geriatr Cogn Disord. 2011; 31(2): 126-31
- 9-Nazem S, Siderowf AD, Duda JE, Colcher A, Horn SS, Moberg PJ, Wilkinson JR, Hurtig HI, Stern MB, Weintraub D. Montreal cognitive assessment performance in patients with Parkinson's disease with "normal" global cognition according to mini-mental state examination score. J Am Geriatr Soc. 2009 Feb; 57(2): 304-8.
- 10-Ito H, Tachimori H, Miyamoto Y, Morimura Y. Are the care levels of people with dementia correctly assessed for eligibility of the Japanese long-term care insurance. Int. J. Geriatr Psychiatry. 2001; 16(11): 1078-84

BİR EĞİTİM HASTANESİNDE ÇALIŞAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ

Şemsettin Varol, Mustafa Necmi İlhan, Zeyneb Müzeyyen Tunca

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak; çalışanın sağlığının sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi, işten kaynaklı korunulabilir sağlık sorunlarının önlenmesi, mevcut hastalıkların yükünün azaltılması, çalışanın çalışma etkinliğini arttırması, çalışma yaşamının niteliğini arttırması ile sınırlı kalmayıp, aynı zamanda çalışanın sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamını da sağlamaktadır (1). İş Sağlığı ve Güvenliği birbirinden ayrılmaz ve bir bütün içerisinde ele alınması gereken konulardır. Personel maliyetini arttırmamak adına yeterli personel istihdam edilmemesi ve mevcut personelin eğitim eksikliği gibi faktörlerde eklenince kaçınılmaz son olarak büyük kısmı önenebilecek iş kazaları ve meslek hastalıkları meydana gelmektedir. Bu çalışmada çalışan güvenliği konusunda doktor ve hemşirelerin görüşlerinin belirlenmesi, bu konulardaki varsa eksikliklerin ortaya çıkarılması, eksikliği saptanan hususlar için gerekli eğitim, koruyucu ekipman, fiziki mekan ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 2011 yılında gerçekleştirilmiş tanımlayıcı/kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın kapsamını, Ankara ili Etlik semtinde yer alan Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) eğitim hastanesi poliklinikleri ve kliniklerinde çalışan 800 doktor ve 650 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada Evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi'nde hasta bakılmayan birimlerde çalışan hemşire ve doktor sayısı 171, araştırma döneminde sürekli izinli (doğum izni, yurt dışı izin, aylıklı ve aylıksız izin, geçici görev v.s.) olan ve bu nedenle görevde bulunmayan doktor ve hemşire sayısı 360 kişiye ulaşamadığından mesaiye bulunan toplam 919 kişiden 305 doktor ve 447 hemşire olmak üzere toplamda 752'sine ulaşılmıştır. Ankete katılım hızı %80,2'dir. Bağımlı değişken olarak çalışan güvenliği ile ilgili katılımcıların bazı önermeler hakkındaki görüşleri verilmiştir. Bağımsız değişken olarak katılımcıların kişisel özellikleri verilmiştir. (Yaş, Cinsiyet, Meslek, Görevi, Eğitim Düzeyi, Toplam Hizmet Yılı, Bu Hastanede Çalışma Süresi). Ankete ait sosyodemografik özelliklerin yer aldığı kısım ve ankette yer alan 41 sorunun bir kısmı literatür çalışması sonucu oluşturulmuş, diğer kısmı ise; Tütüncü ve Çakır(2), 2009 yılında Filiz (3), 2010 yılında Tansüyer (4) ve Gündoğdu (5) tarafından çalışmalarında kullanılan Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ) tarafından hazırlanan "Hasta Güvenliği Kültürü" anketinin bir bölümünden yararlanılarak oluşturulmuştur. "Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü" başlıklı anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmanın yapıldığı GATA' da anketin uygulanması ile ilgili gerekli yasal izinler alınmış, anket formu bildirilmiş (Ek-3), Etik kurul (Ek-1) ve Araştırma izni (Anket Kurulu ve Yüksek Bilim Konseyi) (Ek-2) ve bu iznin uygulanabileceği birimler belirlenmiştir. Anket yüz yüze görüşme yöntemi ile 29 Temmuz - 31 Ekim 2011 tarihleri arasında uygulanmıştır. Bir anketin uygulama süresi yaklaşık 15 dakikadır. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde olarak verilmiştir. Kategorik değişkenlere ait karşılaştırmalarda ki-kare veya Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgu: Araştırma kapsamında 752 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılanların %35,2'si 30-34 yaş arasında ve %60,8'i kadındır. Çalışmaya katılanların eğitim düzeylerine bakıldığında %45,7'si yüksek lisans ve üzeri eğitim almıştır. Katılımcıların toplam hizmet yılına bakıldığında %35,1'i 6-10 yıl arası toplam hizmet yılı bulunmakta, araştırmaya katılanların bu hastanede çalışma sürelerine bakıldığında %28,6'sı 1-2 yıllık çalışma süresi bulunmaktadır. Araştırmaya katılanların %59,4'ü hemşire, %40,6'sı doktordur. Katılımcıların %39,2'si erkek, %60,8'i kadındır. Araştırmaya katılanların %59,4'ü hemşire, %40,6'sı doktordur. Katılımcıların, çalışanların ve yöneticilerin çalışan güvenliği uygulamalarına ilişkin önermelere katılıp katılmadıkları sorgulanmıştır. "Birimlerde çalışanların güvenliği için gerekli önlemler alınmıştır." önermesine katılımcıların %27,9'u katılıyorum, %18,1'i tamamen katılıyorum şeklinde yanıt vermişlerdir. "Çalışma mekanları çalışanın fiziksel sağlığını gözetecek şekilde düzenlenmiştir." önermesine ise katılımcıların %23,0'ı katılıyorum, %16,9'u tamamen katılıyorum şeklinde yanıt verirken, "Çalışanların yaralanma/ iş kazalarına önlemeye yönelik teknik alt yapı yeterlidir" önermesinde ise grubun %30,1'i katılıyorum, %15,2'si tamamen katılıyorum şeklinde yanıt vermişlerdir. Mesleklerine göre verilen cevaplar incelendiğinde; "Birimlerde çalışanların güvenliği için gerekli önlemler alınmıştır" önermesine yoğun bakım hemşirelerinin %38,3'ü, klinik hemşirelerinin %40,2'si, asistan tabiplerin %53,6'sı, uzman tabiplerin %57,7'si, öğretim üyesi tabiplerin %58,4'ü katılıyorum şeklinde yanıt vermişlerdir. Hemşirelerle doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p > 0,05$). Fark

hemşirelerin hastayla daha uzun süre aynı ortamda bulunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. “Çalışma mekanları çalışanın fiziksel sağlığını gözetecek şekilde düzenlenmiştir” önermesinde katılıyorum şeklindeki yanıtlar yoğun bakım hemşirelerinde %29,8, klinik hemşirelerinde %36,9, asistan tabiplerde %44,2, uzman tabiplerde %53,9, öğretim üyesi tabiplerde %51,4 olarak bulunmuştur. “Çalışanların yaralanma/ iş kazalarına önlemeye yönelik teknik alt yapı yeterlidir” önermesinde yoğun bakım hemşirelerinin %34,8’i, klinik hemşirelerinin %39,8’i, asistan tabiplerin %53,0’ı, uzman tabiplerin %53,8’i, öğretim üyesi tabiplerin %63,9’u katılıyorum cevabını vermişlerdir. Katılımcılar görevlerine göre yönetici ve çalışan olarak sınıflandırıldığına; “Çalışma mekanları çalışanın fiziksel sağlığını gözetecek şekilde düzenlenmiştir” önermesinde ise yöneticilerin %45,1’i, çalışanların %39,4’ü katılıyorum Yanıtını vermişlerdir. “Çalışanların yaralanma/ iş kazalarına önlemeye yönelik teknik alt yapı yeterlidir” önermesinde ise yöneticilerin %67,6’sı, çalışanların %43,0’ı katılıyorum yanıtını verirken, “Birimlerde çalışanların güvenliği için gerekli önlemler alınmıştır” önermesine araştırmaya katılan yöneticilerin %50,7’si, çalışanların %45,5’i katılıyorum şeklinde yanıtlamışlardır. Eğitim durumlarına göre önermelere verilen yanıtları karşılaştığımızda; “Birimlerde çalışanların güvenliği için gerekli önlemler alınmıştır” önermesinde katılıyorum cevabını verenler sağlık meslek lisesi mezunlarında %63,6, ön lisans mezunlarında %34,7, lisans mezunlarında %39,9, yüksek lisans ve üzeri mezunlarda %52,9 bulunmuştur. “Çalışma mekanları çalışanın fiziksel sağlığını gözetecek şekilde düzenlenmiştir” önermesinde sağlık meslek lisesi mezunlarının %18,2’si, ön lisans mezunlarının %29,3’ü, lisans mezunlarının %37,3’ü, yüksek lisans ve üzeri mezunlarının %45,9’u katılıyorum şeklinde yanıt vermişlerdir. “Hastanede hizmet içi eğitimler düzenli yapılır” önermesine araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin %44,0’ı, klinik hemşirelerinin %50,7’si, asistan tabiplerin %48,0’ı, uzman tabiplerin %53,8’i, öğretim üyesi tabiplerin %61,1’i katılıyorum şeklinde yanıt vermişlerdir. “Hastanede hizmet içi eğitimler düzenli yapılır” önermesine araştırmaya katılan yöneticilerin %36,6’sı, çalışanların ise %51,4’ü katılmıyorum veya kararsızım şeklinde yanıt vermişlerdir. Yönetici ve çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır($p>0,05$).

Sonuç ve Öneriler: Dünyada, çalışan güvenliği konusundaki gelişmeler giderek artmaktadır. Bu konuda öncelikle yapılması gereken sağlık çalışanlarında çalışan güvenliği kültürünün oluşturulmasıdır. Güvenlik kültürünün oluşturulmasında ise eğitimler önemli bir rol oynamaktadır. Eğitimlerin sürekliliği sağlanmalı, hizmetteki kalite değerlendirilmeli ve sağlık personelinde bu konuda bilinçlenme düzeyi saptanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Çalışan, Sağlık Çalışanı, Güvenlik, Çalışan Güvenliği.

Kaynaklar:

1. Özlem ÖZKAN*, Oya Nuran EMİROĞLU Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, 10 (3) 43-51
- 2.http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/1_kongre_cilt2.pdf (erişim:06.12.2011).

670

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ACİL SERVİSİNE ZEHİRLENMELER NEDENİYLE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatih Öz, Arif Alper Çevik, Mehmet Enes Gökler, Alaettin Ünsal

Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Harici etkenler sonucu oluşan kişilerin beden ve ruh sağlıklarının bozulmasına ya da ölümüne neden olan durumlar adli olgu olarak tanımlanır. Sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran; her türlü kaza, darp, yaralanma, yanık, zehirlenme, intihar ve cinayet gibi olaylar adli olgu niteliği taşımaktadır. Hastanelerin acil servislerinde adli olgu olarak değerlendirilen olayların önemli bir kısmını zehirlenmeler oluşturmaktadır. Toksine maruziyet; çevresel olarak, kazayla, tedavi sırasında veya kasıtlı olarak gerçekleşebilir. Zehirlenme yolları ve alınan toksik madde erişkinlerde ve çocuklarda farklılık gösterebilmektedir. Çocukluk çağında zehirlenmeler genellikle ev temizlik ürünleri ve ilaçlar ile kaza sonucu olabilirken erişkinlerde zehirlenmeler daha çok bazı ilaçlarla kasıtlı olarak gerçekleşmektedir. Zehirlenmeler ile ilgili bazı epidemiyolojik özelliklerin bilinmesi, konu ile ilgili koruyucu önlemlerin alınmasında yardımcı olacaktır. Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne zehirlenmeler nedeniyle yapılan başvuruların değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, 01 Ocak - 31 Aralık 2011 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne zehirlenmeler nedeniyle yapılan başvuruların geriye dönük olarak değerlendirildiği bir kayıt taramasıdır. Hastane acil servisine 2011 yılı içinde yapılan toplam 55989 başvurudan 1050'si (%1.87) adli olay olarak değerlendirilmiştir. Adli olgulardan 355'ini(%33.8) zehirlenmeler oluşturmaktadır. Zehirlenme nedeniyle başvuranların yaşı, cinsiyeti, başvuru saati, günü, ayı, mevsimi ve aldıkları tanılar değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Acil servis kayıtlarında yer alan zehirlenmelerin sınıflandırılmasında Hastalıkların Uluslar arası Sınıflaması (ICD-10) kullanıldı. Bu çalışmada 01 Aralık - 28 Şubat tarihleri arası kış, 1 Mart - 31 Mayıs tarihleri arası ilkbahar, 01 Haziran - 31 Ağustos tarihleri arası yaz, 01 Eylül - 31 Kasım tarihleri arası ise sonbahar mevsimi olarak kabul edildi. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (version 15.0) İstatistik Paket Programı'nda değerlendirilmiştir. Analizler için Runs testi ve Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların 224'ü (%63.1) kadın, 131'i (%36.9) erkektir. Acil servise başvuranların yaşları 1-91 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 22.87 ± 17.86 yıl idi. Başvuruların 109'u (%30.7) kış aylarında, 98'i (%27.6) ilkbahar aylarında, 82'si (%23.1) yaz aylarında, 66'sı (%18.6) ise sonbahar aylarında yapılmıştır ($p<0.05$). Acil servise yapılan başvuruların 46'sı (%13.0) pazartesi, 55'i (%15.5) Salı, 56'sı (%15.8) Çarşamba, 41'i (%11.1) Perşembe, 41'i (%11.5) Cuma, 52'si (%14.6) Cumartesi, 64'ü (%18.0) ise Pazar günleri yapılmıştır ($p<0.05$). Olguların 109'u (%30.7) 2400-0759 saatleri arasında 112'si (%31.5) 0800-1559 arasında 134'ü (%37.7) ise 1600-2359 saatleri arasında başvurmuştur ($p<0.05$). Başvuruların 32'si (%9.0) kimyasal maddeler ve diğer tanımlanmamış maddeler ile zehirlenme, 186'sı (%52.4) ilaçlarla zehirlenme, 123'ü (%34.6) karbon monoksit zehirlenmesi ve 14'ü (%3.9) ise diğer grubunda yer alan zehirlenmelerdir. Çalışmamızda zehirlenme tipleri ile cinsiyet arasında bir fark bulunmamıştır ($X^2=3.091$; $p<0.05$). Bu çalışmada zehirlenme olgularının 172'si (%48.5) 0-17 yaş grubunda, 110'u (%31.0) 18-34 yaş grubunda, 73'ü (%20.5) ise 35 ve üzeri yaş grubunda idi. Çalışmamızda 0-17 yaş grubunda ve 18-34 yaş grubunda ilaçlarla zehirlenmelerin daha fazla olduğu, 35 ve üzeri yaş grubunda ise daha fazla karbon monoksit zehirlenmelerinin olduğu saptanmıştır ($X^2=32.165$; $p<0.05$). Hafta içi günlerde zehirlenme nedeniyle yapılan başvurulardan %57.3'ü ($n=137$) ilaçlarla zehirlenmeler, hafta sonlarında zehirlenme nedeniyle başvuranların ise %44.0'ı ($n=51$) karbon monoksit zehirlenmeleri idi ($X^2=12.374$; $p<0.05$). Karbon monoksit zehirlenmesi ile ilgili olarak yapılan başvuruların en çok ($n=53$; %48.6) 2400-0759 saatleri arasında olduğu, ilaçlarla zehirlenme olgularının ise en çok ($n=86$; %64.2) 1600-2359 saatleri arasında olduğu saptanmıştır ($X^2=39.596$; $p<0.05$). Kış aylarında karbon monoksit zehirlenmelerinin daha fazla ($n=64$; %58.7) olduğu diğer aylarda ise ilaçlarla zehirlenme olgularının daha fazla olduğu bulunmuştur ($X^2=71.493$; $p<0.05$). Acil servis kayıtlarında ölüm/ölüm bilgisi olmadığı için değerlendirme yapılamamıştır.

Tartışma: Zehirlenmeler acil servislere başvuruların önemli bir kısmını oluşturan, ciddi yaklaşım gerektiren ve tedaviye iyi yanıt veren önemli bir halk sağlığı problemidir. Bu çalışmada zehirlenme olgularının yarısından çoğunun kadın olduğu saptandı. Toplumumuzdaki bazı kısıtlayıcı sosyokültürel faktörlerin veya altta yatan psikiyatrik bozuklukların kadınların üzerinde baskı oluşturarak intihar girişimine neden olması kadınlarda zehirlenmeyi arttırıyor olabilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir. Çalışmamızda kış mevsiminde zehirlenmeler nedeniyle acil servise yapılan başvuruların daha fazla olduğu, sonbahar mevsiminde yapılan başvuruların ise diğer mevsimlere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. Oysa yapılan çeşitli çalışmalarda zehirlenmeler nedeniyle acil servislere yapılan başvuruların daha çok ilkbahar ve yaz mevsimlerinde olduğu rapor edilmektedir. Eskişehir'de kış mevsiminde zehirlenmeler nedeniyle yapılan başvuruların fazla olmasının nedenlerinden biri bu mevsimde soba kullanımının artması sonucu oluşan karbon monoksit zehirlenmelerinin fazla olması olabilir. Çalışma süresince acil servise zehirlenmeler nedeniyle yapılan başvurular en fazla pazar günleri, en az ise perşembe ve cuma günleri olmaktadır. Türkçüer ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise zehirlenmeler nedeniyle acil servise yapılan başvuruların cumartesi ve salı günleri olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada gece saatlerinde yapılan başvuruların gündüz saatlerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Bilge ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da gece saatlerinde acil servise zehirlenme nedeniyle yapılan başvuruların daha fazla olduğu rapor edilmiştir. Akşam saatlerinde bireylerin genellikle evlerinde bulunmaları ve evde bulunan ilaçlara ulaşmanın kolay olması ayrıca karbon monoksit zehirlenmesinin de genellikle insanların uyuduğu saatlerde gerçekleşmesi bu durumun nedenleri arasında yer alabilir. Zehirlenmeler nedeniyle acil servislere yapılan başvuruların en sık nedeni ilaç zehirlenmeleri olduğu

bulunmaktadır. Çalışmamızda da acil servise yapılan başvuru nedenleri arasında en sık ilaç zehirlenmeleri olduğu bulunmuştur. Günümüzde birçok ilacın eczanelerden alınabilmesi için reçeteye ihtiyaç duyulmaması ve analjezik benzeri ilaçların çok sık reçete edilmesi gibi nedenlerle ilaçlara kolay erişilmesi bu durumun nedenleri arasında olabilir. Kadınlar intihar girişimine genellikle ilaç olarak teşebbüs ettiklerinden kadınlarda ilaç zehirlenmelerinin daha sık görülmesi beklenen bir durumdur. Çalışmamızda ise erkekler ile kadınlar arasında zehirlenme tipleri açısından bir fark bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda intihar girişimi sayısının az olması bu duruma neden olmuş olabilir. Oysa yapılan çeşitli çalışmalarda kadınlar arasında ilaç zehirlenmelerinin daha sık görüldüğü rapor edilmektedir. Bu çalışmada zehirlenme olgularının en fazla 0-17 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Bu yaş grubunda en fazla görülen zehirlenme olguları ilaç zehirlenmeleridir. Aynı şekilde 18-34 yaş grubunda da en çok görülen zehirlenme türü ilaçlarla meydana gelen zehirlenmelerdir. Oysa 35 yaş ve üzeri grupta en fazla görülen zehirlenme türü karbon monoksit zehirlenmeleridir. Deniz ve arkadaşlarının yaptıkları bir

çalışmada da zehirlenme olgularının çocuklarda ve gençlerde daha fazla olduğu rapor edilmiştir. Özellikle kış aylarında ısınma nedeniyle soba kullanımının artması ve hafta sonları evlerde geçirilen sürenin fazla olmasına paralel olarak karbon monoksit maruziyet olasılığı da artar. Bunun sonucu olarak da karbon monoksit zehirlenmelerinin hafta sonlarında daha fazla görülmesi beklenen bir durumdur. Bu çalışmada da karbon monoksit zehirlenmelerinin ve diğer grubunda yer alan zehirlenmelerin hafta sonlarında daha fazla olduğu bulunmuştur. Kimyasal maddeler ve diğer tanımlanmamış maddeler ile zehirlenmeler ve ilaç zehirlenmeleri ise hafta içinde daha fazladır. Zehirlenmeler nedeniyle acil servise yapılan başvurular arasında kimyasal maddeler ve diğer tanımlanmamış maddeler ile zehirlenme olgularının en fazla yaz aylarında olduğu, ilaçlarla zehirlenmelerin yarısından fazlası ilkbahar ve yaz aylarında olduğu, karbon monoksit zehirlenmesinin ise en fazla kış aylarında olduğu saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir. Adölesanlar, ailelerinin evlerinde bulunduğu özellikle akşam saatlerinde dikkat çekebilmek için daha çok ilaçlarla intihara teşebbüs ettikleri, karbon monoksit zehirlenmelerinin ise daha geç saatlerde özellikle insanların uyudukları vakitlerde gerçekleştiği bilinmektedir. Çalışmamızda da kimyasal maddeler ile diğer tanımlanmamış maddeler ve ilaçlarla zehirlenmelerin en fazla 1600-2359 saatleri arasında, karbon monoksit zehirlenmelerinin ise en fazla 2400-0759 arasında olduğu bulunmuştur. Deniz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da benzer sonuç rapor edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Çalışmamızda zehirlenmeler nedeniyle acil servise yapılan başvuruların kadınlarda, 0-17 yaş grubunda olanlarda, kış aylarında, Pazar günleri ve akşam saatlerinde daha fazla olduğu bulunmuştur. Başvuruların büyük bir çoğunluğunu ilaç zehirlenmeleri ve karbon monoksit zehirlenmeleri oluşturmaktadır. Gerek ilaç zehirlenmelerinin gerekse karbon monoksit zehirlenmelerinin azaltılması için vatandaşlara doğru ilaç kullanımı ve soba yakılması hususunda bilgi verilmesi ve uyarı yapılması yararlı olabilir. Acil servise zehirlenme nedeniyle yapılan başvurulara daha etkin bir müdahale yapabilmesi için yetkin personel ve ekipmanla desteklenmesi morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır.

Anahtar kelimeler: Adli olgu, zehirlenme, acil servis

Kaynaklar:

- 1-Türkçüer İ, Gözlükaya A, Serinken M, Ozen M, Aydın B. Adli olguların acil servise başvuru zamanları. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2010; 2: 89-92
- 2- Bilge S, Aslan Ş, Katırcı Y, Uzkeser M, Ersunan G, Sarıtaş A. Acil serviste travma dışı adli olguların geriye dönük analizi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2005; 5 (3): 133-7
- 3- Çetin N. G, Beydilli H, Tomruk Ö. Acil servise başvuran intoksikasyon olgularının geriye dönük analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 11 (4): 7-9
- 4-Kıyan S, Özşaraç M, Ersel M, Yürüktümen A, Karahallı E, Özçete E, Çevrim Ö. Akut zehirlenme hastalarının iki yıllık değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2009; 9 (1): 24-30
- 5-Deniz T, Kandış H, Saygun M, Büyükköçak Ü, Ülger H, Karakuş A. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran zehirlenme olgularının analizi. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2009; 11 (2): 15-20

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sare Mihçioğur¹, Ezgi Türkçelik², Nihal Bilgili Aykut¹, Elif Durukan¹, Ayşe Akın¹

¹Başkent Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ²Başkent Üniversitesi Kadın Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM)

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaş arasını “adölesan”, 15-24 yaş arasını ise gençlik dönemi olarak tanımlamaktadır. Bu dönem, üreme sağlığı sorunları başta olmak üzere, madde kullanımı, beslenme bozuklukları, ruhsal sorunlar ve riskli davranışların sıklıkla görüldüğü önemli dönemlerden biridir (1,2). 2007 yılı Adrese Dayalı Nüfus Sayımı’na (ADNS) göre, 74 724 269 olan Türkiye nüfusunun %17,3’ünü 10-19 yaş adölesanlar ve %8,3’ünü de 20-24 yaş gençler olmak üzere yaklaşık dörtte birini 10-24 yaş genç insanlar oluşturmaktadır (3).

Türkiye’de yüksek öğrenim çağındaki 18-21 yaş grubundaki toplam 5 milyon nüfusun yaklaşık 2 milyonu üniversite öğrencisidir. Ülkenin geleceğini şekillendirecek olan bu gençlerin öğrenim görüyor olması her ne kadar olumlu bir durum olsa da bu döneme özgü fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlarının olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Gençlerin psikososyal sorunlarına ve gereksinimlerine uygun biçimde müdahale edilmediği, uygun sağlık hizmetleri sunulmadığı takdirde sağlıkları da olumsuz etkilenmekte, bu durum eğitimlerini tamamlayamamalarına neden olabilmektedir. Ancak gençlerin bu hizmetlere olması gereken düzey ve nitelikte ulaşamadıkları, bu durumun olumsuz sonuçlarını yaşadıkları da bilinen gerçeklerdendir. Üniversitede öğrenim gören gençlerin sağlık hizmeti almalarının en uygun olduğu kuruluşlar ise, Dünyanın pek çok ülkesinde de olduğu gibi Türkiye’de de her üniversitede yasal dayanakla bu amaca yönelik oluşturulmuş olan Mediko Sosyal Merkezleri’dir (4-6).

Üniversitelerin Mediko Sosyal Merkezlerinin (MSM) temel görevi, “Temel Sağlık Hizmetleri” (TSH) yaklaşımı ile öğrencilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklarını geliştirmek, korumak, erken tanı ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini sunmaktır. MSM’leri, sadece başvuran hastalara poliklinik hizmeti sunulan birimler değil, öğrencilerin başarısına, verimliliğine katkı sağlayan sağlığı geliştirici faaliyetlerin, TSH yaklaşımındaki koruyucu sağlık hizmetlerinin, kapsamlı ve nitelikli olarak sunulduğu birimler olmalıdırlar. Öğrencilerin, MSM’lerini sadece hastalık durumunda değil, sağlığı doğrudan etkileyen sigara, alkol, madde kullanımı ve üreme sağlığı/cinsel sağlık ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, beslenme gibi konularda da danışmanlık hizmeti almak amacıyla kullanmalarının sağlanması gerekmektedir (6). Öğrencilerin MSM’ni kullanımı ve başvuru nedenlerinin, danışmanlık hizmeti gereksinimlerinin ve beklentilerinin saptanması amacıyla bu çalışma planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın Amacı: Ankara’da bir üniversitenin bazı öğrencilerinin Medio Sosyal Merkezi’ni kullanımı, başvuru nedenleri, ne tür hizmetleri aldıkları, memnuniyetleri, danışmanlık hizmeti gereksinimleri ve beklentileri saptanarak, sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin planlanmasına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, 02 Ocak – 09 Şubat 2012 tarihleri arasında Ankara’da şehir merkezine 20 km. uzaklıkta bulunan bir üniversitenin kampüsünde gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin MSM’yi kullanımı, başvuru nedenleri, ne tür hizmetleri aldıkları, memnuniyetleri; MSM’yi kullanmıyorlarsa kullanmama nedenleri ve MSM’den beklentilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen **tanımlayıcı tipte bir araştırmadır**.

Araştırmanın evrenini 2011-2012 öğretim yılında öğrenim gören 7921 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmanın tanımlayıcı tipte olması, uygulanma süresinin kısıtlılığı, MSM’ye bir günde başvuran öğrenci sayısı ve kampüs sosyal tesislerinde ulaşılacak öğrenci sayısı dikkate alınarak örneklem alınmamıştır. Anketin uygulandığı 3 gün içinde en az 250 öğrenciye ulaşılmaya hedeflenmiştir.

Araştırmada, 2 değişik “anket formu” kullanılmıştır. Anket formlarının ön denemesi üniversitenin kampüs dışında eğitim veren diğer fakültelerinde okuyan 30 öğrenci üzerinde uygulanmıştır. Anket formları uygulanacağı gruba özgü sorular içermektedir: Her 2 anket formu öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerini ve hastalandıklarında başvurdukları sağlık kuruluşlarını, MSM’den aldıkları sağlık hizmetlerini, memnuniyet durumunu, MSM’yi arkadaşına önerip önermeyeceği, MSM’de çalışan personel ve sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili beklentileri ve önerilerini saptamaya yönelik soruları kapsamaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

“Anket Formu 1”: anketin uygulandığı gün ve/veya son bir yıl içinde MSM’den sağlık hizmeti almış olan öğrencilerin sağlık merkezini kullanımı, kaç kere ve en son ne zaman başvurdukları, başvuru nedenlerinin, aldıkları sağlık hizmetlerinin ve karşılaştıkları sağlık personeli ile ilgili memnuniyet durumlarının, MSM’yi tercih etme nedenlerinin ve beklentilerinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

“Anket Formu 2”: üniversite öğrenimi süresince MSM’den hiçbir şekilde sağlık hizmeti almamış olan öğrencilerin MSM’i kullanmama nedenlerinin, hastalandığında MSM’ye başvurup başvurmayacağını, sağlık hizmetleri ile ilgili beklentilerinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

MSM’den hizmet almak için başvuran 52 öğrenciye ve kampüsün sosyal tesislerinde karşılaşılan ve son bir yıl içinde hizmet almış olduğunu belirten 100 öğrenciye “Anket Formu 1” uygulanmıştır. Ayrıca, MSM’den hiçbir zaman sağlık hizmeti almadığını belirten 100 öğrenciye “Anket Formu 2” uygulanmıştır. Anket formlarının kontrollerinde 4 formun yetersiz doldurulmuş olduğu belirlenerek, değerlendirmeye alınmamıştır. Böylece, araştırmaya katılan öğrenci sayısı 248 olmuştur. Araştırmaya başlamadan önce üniversite rektörlüğünden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılacak öğrencilere araştırma konusunda bilgi verilerek anket formuna isim ve öğrenci numarasının yazılmayacağı, tüm bilgilerin “gizlilik ve mahremiyet” ilkelerine uygun olarak gizli tutulacağı ve araştırma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konularında gerekli açıklamalar yapılarak sözel onayları alınmıştır.

Araştırmanın verileri SPSS for Windows Version 11.5 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sonuçların yorumu, frekans dağılımları incelenerek yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 248 öğrencinin üniversitenin kampüsünde bulunan MSM’yi kullanımı, başvuru nedenleri, memnuniyet durumu ve beklentilerini belirlemek amacıyla yürütülen araştırmanın bulguları dört bölümde (bazı sosyo–demografik özellikler, öğrencilerin MSM’yi kullanım durumu, MSM’den hizmet almamış olan öğrencilerin görüşleri, ankete katılan tüm öğrencilerin MSM hakkındaki görüşleri, beklentileri ve önerileri) değerlendirilmiştir.

Anketi dolduran 248 öğrencinin %64,1’i kadın, %35,9’u erkektir. Yaş ortalamaları $20,84 \pm 2,2$ ’dir. %70,2’si 19 - 22 yaş arasındadır. Öğrencilerin %67,7’si kendi sağlık durumunu “çok sağlıklı/sağlıklıyım” olarak değerlendirmiştir. Sadece %11,7’si hastalandığında ilk olarak MSM’ye başvurduğunu belirtmiştir.

MSM’den hizmet alan öğrencilerin %10,0’u bir kez, %90,0’i ise iki veya daha fazla kez MSM’ye başvurmuşlardır. Öğrencilerin %71,3’ü muayene ve/veya tedavi olmak, sadece %2,0’si cinsel/üreme sağlığı danışmanlık hizmeti almak amacıyla başvurmuştur. %50,7’sine reçete yazılmıştır. Danışmanlık hizmetini ise sadece %13,3’ü almıştır.

Öğrencilerin %27,3’ü MSM’nin hizmetinden memnun kalmamıştır. Hizmetin 24 saat olmadığından akşamları acil durumlarda müdahale yapılamadığını belirtmişlerdir. MSM’yi tercih etme nedenlerinin en önemlisi (%56,7) MSM’nin öğrencilerin okudukları bölüme yakın olmasıdır. MSM’de hekimden hizmet alan öğrencilerin %77,5’i memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %87,3’ü gerektiğinde MSM’ye tekrar gidebileceğini belirtmiştir. MSM’ye tekrar gitmeyeceğini belirten 17 öğrencinin çoğunluğu hizmetleri yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir. %81,3’ü MSM’yi arkadaşına önerebileceğini belirtmiştir.

MSM’ye hiç gitmemiş olan öğrencilerin %13,2’si MSM’nin varlığını ve yerini bilmediklerini belirtmişlerdir. MSM’ye gitmek istemeyen 38 öğrencinin %13,2’si olumsuz duyum aldıklarını, hizmetleri yetersiz bulduklarını, güvenmediklerini belirtmişlerdir. Hastalandığında gitmek isteyen 60 öğrencinin %28,3’ü MSM’nin kampüste olması nedeniyle ve acil durumlarda başvurabilecekleri yer olduğunu belirtmiştir.

Personel sayısını yetersiz bulan öğrencilerin %51,1’i doktor sayısı ve diğer sağlık personelinin sayısının artırılması ve uzman getirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Öğrencilerin %89,5’i sağlık konularında danışmanlık hizmeti istemekte ve en çok danışmanlık hizmeti istenen sağlık konularının %77,9’unu üreme sağlığı, cinsel sağlık, aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, %71,6’sını psikolojik sorunlar, stres yönetimi (%68), %46,4’ünü madde bağımlılığı (sigara, alkol, diğer) oluşturmaktadır. Mevcut personele ek olarak başka bir personelin hizmet sunmasını isteyen öğrencilerin %42,6’sı psikiyatrist ve psikolog istemektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tartışma ve Sonuç: MSM'den sağlık hizmeti alan öğrencilerin %71,3'ü muayene/televi olmak için başvurmuştur. "Üniversite Gençlerinin Cinsel ve Üreme Sağlığı Beş Üniversite Çalışması" ve Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kampüsü Öğrenci Sağlık Merkezi'nde Cinsel ve Üreme Sağlığı Hizmet Modeli Oluşturma Araştırması'nda da öğrencilerin yaklaşık dörtte üçünün MSM'ye muayene/televi olmak için başvurdukları belirlenmiştir (4, 6). Öğrencilerden sadece %2,0'si cinsel/üreme sağlığı hizmeti almak için MSM'ye başvurmuştur. Bunun nedenleri arasında bu danışmanlık hizmetinin MSM'de verilmemesi veya öğrencilerin arkadaşları/çevresi tarafından duyulması endişesi ile bu hizmetleri MSM'den almaya çekinmesi ayrıca, öğrencilerin CS/ÜS danışmanlığının sadece evli kişilere verildiğini düşünmeleri de etken olabilmektedir (7).

Öğrencilerin %13,2'si ise MSM'nin varlığını ve yerini bilmediklerini belirtmişlerdir. Bu durum, MSM'nin tanıtımına daha fazla zaman, emek ve maddi destek ayrılması gerektiğini göstermektedir. Hyun ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada üniversite öğrencilerinin kampüs içindeki öğrenci sağlık merkezi hizmetleri ile ilgili bilgisi olup olmadığına bakılmış ve %74,2'sinin sağlık hizmetlerinden haberi olduğu görülmüştür. Öğrencilerin MSM ve sağlık hizmetleri hakkında nasıl bilgi sahibi oldukları sorgulanmış ve en önemli bilgi kaynaklarının %23,5'inin internet, %19,1'inin tanıtım günleri, %18,9'u tanıtım broşürleri, %14'ü arkadaşları olduğu bulunmuştur (8).

Öğrencilerin %89,5'i sağlık konularında danışmanlık hizmeti istemekte ve en çok danışmanlık hizmeti istenen sağlık konularının %77,9'unu üreme sağlığı, cinsel sağlık, aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar oluşturmaktadır. Genç Dostu Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı Hizmet Modeli ve İlgili Araştırmaların Sonuçları incelendiğinde, öğrencilerin %51,9'u bu konuda uzman (psikolog) ya da doktordan bilgi almayı tercih ettikleri ortaya konmuştur (9).

Öğrencilerin %71,6'sı psikolojik sorunlar, stres yönetimi (%68) konularında danışmanlık hizmeti verilmesini istemekte, mevcut personele ek olarak başka bir personelin hizmet sunmasını isteyen öğrencilerin %42,6'sı psikiyatrist ve psikolog istemektedir. Cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey, üniversiteye başlamakla birlikte gelen sosyal ve fiziksel çevre değişimi öğrencilerin psikiyatrik/ psikolojik destek alma ihtiyacını arttırmaktadır (8).

Öğrencilerin %46,4'ü madde bağımlılığı (sigara, alkol, diğer) konularında danışmanlık hizmeti sunulmasını istemektedir. Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, ağır ve aralıklı ya da aşırı alkol kullanımının %40'lara çıktığı bildirilmiştir. Alkol tüketimi, üniversite öğrencileri arasındaki tüm ölümlerin %25'inden fazlasıyla ilişkilidir ve motorlu araç kazalarından ölümlerin neredeyse yarısından sorumludur (2).

Öneriler: Araştırma sonuçlarına dayalı olarak;

- Öğrencilerin MSM'yi daha çok hasta olduklarında kullanıyor olması, onların kapsamlı sağlık hizmetleri konusunda bilinçlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştür. Bu bağlamda öğrencilerin sağlık bilincinin artırılması, sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla sağlık eğitimi faaliyetlerine önem verilmelidir.
- Mediko Sosyal Merkezi, madde bağımlılığı, beslenme, stres yönetimi, üreme sağlığı, cinsel sağlık, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konularında kampüs içinde belirli aralıklarla eğitim konferansları ve benzer etkinlikler gerçekleştirilmelidir.
- MSM'nin hizmetlerinin öğrencilere tanıtımı amacıyla; broşürler ve afişler hazırlanarak öğrencilerin yoğun bir biçimde bir araya geldikleri kafeterya ve diğer sosyal tesislerde görevbilecekleri yerlere asılması sağlanmalıdır.
- MSM'de çalışan hekim ve hemşire sayısı talep edilen hizmet türleri de göz önüne alınarak artırılmalı ve yurttan kalan öğrencilerin gereksinim duyduklarında mesai saatleri dışında da sağlık hizmetlerine ulaşımının sağlanmasına yönelik hizmet düzenlemeleri yapılmalıdır.
- MSM'nin kullanımını artırıcı önlemler alınmalıdır. Örneğin; yurttan kalan öğrencilerin gereksinim duyduklarında mesai saatleri dışında da sağlık hizmetlerine ulaşımının sağlanmasına yönelik hizmet düzenlemeleri yapılmalıdır.
- Öğrencilerin talepleri göz önüne alınarak MSM'de hizmet veren personele ilaveten bir klinik psikolog ve mümkünse psikiyatristin de hizmet vermesi sağlanmalıdır.
- Üreme sağlığı, cinsel sağlık, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, psikolojik sorunlar, madde bağımlılığı, beslenme, stres yönetimi konularında danışmanlık ve klinik hizmetlerinin MSM'nin hizmetlerine entegrasyonu sağlanmalıdır.

- Sağlık merkezinin ileriye yönelik hizmetlerinin düzenlenmesinin planlanması aşamasında, öğrencilerin de mutlaka katkı ve katılımları sağlanmalıdır. Periyodik olarak öğrencilerin geri bildirimleri ile hizmetlerin değerlendirilmesinin de uygun olacağı düşünülmüştür.

Anahtar kelime: Üniversite Öğrencileri, Mediko Sosyal Merkezi, Sağlık Hizmetleri, Memnuniyet

Kaynaklar:

1. Bertan M. Introduction In Adolescence and Adolescent Reproductive Health. International Children's Center, Meteksan AŞ, Ankara, (2003), 118-123.
2. Ted W, Grace, Health Problems of College Students, Journal of American College Health (1997), 45:6, 243-251.
3. TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2011, TÜİK Matbaası, Ankara, Mart (2012), 1.
4. Akın A., ve ark., "Üniversite Gençlerinin Cinsel ve Üreme Sağlığı Beş Üniversite Çalışması" Özet Rapor, 2006.
5. Akın A., ve ark., "Üniversite Sağlık Merkezleri İkinci Sempozyumu Raporu", Ankara, Aralık 2006.
6. Mıhçıokur S, Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kampüsü Öğrenci Sağlık Merkezi'nde Cinsel ve Üreme Sağlığı Hizmet Modeli Oluşturma Araştırması, 2004, (Yayınlanmamış doktora tezi).
7. Akın A, Özvarış Bahar Ş, "Adolesanların / Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler" Projesi (Özet Rapor), HÜ Halk Sağlığı AD, DSÖ, UNFPA, Ankara, (2004).
8. Hyun K J ve ark, "Graduate Student Mental Health: Needs, Assesment and Utilization of Counseling Services", May/June (2006), vol 47:3, 247-266.
9. Akın A, Genç Dostu Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı Hizmet Modeli ve İlgili Araştırmaların Sonuçları, Hacettepe Üniversitesi, Ankara (2006).

438

BİR HASTANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN EGZERSİZE İLİŞKİN YARAR VE ENGEL ALGILARI

Eda Çimen¹, Güngör Güler²

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Egzersizin bilinen yararlarına rağmen, günümüzde bir çok insan sedanter yaşamaktadır. Dünyada yetişkin nüfusun yarısından fazlasının yeterli fiziksel aktivite yapmadığı ve kadınların daha az aktif oldukları bilinmektedir. Toplumla yakın iletişim halinde olan hemşireler, egzersiz alışkanlığı kazandırmak için bireyleri bilgilendirme, yönlendirme gibi işlevlerinin yanı sıra, onlara rol modeli olma bakımından çok önemli bir pozisyonadırlar. Oysa hemşireler arasında yapılan araştırmalarda hemşirelerin yeterli egzersiz yapmadıkları belirlenmiştir.

Egzersiz yapmayı etkileyen birçok faktör vardır. Sağlık İnanç Modeli bireylerin sağlık davranışlarının altında yatan değerleri ve inançları açıklamaya çalışır. Bu modelin temel bileşenlerinden birisi bireysel algılardır ve bu algılar içinde yer alan yarar ve engel algısı bireylerin koruyucu davranışlara yönelme olasılıklarında önemli belirleyicilerdir. Yarar algısı, engel algısına üstün geldikçe koruyucu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı artarken, engel algısı arttıkça koruyucu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı azalır.

Hemşirelik stresli bir meslektir ve egzersiz stresle baş etmede önemli bir yere sahiptir. Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerini artırmak amacıyla çözüm geliştirmede, egzersize ilişkin yarar ve engel algılarını belirlemek önemlidir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda hemşirelerin yeterince egzersiz yapmadıkları ortaya konmuş, ancak egzersiz davranışlarının altında yatan sağlık inançlarına yönelik çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışma ile hemşirelerin egzersiz davranışlarında önemli bir belirleyici olan yarar ve engel algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın yapıldığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde toplam 620 hemşire çalışmaktadır. GATA sınırları içinde

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

fiziksel aktivite yapmak için fitness, voleybol, jimnastik ve basketbol gibi sporların yapılabildiği bir adet kapalı spor kompleksi ile açık hava yürüyüş parkurları, tenis kortu ve futbol sahası gibi tesisler bulunmaktadır.

Araştırmamızın evrenini GATA’da çalışan toplam 620 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 442 hemşire (evrenin %71’i) çalışma grubunu oluşturmuştur. Araştırmamızın verileri Eylül-Aralık 2009 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak hemşireleri tanıtıcı soru formu ve Egzersiz Yarar/Engel Ölçeği (Exercise Benefits/Barriers Scale) kullanılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.91 bulunmuştur. Ölçeğin Egzersiz Yarar Ölçeği ve Egzersiz Engel Ölçeği olmak üzere iki alt grubu vardır. Ölçekten alınabilecek en az puan 43, en yüksek puan 172’dir. Yarar ölçeğinden alınabilecek en az puan 29 en fazla puan 116, engel ölçeğinden alınabilecek en az puan 14 en fazla puan 56’dır. Ölçeğin bir kesme puanı yoktur. Ölçeğin toplam puanı Egzersiz Yarar/Engel ölçeği puanını verir. Yarar Ölçeği puanı ne kadar yüksek ise birey egzersizin yararına o kadar inanmış, Engel Ölçeği puanı ne kadar yüksek ise egzersiz konusunda algılanan engeller de o kadar fazla demektir.

Araştırma için GATA Etik Kurulundan ve GATA Eğitim Hastanesi Dekanlığından gerekli yazılı izinler alınmıştır. Hastanede çalışan hemşirelere araştırmanın amacı ve yararı açıklanarak sözel izinleri alınmış ve araştırmaya gönüllü katılımları sağlanmıştır.

Hemşirelerin ölçekten aldıkları puanlar arttıkça egzersiz için algıladıkları yarar ve engeller o ölçüde yüksek olarak değerlendirilmiştir. Araştırmamızın bağımsız değişkenleri olan yaş, medeni durum ve çocuk sayısı ile bağımlı değişkeni olan ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Araştırmamızdan elde edilen tüm veriler SPSS (versiyon: 15.0) yazılım programında t testi, ortalama, Varyans Analizi ve Kruskal-Wallis Varyans Analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya alınan hemşirelerin % 56,8’i 22–31 yaşları arasında, % 55,9’u evli, % 47,3’ü çocuk sahibi ve % 49,8’inin bir çocuğu vardır. Hemşirelerin % 54,1’i lisans mezunu, % 34,8’inin çalışma süresi 7-11 yıl arasında, % 71’i klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır. Kronik hastalığı olan hemşirelerin % 17,4 ve hiç egzersiz yapmayanların % 69,2 sıklığında olduğu ortaya çıktı.

Hemşirelerin Egzersiz Yarar/Engel Ölçeğinden (EYEO) aldıkları yarar puan ortalamasının 91,25±13,01, engel puan ortalamasının 29,65±6,60 olduğu belirlendi. Hemşirelerin egzersizin yararlarına ilişkin belirttikleri maddeler arasında “egzersiz kas gücümü artırır”, “egzersiz dayanıklılığımı artırır” ve “egzersiz esnekliğimi artırır” ifadeleri ilk sıralarda yer aldı. Hemşirelerin egzersiz yapmada engel olarak belirttikleri maddeler arasında “egzersiz yapabilmem için çok az yer var”, “egzersiz yerleri çok fazla uzak” ve “egzersizden yorulurum” ifadeleri ilk sıralarda yer aldı.

Hemşirelerin yaş grupları ile EYEO puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada, ilerleyen yaşla birlikte yarar (P=0,960) ve engel algısı (P=0,616) puanlarının da arttığı ortaya çıktı. Bekar hemşirelerin egzersiz yarar algısı puanlarının, evlilere göre daha yüksek olduğu bulundu (P=0,06). Evli hemşirelerin ise egzersiz engel algısı puanları bekarlara göre daha yüksekti ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (P=0,016). Bir çocuğu olan hemşirelerin yarar puan ortalamaları, iki ve daha fazla çocuğu olanlardan daha yüksekti (P=0,640). Üç ve daha fazla çocuğu olan hemşirelerin ise, engel puan ortalamaları diğerlerinden daha yüksekti (P=0,327).

Araştırmamızda ayrıca hemşirelerin ölçek puanları ile egzersiz yapma durumları da karşılaştırıldı. Egzersiz yapan hemşirelerin yarar puan ortalaması egzersiz yapmayanlardan daha yüksek, engel puan ortalaması daha düşüktü. Egzersiz yapan ve yapmayan hemşireler arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, hemşirelerin hem yarar (P=0,005) hem de engel puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu (P=0,039).

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler: Bu araştırmamızda hemşirelerin egzersize ilişkin algıladıkları yararlar ve engeller incelendi. Hemşirelerin algıladıkları yarar ve engeller diğer çalışma sonuçlarından daha fazlaydı (1, 2). Hemşirelerin algıladıkları engellerin de fazla olmasına karşın, algıladıkları yararların daha fazla olması egzersiz yapmaları yönünde olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Bu sonuç, araştırma grubundaki hemşirelerin sağlık personeli olmaları, yarından fazlasının lisans ve lisans üstü eğitim almaları (% 61,8) ve askeri bir hastanede çalışmalarından, kaynaklanabilir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Egzersize ilişkin algılanan yararlar konusunda yapılan araştırmalarda, ilk sıralarda fiziksel yararlarla ilişkin sonuçlar ortaya konmuştur (2, 3, 4). Bu çalışmada da benzer şekilde hemşirelerin egzersize ilişkin ilk sıralarda algıladıkları yararlar fiziksel yararlarla ilgiliydi (“egzersiz kas gücümü artırır”, “egzersiz dayanıklılığımı artırır”, “egzersiz esnekliğimi artırır” gibi). Çalışmamızda hemşirelerin egzersize ilişkin algıladıkları yararların fiziksel performans ve fiziksel yararlar üzerinde yoğunlaşması, çalışma grubundaki hemşirelerin tamamının kadın olması, çoğunluğunun genç yaş grubunda olması ve fiziksel çekiciliğe önem vermeleri ile açıklanabilir.

Bireyin egzersiz yapmasını engelleyen motivasyon eksikliği, zaman yetersizliği, davranışın güç olması, aile ve arkadaşların yetersiz desteği, fiziksel aktiviteden hoşlanmama ve çevre gibi çeşitli faktörler vardır. Bu araştırmanın en dikkat çekici bulgusu, hemşirelerin egzersiz yapmak için engel olarak ilk iki sırada egzersiz yapmak için çok az yer olduğunu ve egzersiz yapma yerlerinin çok fazla uzak olduğunu ileri sürmeleridir. Ortabağ’ın çalışmasında öğrenci hemşirelerin egzersiz yapmak için ilk iki sırada algıladıkları engellerin egzersiz yerlerinin çok fazla uzak olduğu, egzersizin yorucu olduğu belirlenmiştir (2). Oysa diğer araştırmalarda egzersiz yapmak için engelleyici faktörler olarak ilk sıralarda egzersiz yapmanın zor ve yorucu bir iş olduğu ileri sürülmüştür (3, 4). Bu çalışmada bu faktörler daha alt sıralarda belirtilirken, “Egzersiz çok fazla zamanımı alır” engel algısı ifadesi hemşireler tarafından son sıralarda belirtildi. Bu tespit hemşirelerin egzersiz yapmak için istekli olmaları yönünde önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmada hemşirelerin algıladıkları engellerin başında egzersiz yapmak için gerekli yerlerin sayıca azlığı ve bu yerlerin uzak oluşu ve Ortabağ’ın çalışmasında da öğrenci hemşirelerin ilk sırada algıladıkları engelin uzaklık oluşu, her iki çalışma grubundaki bireylerin de askeri ortamda bulunmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, bu çalışmada hemşirelerin egzersiz konusunda algıladıkları yararların fazla olması da bu sonucu etkilemiş olabilir.

Ansari ve Lovell’in yaptığı çalışmada ileri yaş grubundaki kadınlarda egzersiz için algılanan engeller anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (5). Bu çalışmada da ilerleyen yaşla birlikte hemşirelerin egzersiz için algıladıkları yarar (P=0,960) ve engellerin arttığı (P=0,616) ortaya çıktı. Hemşirelerin yaşın artışına bağlı olarak egzersiz için algıladıkları yararların artması, sağlık alanında daha fazla bilgi ve deneyim sahibi olmaları, sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik farkındalıklarının artmış olması ve sağlıklarına daha fazla önem vermeleri ile açıklanabilir. Hemşirelerin algıları yararlar ile birlikte algıladıkları engellerin de fazla olması ise yaş arttıkça çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkması, iş ve aile ile ilgili sorumluluklar ve isteksizlik gibi nedenlerle açıklanabilir.

Araştırmada bekar olan hemşirelerin evlilere göre egzersiz konusunda algıladıkları yararların daha fazla (P=0,06), engellerin daha az (P=0,016) olması evliliğin egzersiz konusundaki inançları olumsuz etkilediğini düşündürülebilir. Bekarların evlilere göre daha fazla boş zamanının olması, daha az sorumluluklarının olması, fiziksel görünümüne daha fazla önem vermeleri, formda kalmak istemeleri ve arkadaşları ile sosyal ortamlarda daha fazla vakit geçirebilmeleri egzersiz konusundaki algı ve davranışlarını olumlu etkiliyor olabilir.

Ansari ve Lovell çalışmalarında çocuk sayısının artmasını egzersiz için engel olarak ortaya koymuşlardır (5). Çalışmamızda benzer şekilde üç ve daha fazla çocuğu olan hemşirelerin algıladıkları engel puanları daha yüksekti. Araştırma grubumuzu kadınların oluşturması, kadınların artan aile sorumlulukları nedeniyle egzersiz yapmak için kendilerine yeterli zaman ayıramamaları, birçok toplumda olduğu gibi Türk toplumunda da ailenin sağlığı ile ilgili konulardan genellikle kadının sorumlu olması ve aile çevresinin egzersizi desteklememesi gibi faktörlerin kadınların engel algılarını etkilediği düşünülmektedir.

Ayrıca bu çalışmada, Sağlık İnanç Modeli’ne uygun şekilde, algıladıkları yararlar algıladıkları engellerden fazla olan hemşirelerin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla egzersiz yaptıkları ortaya çıktı. Çalışmamızda hemşirelerin egzersizin yararına olan inançlarının yanı sıra askeri bir ortamda çalışmalarının ve bir kısmının askeri bir okuldan mezun olmalarının da egzersiz yapma davranışlarını olumlu yönde etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın sonucunda, hemşirelerin yarar ve engel algısı puan ortalamaları bir çok araştırma sonucuna göre daha yüksek bulundu. Hemşireler diğer çalışmalardan farklı olarak egzersiz yapabilecek yerlerin sayıca az olmasını ve bu yerlerin uzak olmasını ilk sıralarda engel olarak algılamaktaydılar. Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin egzersiz davranışlarını geliştirmek için, kolay ulaşılabilecekleri yerlerde, egzersiz yapabilecekleri uygun alanların oluşturulması ve iş yüklerinin azaltılması için gerekli düzenlemelerin yapılması önerilir.

Bu çalışma yalnızca askeri hastanede çalışan hemşirelerin egzersiz konusundaki yarar ve engel algıları ile sınırlıdır, tüm hemşirelere genellenemez. Diğer hastanelerde çalışan hemşirelerin yarar ve engel algılarını ortaya çıkaracak geniş kapsamlı araştırmaların yapılması, bunların sonucunda hemşirelerin egzersiz yapmalarını artırmaya yönelik planlamaların yapılması açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Egzersiz, hemşire, egzersiz yarar engel ölçeği, yarar engel algısı

Kaynaklar:

1. Brown SA. (2005). Measuring perceived benefits and perceived barriers for physical activity, American Journal of Health Behavior, 29 (2), 107-116.
2. Ortabağ T., Ceylan S., Akyüz A., Bebiş H. (2010). The validity and reliability of the Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) for Turkish military nursing students, South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation, 32(2): 55-70.
3. Robbins LB., Skorskii A., Hamel LM., Wu T., Wilbur J. (2009). Gender comparisons of perceived benefits of and barriers to physical activity in middle school youth, Research in Nursing & Health, 32, 163-176.
4. Stroud N., Minahan C., Sabapathy S. (2009). The perceived benefits and barriers to exercise participation in persons with multiple sclerosis, Disability and Rehabilitation, 1-7.
5. Ansari WE., Lovell G. (2009). Barriers to exercise in younger and older non-exercising adult women: a cross sectional study in London, United Kingdom, International Journal of Environmental Research and Public Health, 6(4), 1443-1455.

589

BÖBREK VE HİPERTANSİYON HASTALIKLARINDA KULLANILAN ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN BELİRLENMESİ

Rukuye Aylaz¹, Kevser Işık¹, Gülsüm Yetiş¹, Berna Bayır¹, Ayşe Balat²

¹Malatya İnönü Üniversitesi, ²Gaziantep Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Hipertansiyon, görülme sıklığı yaşla artan toplumsal bir sağlık sorunudur. Erken tanı ile kontrol altına alınabilen, geç kalındığında, iskemik kalp hastalıkları, serebro- vasküler hastalıklar gibi ölümcül seyreden komplikasyonlara ya da organ hasarına yol açan ciddi bir hastalıktır. Hipertansiyon tüm dünyada önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biri olup, önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde önde gelen risk faktörlerindedir. Dolayısıyla hipertansiyonun tedavisi ve önlenmesi önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hipertansiyon tedavisi ülkelerin sağlık giderlerinde önemli bir paya sahiptir. Ülkemizde de kardiyovasküler hastalıkların artmasının bir sonucu olarak, genel sağlık giderleriyle birlikte anti hipertansif ilaç tüketiminde de çok hızlı bir artış izlenmektedir. Böbrek; sıvı, asit-baz ve elektrolit dengesinin düzenlenmesinde hayati rol oynayan organlardan birisidir. Böbrek yetmezliğinde sıvı, asit-baz ve elektrolit dengesi bozuklukları sık karşılaşılan sorunlardır. Kronik Böbrek yetmezliği: Glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı solüt dengesini ayarlama ve metabolik, endokrin fonksiyonlarda kronik, ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir. Akut böbrek yetmezliği glomeruler filtrasyon hızında ani azalma sonucu kan üre ve kreatinin konsantrasyonunun yükseldiği, sıvı-elektrolit dengesinin bozulduğu bir klinik durumdur. Üriner sistem infeksiyonları en sık görülen bakteriyel infeksiyonlar arasında yer almaktadır. Bu tür infeksiyonlarda tanının gecikmesi, sebeplerinin değerlendirilememesi ve tedavinin gereğince yapılamaması ileri nefrolojik sorunlara sebep olabilmektedir.

Alternatif tedavi: Hastalıkların tedavisi veya hastalıklardan korunmak amacıyla çeşitli bitkilerin kullanılması insanlık tarihi ile başlar. Bugün yeryüzünde bulunan bitki türü sayısının 250.000-500.000 arasında olduğu kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kayıtlarına göre dünya nüfusunun büyük bir bölümü (%70-80) tedavi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

veya korunmak amacıyla “geleneksel tıp” tan yararlanılmaktadır. Bu amaçla yararlanan tıbbi bitki türünün 70.000 kadar olduğu tahmin edilmektedir. Tıbbi bitkilerden yararlanarak hastalıkları tedavi etmek daha çok Uzakdoğu ülkelerindeki toplumlarda yaygın olmakla birlikte; son yıllarda batı toplumlarında da tıbbi bitkilerden yararlanma alışkanlıklarının giderek arttığı görülmektedir. Çoğu kez “alternatif tıp” ya da “tamamlayıcı tıp” adı altında yapılan bu uygulamalar, bitkisel tıbbi ürün ticaretinde giderek yükselen bir pazar oluşmasına yol açmıştır. Şifalı bitki tanımı, kokusu, tadı ve/veya tedavi edici özelliklerinden dolayı kullanılan bitki veya bitkinin bir kısmı için kullanılmaktadır. İlaç olarak kullanımı neredeyse insanlık tarihi kadar eskidir. Kuzey Irak’ta bulunan 60.000 yıllık bir Neandertal kazı alanında, yedisi günümüzde bitkisel ilaç olarak kullanılan sekiz bitki türüne ait polenler saptanmıştır. Eski Çin, Mısır ve Asur metinlerinde bitkisel tedavinin ayrıntılarına yer verilmiştir. Hipokrat vücudun dengesini korumak için bitkisel ilaçların kullanımını tavsiye etmiştir. Milattan sonra 1. yüzyılda Yunan hekim Pednios Dioscorides’in yazdığı De Materia Medica günümüze kadar faydalanan bir yazılı bitkisel kaynak olarak gelmiştir. Bu araştırma böbrek ve hipertansiyon hastalarında alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları, çeşitleri ve kullanma nedenlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Malatya il merkezinde bulunan 37 Aile Sağlık Merkezinden (ASM) küme örnekleme yöntemine göre 4 ASM belirlenmiştir. Kesitsel tipte olan bu çalışmanın evrenini 15 Mayıs-15 Haziran 2012 tarihleri arasında, dört ASM’de 1700 birey oluşturmuştur. ASM’lerde kayıtlı olan bireyler, kümelerden de evren oranına paralel olarak basit rastgele örnekleme yöntemiyle, çalışmaya katılmayı kabul eden 305 böbrek ve tansiyon hastası örnekleme alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak ilgili literatür ışığında araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formu kullanılmıştır. Formun içeriği; sosyo demografik bulgulara yönelik 6, böbrek ve tansiyon hastalıkları ile ilgili 7, hastaların alternatif tedavi hakkındaki görüşleri olmak üzere toplam 29 sorudan oluşmaktadır. Verilerin bilgisayar ortamında değerlendirilmesinde; sayı, yüzdeler, ortalama ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 54.01±13.25 (en küçük 19 en büyük 84 yaş) olarak saptandı. Hastaların %33.1’i erkek, %66.9’u kadın, %82.3’ü evli ve %74.4’ü çalışmıyordu. Hastaların %50.5’inin ekonomik durumu orta düzeyde idi. Çalışmaya katılan hastaların % 65.9’u alternatif tedaviye inanıyor, %56.1’i alternatif tedaviyi kullanıyordu. Alternatif tedavi kullananların % 20.0’si bu tedaviden hastalığına şifa bulmayı bekliyordu ve % 51.1’i bitkisel karışımlar kullanıyordu. Bitkisel karışım kullananların %44.9’u şifalı su içerken, %6.2’si kiraz sapını kaynatarak içiyordu. Özellikle idrar yolunda enfeksiyon olanların %4.3’ü kiraz sapını tedavi amaçlı kullanıyordu. Hastaların %52.5’i bitkisel karışımların zararlı olmadığını, %53.4’ü bitkisel karışımların kendilerine iyi geldiğini belirtiyordu. Olguların % 43.6’sı kullandığı yöntem ile ilgili bilgiyi televizyondan, %24.3’ü arkadaşlarından almıştı. Hipertansiyonu olanların %7.2’sinin ilaç haricinde sarımsak, %5.6’sının ise limon suyu kullandıkları belirlendi. Cinsiyet, yaş, medeni durum, idrar yollarında enfeksiyon ve taş düşürme ile alternatif tedaviye inanma arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) fakat cinsiyet ve öğrenim durumuyla alternatif tedaviyi kullanma arasında anlamlı ilişki olduğu ($p<0.05$), kadınların ve okur-yazar olmayanların alternatif tedaviyi daha çok kullandıkları belirlendi.

Tartışma: Bu çalışmada cinsiyet ve öğrenim durumuyla alternatif tedaviyi kullanma arasında önemli ilişki olduğu ($p<0.05$), kadınların ve okur-yazar olmayanların alternatif tedaviyi daha çok kullandıkları belirlendi. Akyürek ve arkadaşlarının (2005) araştırma bulgularına göre düşük eğitim seviyesi ve sosyo-ekonomik durum alternatif tedavi kullanmada etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir. Biçen ve arkadaşlarının, kronik böbrek hastalarında bitkisel ürün kullanımı ile ilgili çalışmasında bitkisel ürün kullanan ve kullanmayan hastalar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi bakımından fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Hastaların %20.0’sinin alternatif tedaviyi hastalığına şifa bulmak için kullandıkları belirlendi. Dedeli’nin (2011) yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi çalışmasında yaşlıların büyük çoğunluğunun bitkisel ürünler ve tamamlayıcı alternatif tedavileri sağlıklı olmak/sağlıklı kalmak için tercih ettiği belirlenmiştir. Hipertansiyonu olanların %7.2’sinin ilaç haricinde sarımsak, %5.6’sının limon suyu kullandıkları belirlendi. Akpınar’ın (2003) yaptığı çalışmada hipertansiyon hastalarının % 86.92’sinin kan basınçlarını düzenlemek için bazı doğal yöntemler kullandıkları, kan basınçlarını düşürmek için yöntem kullanan hastaların %44.27’sinin sarımsak yedikleri, % 42.4’ünün limon suyu, % 23.89’unun zeytin ağacının yaprağını kaynatıp suyunu içtikleri tespit edilmiştir. Hastaların ilaç kullanımı ile birlikte alternatif tedavi kullanmalarını hastaların medikal bakım dışında kalan yöntemleri alternatif olarak değil tamamlayıcı olarak algıladıklarının bir göstergesi olabilir.

Sonuç ve Öneriler: Özellikle hipertansiyonu ve böbrek hastalığı olan hastalar ilaç haricinde alternatif tedaviden yararlanmaktadır. Bitkisel ürünlerin bilinçsiz bir şekilde kullanılmaması hastaların en fazla dikkat etmesi gereken bir durumdur. Hastaların alternatif tedavi hakkındaki bilgileri daha çok TV programları ve arkadaş çevresinden aldıkları dikkate alındığında, kitle iletişim araçlarının halkı yönlendirmede etkin rol alması oldukça önemlidir. Dolayısıyla çeşitli hastalıklarda kullanılan ilaç dışı yöntemlerin mevcut medikal tedavileri etkileme durumları mutlaka araştırılmalı ve hastalar bitkisel ürünlerin kullanımı konusunda bilinçlendirilmelidir.

Anahtar Sözcük: Hipertansiyon, böbrek hastalığı, alternatif ve tamamlayıcı tedavi, sağlık sorunları

Kaynaklar:

1. Akyürek S. ve ark. (2005). Akciğer Kanseri Hastalarda Alternatif Tedavi Kullanımı. Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi:15(2):73-77.
2. Biçen C. ve ark. (2012). Kronik Böbrek Hastalarında Bitkisel Ürün Kullanımı. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi; 21 (2): 136-140
3. Dedeli Ö. Karadakovan A.(2011). Yaşlı Bireylerde İlaç Kullanımı, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi. Spatula DD; 1(1): 23-32
4. Akpınar R.(2003). Kan Basıncını Düşürmek İçin Kullanılan Doğal Yöntemler. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 2,

407

BURDUR'DA ÖĞRETMENLERİN SİGARA İLE İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Cavit Burçin Yapa, Meltem Öztürk, Ahmet Selçuk Kılınc, Müzeyyen Özcan, Ayşe Tapsız, Sevinç Sütlü

Burdur Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Öğretmenler, öğrencilere rol model olması nedeniyle sigara ile mücadelede kilit rol oynamaktadır. İl Tütün Kurullarının uygulayacağı eylem planlarına ışık tutması açısından da öğretmenlerin tutum ve davranışlarının bilinmesi önemli olmaktadır. Çalışmada; Burdur Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okullarda görev yapan öğretmenlerin -idareciler dâhil sigara kullanımıyla ilgili tutum ve davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte planlanan çalışmanın evrenini, Aralık 2011 tarihinde Burdur Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ilk ve ortaöğretim okullarında görev yapan 3.248 öğretmen oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Veriler; okullara Milli Eğitim Müdürlüğü aracılığı ile gönderilen anketlerin doldurulması ile elde edildi ve SPSS 15.0 paket programında analiz edildi. Anketin son hali 10 kişiye uygulanarak ön denemesi yapıldı. Çalışmanın yapılabilmesi için Valilikten izin alındıktan sonra, Milli Eğitim Müdürlüğü'nden öğretmen listeleri elde edildi. Anket, öğretmenlerin sosyodemografik özellikleri ve sigara ile ilgili tutum ve davranışlarının sorgulandığı sorulardan oluşmaktadır. Ankette bunlara ek olarak; sigara içenlerin bağımlılık durumlarının tespitine yönelik Fagerström Testi soruları ve öğretmenlerin tıbbi desteğe ihtiyaçlarının olup olmadığının sorgulandığı bir soru da bulunmaktadır.

Bulgular: Evrenin %85.4'üne(2.777 kişi) ulaşılmıştır. Yaş ortalaması 36.9±8.7 olan öğretmenlerin %57.3'ü erkek, %83.6'sı evli, %4.9'u yüksek lisans mezunu, %60.1'i branş öğretmenidir. Öğretmenlerin %24.6'sı sigara kullanmaktadır ve %12.3'ü kronik bir hastalığa sahip olduğunu bildirmiştir. Sigara içmeyen öğretmenlerin %33.6'sı önceden sigara içtiğini, %17.6'sı sigarayı bıraktıktan sonra tekrar başlamayı düşündüğünü, %88.7'si sigara içenleri sigara içmemesi yönünde uyardığını, hiç sigara içmeyenlerin %4.3'ü sigara içmeye başlamayı düşündüğünü ifade etmiştir. Sigara içenlerin yarıya yakını(%45.6) 15-19 yaş aralığında sigara içmeye başladığını, %45.5'i günde 11-20 , %44.9'u günde 1-10 adet sigara içtiğini, %33.3'ü 21 yıl ve daha uzun süredir içtiğini bildirmiştir. Sigara içenlerden %34.7'si günün ilk sigarasını sabah uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içerisinde içtiğini, %18.4'ü sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içtiğini, %37.0'si sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemenin kendini zorladığını, %49.2'si sabah ilk içilen sigaradan vazgeçmenin daha zor olduğunu, %28.1'i yatmayı gerektirecek kadar hasta olsa bile sigara içeceğini ifade etmektedir. Fagerström testine göre orta derecede bağımlılık oranı %56.0 olarak bulunmuştur. Tütün ve mamullerinin içilmesinin yasak

olduğu yerlerde sigara içiyorsa uyarıldığını bildirenlerin oranı %10.0, cezalandırıldığını bildirenlerin oranı %1.5 , o yeri terk edenlerin oranı %51.0'dir. Sigara içenlerin yaklaşık yarısının (%51) ailelerinde de, en çok eşi(%36.1) olmak üzere sigara içen bir akrabası vardır. Öğretmenlerin %59.6'sı sigara içmesinin aile bütçesini olumsuz etkilediğini, %69.5'i sigarayı bırakmayı başarabileceğini, %57.5'i sigara içmesinde mesleğindeki stresin etkisi olduğunu düşünmektedir. Sigara içen öğretmenlerin %77.2'si daha önce sigarayı bırakmayı düşünmüştür. Öğretmenlerin %55.6'sı öğrencilerin öğretmenleri örnek alarak sigara içebileceğini düşünmektedir. Öğretmenler sigara kullanmaya başlama sebepleri olarak %44.3 çevre ve arkadaş etkisini, %16.1 stresli bir yaşam olayını, %15.3 merak ve özentiği bildirmişlerdir. Sigara içenler, sigara kullanmayı sürdürmedeki en önemli sebep olarak %43.3 keyif alma, %28.7 stres faktörleri olarak bildirmişlerdir. Sigara içenler tarafından sigara kullanmayı bırakmayı düşündüren/düşündürebilecek sebep olarak %84.9 sağlığını korumak bildirilmiştir. Öğretmenlerin %40.5'i sigarayı bırakmak için tıbbi desteğe ihtiyacı olduğunu bildirmiştir. Sigara kullanımı erkeklerde(p=0.000), evli olanlarda(p=0.000) yüksek bulunurken, yaş, sınıf, branş ve idareci olup olmama durumu, ailede sigara kullananın olması, kronik hastalığı olması ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p>0.05).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Her dört öğretmenden biri sigara kullanmaktadır. Türkiye'nin farklı illerinde yapılan çalışmalarda öğretmenlerde sigara içme sıklığı %28.9-44.1 arasında değişmektedir(1,2,3,4). Çalışmamızda, sigara kullananların çoğunda orta derecede bağımlılık söz konusudur. Sigara içen öğretmenlerin yarısından fazlası rol model olarak öğrencilerin olumsuz etkilenebileceğini düşünmektedir. Diğer taraftan ise; öğretmenlerin yarıya yakını kendilerinin rol model olduğunu düşünmemektedir. Bu durum, sigarayla mücadelede bir açmaz olarak karşımızda durmaktadır. Ancak bilinmektedir ki; öğretmenler, rol model olması nedeniyle özellikli bir gruptur(5) ve bu gruba yapılacak müdahalelerin olumlu çıktıları olabilecektir. Öğretmenlerin, tıbbi desteğe ihtiyacı olduğunu bildirmesi de, söz konusu müdahalelerin gerekliliği konusunda cesaretlendiricidir. İl Tütün Kurulları, öğretmenlerin rol model olduğu gerçeğini hatırd tutarak eylem planlarını gözden geçirmeli, öğretmenlere profesyonel tıbbi destek sağlanması yönünde çalışmalar yapmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Öğretmen; Sigara kullanımı; Rol model; Burdur

Kaynaklar:

1.Coşkun F, Karadağ M, Ursavaş A, Ege E. Öğretmenlerin Sigara İçme Alışkanlıkları ve Yeni Yasaya Bakışları. Solunum 2010;12(3): 119-124

2.Fidan F, Sezer M, Demirel R, Kara Z, Ünlü M. Öğretmenlerin Sigara İçme Durumu ve Sigara Yasağı Karşısındaki Tutumları. Toraks Dergisi 2006; 7(3): 196-199

3.Marakoğlu K, Erdem D, Çivi S. Konya'da İlköğretim Okullarındaki Öğretmenler Arasında Sigara İçme Durumu. Toraks Dergisi 2007; 8(1): 37-40

4.Yıldız F, Argun Barış S, Başığit İ, Boyacı H. Kocaeli İl Merkezindeki Okullarda Görev Yapmakta Olan Öğretmenlerde Sigara İçme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Arch Lung 2011;12(1):9-12

5. Aslan D, Bilir N. Tütün ve Tütün Ürünleri ile Mücadele ve Bu Mücadelede Hekimin Rolü. Sted 2006 cilt :15 sayı: 4 s.8-9.

565

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERİN TAMAMLAYICI VE ALTERNETİF TEDAVİLERE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Berrin Bayraklı¹, Aslı Dikenli¹, Gamze Murat¹, Özge Eda Karadağ¹, Hakan Kızılay¹, Fatma Akdoğan²

¹Bülent Ecevit Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Toplumların dini, siyasi, kültürel, sağlık vb. konulardaki görüşleri ülkeden ülkeye, insandan insana farklılık göstermekle beraber yaşam süresindeki artışa bağlı olarak, tedavisi zor, kronik, dejeneratif ve malign hastalıkların görülmesindeki artış, gelişen teknolojinin getirdiği yüksek maliyet, hastaların tedavi hizmetlerine ulaşmasında yaşadıkları zorluklar, hekim ve hemşirelerin sayıca yetersiz olmasından dolayı gereken tedavi ve bakımın verilememesi, modern tedavi yöntemlerine güvensizlik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine olan ilgiyi arttırmıştır. Hastalar tarafından daha uzun ve kaliteli

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yaşama sahip olma, ilaçların yan etkilerini azaltma, bağışıklık sistemini güçlendirme, gerginlikten kurtulma gibi istekler tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımını arttıran nedenlerdir (1,2,3). Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı 2009 verilerine göre; gelişmiş ülkelerden Amerika'da % 42.1, Avustralya'da % 48.2, Fransa'da % 49.3, Kanada'da % 70.4 iken, gelişmekte olan ülkelerden Şili'de %71, Çin'de % 70, Kolombiya'da %40 ve Afrika ülkelerinde % 80 oranındadır (2,4). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2001 verilerine göre insanların % 80'i alternatif tedavi yöntemlerin kullanmaktadır (5). Hasta ve yakınları bu yöntemler konusunda çeşitli yollarla bilgilenmektedir. Günümüzde özellikle internetin yaygınlaşması sonucu bu alanda çok sayıda bilgi veren ve ticari satış yapan bir ağ oluşmuştur. Ancak bu ağlar yoluyla alınan bilgilerin eksik ve/veya yanlış olmasından dolayı hastaların tedavi programlarında aksamalarla veya istenmeyen sonuçlarla karşılaşabilmektedir. Bu nedenle tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin, klinik kullanımında ortaya çıkabilecek yararlı ve zararlı etkilerinin sağlık personeli tarafından kapsamlı bir şekilde bilinmesi gereklidir (6). Örneğin; hemşire ve hekimlerin kullandığı hasta tanılama formlarında Tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin sorular yer almamakta, bu nedenle hastaların bu tedaviyi kullanma durumlarıyla ilgili olarak düzenli veri toplanamamaktadır. Ayrıca tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi kullanıcılarının %62 ile %72'sinin bu yöntemleri kullandıklarını hekimlere iletmedikleri görülmüştür. Hastaların bu konuyu sağlık personellerine bildirmemelerinin en önemli nedenleri; sağlık personellerinin bu konuyu önemsemeyeceklerini, onların işi olmadığını ve bu yöntemi onaylamayacaklarını düşünmeleridir. Ülkemizde yapılan literatür taramasında hemşire ve hekimlerin tamamlayıcı ve alternatif tedavilere ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan yeterli değildir(3). Bu araştırma Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerin tamamlayıcı ve alternatif tedavilere ilişkin bazı görüşlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için 05/01/2012 tarihinde Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden resmi izin alınmıştır. Veriler 15.02.2012 / 15.03.2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın Evreni; 02.02.2012 tarihinden itibaren Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde kadrolu çalışan 315 hekim ve 266 hemşireden oluşmaktadır. Evrenden örneklem seçme yoluna gidilmemiştir. Araştırma kapsamında evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Bu kapsamda hekimlerin % 69.8'ine (n= 220) , hemşirelerin ise %86.4'üne (n=230) ulaşılmıştır. Araştırmanın verilerini toplamak amacıyla, literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacılar tarafından 18 soruluk "Hekim ve Hemşirelerin Tamamlayıcı ve Alternatif tedavilere İlişkin Görüşleri Anketi" formu hazırlanmıştır. Anketin ilk bölümünde; Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerini belirten 11 soruya, ikinci bölümünde ise, tamamlayıcı ve alternatif tedavi hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla 7 (alt başlıkların olan) soruya yer verilmiştir. Hazırlanan veri toplama formunun işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan 10 hemşireye ve hekime ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soruların açık ve anlaşılır olması için üzerinde düzeltmeler yapılmıştır. Veriler hekim ve hemşirelerle yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 15.0 paket programında sayı ve yüzde ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin %64,9'unun kadın, %35,1'inin erkek , % 84,4 ünün 20-35 yaş aralığında olduğu, %54,9'unun evli , %61,6'sının ise çocuklarının olmadığı, hemşirelerin %35,8' inin lisans mezunu olduğu, %36,7' sinin ise klinik hemşiresi olarak görev yaptığı, hekimlerin ise %32,4' ünün asistan dr. olarak görev yaptığı, %23,3' ünün ise uzmanlık alanının dahili tıp bilimleri olduğu ve halen çalışmakta oldukları birimlerin ise %53,1 dahili tıp bilimleri, %40,9 cerrahi tıp bilimleri olduğu belirlenmiştir. Hekim ve hemşirelerin %82,4 ünün meslekteki görev süresi 1-16 yıl arasında olup % 93,3'ü halen çalışmakta olduğu birimde 10 yıl ve altı süredir görev yapmaktadır. Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin % 72'sinin akupressuru hiç duymadıklarını, %80,2'si chiropraktığı,%58,2'sinin ayurvedayı, %63,8' inin homeopatyi, %54,2'sini köpek balığı kıkırdığı yöntemini, %54,4' ünün osteopatyi, %43,1' inin özel diyetleri (gerson diyeti, makrobiyotik diyet vb.), %57,1' inin refleksoloji yöntemini, %48,9' unun reikiyi, %58,0'nın tai-chi yi, %40,9'unun da terapotik dokunmayı hiç duymadıkları tespit edilmiştir.Araştırmaya katılanların %43,3'ü aromaterapinin sadece ismini duyduklarını, %48,9' u biyoenerjiyi , %42,7'sinin feng shui, % 43,1' inin ozon tedavisini, %45,8' inin renklerle tedavi yöntemini, %50,4 ünün Resim/ müzik/ sanat-dans tedavisinin sadece ismini duyduklarını belirtmiş olup hekim ve hemşirelerin %62,2'si bitkiler hakkında genel olarak bilgi sahibi olduklarını, %50'si gevşeme teknikleri/meditasyon/doğa yöntemlerini, %60,9'u hidroterapi/kaplıca,%46,2'si hipnozu, %62,2'si masaj yöntemini, %57.6'sı vitamin kullanma yöntemini, %53.1'i yogayı %56,2 si akupunkturu genel olarak bildiklerini

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan hekim ve hemşireleri; % 56'sı tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının etki ve yararına inandıklarını, %45,3'ü ise alternatif tedavilerin modern tedavinin yerini tutamayacağını ifade etmiştir. Hemşire ve hekimlerin "tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının halk sağlığını tehdit edip etmediğine yönelik görüşleri" değerlendirildiğinde ise % 39,6'sı tamamlayıcı ve alternatif tedavi halk sağlığını tehdit ettiklerini düşündüklerini, %68,9'u tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulayan bazı uygulayıcıların, bu yöntemler aracılığı ile hastaların çaresizliğinden faydalandığı ve bu durumu gelir kaynağı olarak kullandıklarını düşünmektedir. Hekim ve hemşirelerin % 43,6'sı tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının kronik hastalıklarda ve/veya semptom kontrolünde yararlı olacağını düşünmekte %40'ı bu uygulamaların yasalar ve sağlık sigorta sistemi tarafından desteklenmesi gerektiğini düşündüğünü ancak %64,9'u da güvenilirliği ve etkinliği bilimsel araştırmalarla desteklenmemiş tedavilerin kullanılmaması ve yasaklanması gerektiğini ifade etmişlerdir. Hemşire ve hekimler %48,7'si tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının eğitim programlarında ve / veya müfredat programlarında yer almasını istediklerini belirterek %60'ı da tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının modern tıbbı destek olarak ve % 40'7'si çağdaş bilimsel tıbbın çaresiz kaldığı durumlarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanılabileceğini ifade etmiştir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Bülent Ecevit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan hekim ve hemşireler; akupunkturu (%56,2), bitkileri (%60,2), gevşeme teknikleri/meditasyon/duayı (%50,0) hidroterapi /kaplıca (%60,9), hipnozu (%46,2), masajı (%60,2), vitamini (%57,2) genel olarak bildikleri saptanmıştır. Ancak; araştırmamıza katılan hekim ve hemşirelerin akupressur, ayurveda, chiropraktik, homeopati, köpekbalığı kıkırdağı, özel diyetler, refleksoloji, reiki, renklerle tedavi, tai- chi, teropatik dokunma gibi tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini hiç bilmeyenlerin oranı bilenlere göre daha fazladır. Milden ve ark' nın Kaliforniya da hekimlerle yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdaki sonuçları desteklerken (%61'i tamamlayıcı ve alternatif tedavi hakkında hekim ve hemşirelerin kendilerini yeterli olmadıklarını) Hayes ve ark'nın, araştırma sonuçları bizim araştırma sonuçlarımızdan yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda hemşire ve hekimlerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine ilişkin bilgilerinin bu çalışmadan farklı olması ülkemizde bazı (chiropraktik ve tai chi vb.) tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin sıklıkla kullanılmaması ve henüz yasallaşmaması, eğitim müfredatında yer almaması ve sağlık personelinin ilgi duydukları yöntemlerin diğer ülkelerden farklı olmasıyla açıklanabilir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri toplumda yaygın olarak kullanılmakta ve kullanımı her geçen gün artmaktadır. Bu nedenle hekim ve hemşireler giderek daha çok tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanan ve bu yöntemler hakkında sorular soran hastalar ile karşılaşmaktadır. Ayrıca tamamlayıcı ve alternatif tedavi hakkında sınırlı ya da yanlış bilgisi olan hastaların bu yöntemlere yönelmesi, hatalı uygulamalara bağlı meydana gelen yan etkilerde artışlara neden olmaktadır. Bu nedenle toplumu bilinçlendirmek adına hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi alabileceği sağlık çalışanları olarak hekim ve hemşirelerin yöntemler hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Şayet hekim ve hemşireler tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmaz ve toplum eğitimine katkıda bulunamaz ise hastaların her zaman doğru bilgi vermeyen diğer kaynaklara yönelmesi kaçınılmaz olacaktır. Halen çalışan hekim ve hemşirelerin hizmet içi eğitim programları yoluyla tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları konusunda danışmanlık yapabilecek düzeye getirilmesi ve hemşirelik ve tıp eğitim müfredat programında tamamlayıcı ve alternatif tedavi konusunun yer almasının gerekliliği önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hekim ve hemşire, Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi

Kaynaklar:

1. Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8, 2005
2. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik bilimi ve sanatı Dergisi, 3, 2010
3. BAL B. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (İç Hastalıkları Hemşireliği Programları Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2009

4.Ersöz T. Bitkisel Tedaviye Bilimsel Bakış: Doğrular ve Yanlışlar, 2011
5.Sarışen Ö,Çalışkan D. Fitoterapi: Bitkilerle Tedaviye Dikkat 2005,Ankara
6. Akgün İ, Birgi E, Çinkoğlu A, Gög K, Karadeniz D,Bozkaya Ö.Anne Babaların Çocuklarında Uyguladıkları Alternatif Tıp Yöntemleri. DEÜ Tıp Fakültesi Derg

279

DENİZLİ İLİNDE TOPLUM SAĞLIĞI ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ

Aysel Şahin¹, Elif Duman¹, Mehmet Gündoğdu, Mine Solakoğlu Uçar, Metin Bozkır, İbrahim Demirciler, Erdoğan Taş

¹Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi; insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmaların ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir. Tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal refah durumuna erişmek için bir birey veya grup amaç belirlemeli ve gerçekleştirmeli, ihtiyaçları karşılamalı ve çevreyi değiştirmeli veya çevreyle başa çıkmalıdır. Bundan dolayı sağlık, hayatın amacı değil, gündelik yaşam için bir kaynaktır. Birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde, kronik ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde sağlıkla ilgili hedeflere ulaşılabilmesinde sağlığın geliştirilmesi prensiplerinin önemi büyüktür. Bu yüzden TSM çalışanlarının bilgi ve farkındalıklarını arttırmak amacıyla Sağlık Müdürlüğü bünyesinde eğitim programı yapılmasına karar verildi.

Gereç-Yöntem: Denizli ilinde ilk defa TSM çalışanlarına yönelik olarak Sağlığın Geliştirilmesi hakkında eğitim verilmesi kararlaştırıldı Eğitim verilmeden önce anket uygulaması ile TSM çalışanlarının mevcut bilgi düzeyi belirlenerek eğitim içeriğine yön verildi. Anketler Denizli İlinde Eylül-Ekim 2011 aylarında, gerekli izinler alındıktan sonra Sağlık Müdürlüğü eğitim salonunda 101 (%34) Toplum Sağlığı Merkezi çalışanına uygulandı.

Eğitim içeriğinde sağlığı geliştirme kavramı, sağlıklı kamu politikaları oluşturma, destekleyici çevreler oluşturma, toplum etkinliklerini güçlendirme, kişisel becerileri geliştirme ve sağlık hizmetlerini yeniden düzenleme konu başlıkları işlenerek probleme dayalı öğrenme tekniği kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan Toplum Sağlığı çalışanlarının yaş ortalaması 33± 4,7 (min=21 ile maks=50) olup, %69,3 (70 kişi)'ü kadın olarak tespit edildi. Katılımcıların 55(%54,5)'i ebe, 9(%8,9)'u hemşire, 8(%7,9)'i doktor, 18(%17,9)'i çevre sağlığı teknisyeni, 11(%10,9)'i sağlık memurudur.

Ankete katılan personelin tamamı (%100)'u sağlığın geliştirilmesi ile ilgili daha önce eğitim almadığını belirtti. Katılımcılar arasında sağlığın geliştirilmesi kavramının doğru tanımı 48(%63.3) kişi tarafından cevaplandı. Hangisi Alma-Ata bildirgesi ilkelerinden değildir? sorusunu 11(%10.9) kişi doğru olarak cevapladı. Hangisi birincil koruma önlemleri içerisinde yer almaz? sorusuna doğru cevap veren kişi sayısı 5(%4,9) olarak saptandı. Davranış değişim aşamaları ile ilgili soruya 76(%75,2), sosyal öğrenme modeli ile ilgili soruya ise 22(%21,8) kişi doğru yanıt verdi. Hangisi sağlığı geliştiren müdahaleler için değerlendirmede en az önemlidir? sorusunu 15(%14.8) kişi, hangisi sektörler arası işbirliğinde çalışmayı güçlendiren faaliyetlerden değildir? sorusunu 35(%34.6) kişi doğru cevapladı. Besin sanayisinde şeker, tuz, yağ kullanım oranlarının azaltılmasını sağlamak hangi çevre müdahalesidir? sorusuna 31(%30,7) sağlık çalışanı doğru cevap verdi.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Sağlığın geliştirilmesi kavramı gündeme yeni gelmekle birlikte sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışma bulunmamaktadır. Elde ettiğimiz sonuçlara göre TSM çalışanlarının Sağlığı geliştirme ile ilgili bilgi düzeylerinin az olduğu görülmektedir. Toplum Sağlığı Merkezleri , toplumun sağlığını geliştirme ve korumayı ön plana almasından dolayı sağlık sistemimizin vazgeçilmez ve en temel unsurlarıdır. Bu bağlamda sağlığı geliştirmedeki amaç , doğru sağlık davranışlarının geniş halk kitlelerine ulaştırılması olduğuna göre kilit rol oynayan sağlık ekibinde bilgi düzeyinin artırılmasına yönelik girişimlere öncelik verilmesi şarttır.

Anahtar Kelimeler: Bilgi Düzeyi, Denizli, Sağlık Personeli, Sağlığın Geliştirilmesi

578

DENİZLİ İLİNDE SON 1 YIL İÇİNDE HASTANE ACİLLERİNE BAŞVURAN İNTİHAR GİRİŞİMİ VAKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mine Solakoğlu Uçar, İbrahim Demirciler, Erdoğan Taş

Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş-Amaç: Her yıl tüm dünyada yaklaşık bir milyon kişi intihar nedeniyle ölmektedir. CDC'nin (Centers for Disease Control and Prevention) 2003 yılı verilerine göre 10–64 yaş grubunda ilk on ölüm sebebi arasında intihar bulunmaktadır. İntihar girişimleri ise çok daha fazla sayıdadır ve gün geçtikçe sayısı artmaktadır. Araştırmanın amacı, son bir yıl içerisinde Denizli İlinde gerçekleşen ve hastaneye başvuran intihar girişimi vakalarını değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmaya 01.01.2011-31.12.2011 tarihleri arasında Denizli'de bulunan tüm devlet ve özel hastanelerin acil servislerine intihar girişimi nedeniyle başvuran tüm vakalar dahil edildi. Veri toplamada vakalar için tutulan kayıt formları, hastanelerin acil servislerinde kullanılan 'Acil Servis Ünitesi İntihar Girişimi Kayıt Formu' kullanıldı. Veriler SPSS paket programı kullanılarak değerlendirildi ve yüzde dağılımları olarak sunuldu.

Bulgular: Denizli ilinde bulunan hastanelere son bir yıl içinde toplam 1341 tane intihar girişimi vaka başvurusu oldu. Vakalarının %74.6'sı kadın, % 57.7'si 15-24 yaş grubunda, %45,9'u bekar, %50.7'si ilköğretim mezunu ve % 69,6.'sı çalışmıyordu. İntihar girişimi şekli incelendiğinde en çok kullanılan yöntem % 96,9 ilaç ve toksik madde ile kendini zehirlemeydi. Diğer intihar girişimi şekilleri ise kesici aletle, ateşli silahla, kendini asma, suya atlama gibi yöntemlerdi. İntihar girişimi nedenlerinin başında ruhsal hastalık ve aile geçimsizliği gelmekteydi. İntihar girişiminde bulunanların %16.3'ünün birden fazla kez intihar girişiminde bulunduğu ve % 4.7'sinin ailelerinde de intihar girişimi olduğu saptandı. İntihar girişiminde bulunanların % %26.9' unda son altı ay içerisinde psikiyatrik tedavi uygulandığı belirlendi.

Sonuç: Araştırmamızda hastaneye başvuran intihar girişimi vakalarının daha çok kadın ve genç yaş grubunda olduğu saptandı. Daha önceden var olan ruhsal hastalık en önemli neden olarak bulundu. Araştırmamızda vakalar arasında tekrarlayan girişimler ve psikiyatrik tedavi almış olanlar bulunmaktaydı. İntihar vakalarının daha detaylı muayene edilmesi ve mutlaka psikiyatrik takibe alınması, takiplerinin düzenli yapılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İntihar girişimi, hastane, acil, Denizli

555

DERİ KANSERİNDEN KORUNMAYA YÖNELİK BİLGİLENDİRME ÇALIŞMASININ ADÖLESANLARDA KENDİ KENDİNE DERİ MUAYENESİ YAPMA DAVRANIŞINA ETKİSİ

Özüm Erkin Balyacı¹, Nazan Koştu², Ayla Bayık Temel¹

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ²Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksek Okulu, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağı ve adölesan dönemde aşırı güneş ışığına maruz kalma ve bu dönemde oluşan güneş yanıkları, yetişkin döneminde deri kanseri gelişme riskini anlamlı şekilde artırmaktadır (Walker 2012; Emmons, Geller, Viswanath et al. 2008; Saridi ve ark. 2009). Türkiye'de genel popülasyonda deri kanseri insidansı %0.8 dir. Erkeklerde insidans %0.6, mortalite oranı %0.4, kadınlarda insidans %1.0, mortalite oranı %0.7'dir (Globocan 2008). Deri kanseri erken saptanırsa, tedavisi kolaydır. Bu nedenle erken teşhis ve tedavi kişisel deri muayenesi ile daha da önem kazanmaktadır (<http://www.skincancer.org>). Okul çağı dönemindeki çocuk ve adölesanlar okulda eğitim açısından kolay ulaşılabilir bir konumdadırlar. Bu durum okul sağlığı hemşiresi tarafından fırsata dönüştürülebilir ve koruyucu sağlık hizmetleri açısından önemli bir uygulama olabilir. Bu araştırmada, deri kanserinden korunmaya yönelik bilgilendirme çalışmasının adölesanlarda kendi kendine deri muayenesi (KKDM) yapma davranışına etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Yarı deneysel, tek grup ön test son test düzeninde müdahale araştırmasıdır. Şubat-Nisan 2012’de Bornova-İzmir’deki **Hilal Necmiye Hüsnü Ataberk İlköğretim Okulu**’nda yürütülmüştür. İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü, Hemşirelik Yüksekokulu etik kurulu ve öğrenci velilerinden gerekli izinler alınmıştır. Evreni, bir ilköğretim okulunda öğrenim gören (n:302), 6.7.8. sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiştir. Gönüllü 214 öğrenci araştırmaya katılmıştır. Veri toplama süreci üç aşamada gerçekleştirilmiştir. I.Aşama; demografik özellikler, deri kanseri risk durumu, deri kanseri bilgi düzeyleri (riskler, belirtiler) ve davranış düzeylerini belirlemeye yönelik ön değerlendirmeden oluşmuştur. II.Aşamada; teoriler üstü modele dayandırılan KKDM eğitimi yürütülmüştür. III. Aşamada eğitim etkinliğini değerlendirmek üzere adölesanlar üç kez (eğitim programından sonra 15.günde,1.ayın sonunda, 2.ayın sonunda) izlenmiştir. İzlem verileri e-mail ile KKDM yapma davranış aşamaları sorgulanarak değerlendirilmiştir. Veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen; adölesanların demografik özelliklerini (3 soru) ve deri kanserine yönelik risk durumlarını (6 soru), adölesanların deri kanseri risklerini (8 soru), belirtilerini (12 soru) ve KKDM hakkındaki bilgilerini (4 soru) belirlemeye yönelik form kullanılmıştır. Adölesanlara deri kanseri ve KKDM yönelik düzenlenen eğitim için (30 dakika-powerpoint sunu) Amerika’da bulunan “Deri Kanseri Vakfından” (The Skin Cancer Foundation-<http://www.skincancer.org>) izin alınmış ve geliştirdikleri eğitim broşüründen yararlanılmıştır. Ayrıca eğitimde, “Dear 16 Year Old Me-Sevgili 16 Yaşındaki Halim” video filminin (5 dakikalık bir film) Türkçe altyazılı versiyonu kurumdan izin alınarak adölesanlara izletilmiştir (www.dcmf.ca). KKDM; Deri Kanseri Vakfı (<http://skincancer.org>) tarafından geliştirilmiş, sekiz adımdan oluşan, bireylerin kendilerinin kolayca uygulayabileceği basit bir deri muayenesidir. Türkçe dil uyarlaması için kurum izni alınmıştır. 30 öğrenci ile pilot çalışması yürütülen ve dokuz uzmandan görüş alınan formun kapsam geçerliliği (0.98) sağlanmıştır. Araştırmacılar kendi kendine deri muayenesinin nasıl yapılacağını demonstrasyon tekniğiyle bilgilendirme sırasında uygulamışlardır. Sınıflara ve ortak kullanım alanlarına afişler, broşürler asılmıştır. Bilgilendirme sonunda adölesanlara beden haritası-muayene programını içeren, KKDM sonrası üzerine kolayca işaretleme yapabilecekleri postitler dağıtılmıştır. Beden haritası bireyin baştan ayağa beden resminin bulunduğu ve muayene yaptıktan sonra “ben, çil ya da deride olağandışı bir değişimi” asimetri, sınır düzensizliği, renk, boyut özellikleri açısından kaydettiği bir araçtır. Adölesanlara aylık olarak KKDM uygulama davranış aşamasını bildirmeleri için e-mail adresi verilmiştir. Ayrıca her türlü sorularını yazabilecekleri konusunda açıklama yapılmıştır. Veriler SPSS 16.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, adölesanların demografik değişkenlerinin sayı ve yüzde dağılımları ile bilgilendirme öncesi ve sonrası adölesanın kendi içindeki farkını belirlemek üzere paired samples t-test kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ alınmıştır. Bu çalışmanın İzmir’de tek bir okulda yapılması, izlem verilerinin mail yoluyla toplanması ve çalışma verilerinin bireylerin öz-bildirimine dayalı olarak toplanması araştırmanın başlıca sınırlılıkları arasındadır.

Bulgular: Araştırmaya katılım oranı %70.8 (n:214)’dir. Adölesanların %50.5’i erkek olup, %58.4’ü 13 yaşındadır. Adölesanların %29.4’ünün doğal saç rengi koyu kahverengi, %37.9’unun göz rengi ela, %29.4’ünün ten rengi beyaz, %47.2’sinin vücudundaki ben sayısı 10’dan azdır. Adölesanların %35,5’i uzun süre güneşte kaldığında derisinin nadiren yandığını, %51,9’u yüzünün güneşe normal tepki verdiğini, %40,2’si cildinin bazen bronzlaştığını, %42,1’i bronzlaşmanın cildine orta derecede etkilediğini belirtmiştir. Adölesanların deri kanseri hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde; deri kanseri risklerini attıran faktörler bilgi düzeyi ön test puan ortalaması 4.19 ± 1.96 , son test puan ortalaması 6.79 ± 1.67 (min:0, max:8)’dir. Deri kanseri belirtileri bilgi düzeyi ön test puan ortalaması 7.45 ± 3.76 , son test puan ortalaması ise 10.69 ± 2.60 (min:0, max: 12)’dir. Adölesanların deri kanseri risklerini arttıran faktörler ile deri kanseri belirtileri bilgi düzeyleri sorgulandığında bilgilendirme öncesi ve sonrası puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Adölesanların “kendi kendine deri muayenesini kimler yapmalı?” sorusuna “herkes” seçeneği ile doğru cevap verenler bilgilendirme öncesi %48,6 iken, bilgilendirme sonrasında %92,1’e yükselmiştir. Kendi kendine deri muayenesinin “her ay” yapılması gerektiğine ilişkin doğru cevap verenler bilgilendirme öncesi %43,0 iken, bilgilendirme sonrası %75,7’ye yükselmiştir. Adölesanların çoğunluğu (%95,3) bilgilendirme öncesinde kendi kendine deri muayenesi yapmadığını ifade etmiş olup, bilgilendirme sonrası kendi kendine deri muayenesi yapmayanlar %29,4’e düşmüştür. Adölesanlar bilgilendirme öncesi kendi kendine deri muayenesini yapmama nedeni olarak “bilmiyorum” (%80,8) cevabı vermiş olup, bilgilendirme sonrası bilmiyorum cevabı verenler %31,3’e düşmüştür. Kendi kendine deri muayenesi yapma davranışı değişim aşamaları değerlendirildiğinde; bilgilendirme öncesi “Düzenli olarak her ay KKDM yapmıyorum ve gelecek 6 ay boyunca başlamayı düşünmüyorum” %52.8 iken, bilgilendirme sonrası (15.gün) %35,5’e, 1.ayda izleminde %7,5’e, 2. ay izleminde ise %4,7’ye düşmüştür. Bilgilendirme öncesi; “Aylık olarak KKDM yapmıyorum, gelecek 6 ay içinde yapmayı düşünüyorum” %18.7 iken, bilgilendirme sonrası (15.gün) %24,3’e, 1.ayda izleminde %28,0’a yükselmiştir. 2. ay izleminde ise %22,4’e düşmüştür. Bilgilendirme öncesi; “Her ay KKDM yapmıyorum, ancak en erken önümüzdeki aydan itibaren yapmayı düşünüyorum” %20.1 iken, bilgilendirme sonrası (15.gün) %18,7’ye

düşmüştür. 1.ayda izleminde %32,7'ye, 2. ay izleminde ise %34,1'e yükselmiştir. Bilgilendirme öncesi; "6 aydan daha az bir süredir her ay KKDM yapan" %4.7 iken, bilgilendirme sonrası (15.gün) %14,0'a, 1.ayda izleminde %28,5'e, 2. ay izleminde ise %36,0'a yükselmiştir. Bilgilendirme öncesi; "6 aydan daha uzun bir süredir her ay KKDM yapıyorum" %3,7 iken, bilgilendirme sonrası (15.gün) %7,5'e yükselmiştir. 1.ayda izleminde %3,3'e, 2. ay izleminde ise %2,8'e düşmüştür.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Araştırmaya katılan adölesanların dörtte birinden fazlası koyu kahverengi saçlı, ela gözlü ve beyaz tenlidir. Adölesanların yaklaşık olarak yarısı vücudunda "10'dan az" sayıda beni olduğunu bildirmiştir. Literatüre göre; bireyin açık saç rengi, renkli göz ve açık ten rengine sahip olma, vücudunda çok sayıda ben bulunması, deri kanserine yakalanmasında kolaylaştırıcı rol oynadığı bildirilmektedir (Baum, Cohen 1998; Cokkinides, Weinstock, O'Connell et al. 2002, Emmons, Geller, Viswanath et al. 2008; Saridi ve ark. 2009). Çalışma bulgularımız Uysal ve arkadaşlarının (2004) İzmir'de 12-15 yaş grubu öğrencilerle yürüttükleri çalışma ile paralellik göstermekte olup, deri kanserine yakalanma riski açısından küçük de olsa bir grup öğrenci bulunmaktadır.

Adölesanların dörtte birinden fazlası uzun süre güneşte kaldığında derisinin nadiren yandığını, yarısı yüzünün güneşe normal tepki verdiğini belirtmiştir. Öğrencilerin yaklaşık olarak yarısı cildinin bazen bronzlaştığını ve bronzlaşmanın cildini orta derecede etkilediğini belirtmiştir. Araştırmalara göre, çocukluk çağında bir defa da olsa su toplayan güneş yanığı öyküsü ve uzun süre güneşe maruz kalmak, deri kanserine yakalanma riskini arttırmaktadır (Baum, Cohen 1998; Lowe, McDermott, Stanton et al. 2002; Maguire-Eise, Rothman, Demierre 2005). Çocuk ve adölesanların yetişkinlere göre dışarıda daha fazla zaman geçirmeleri, gençler arasında özellikle genç kızlarda bronz tenin moda olması ve yapay UV kaynaklarının kullanılması riski artırdığından, bu yaşlarda koruyucu önlemlerin gerekliliğine dikkat çekilmelidir (Maguire-Eise, Rothman, Demierre 2005; Cokkinides, Weinstock, O'Connell et al. 2002). Çalışmamızdaki, özellikle cilt tipi açısından risk altında olan adölesanların güneşin zararlı etkilerinden korunmaya yönelik önlemler konusunda bilinçlendirilmelerinin önemli olduğu söylenebilir.

Adölesanların deri kanseri riskini artıran faktörler ve deri kanseri belirtilerine ilişkin bilgi düzeyleri bilgilendirme çalışması öncesinde düşük iken, sonrasında yükselmiştir. Deri kanseri konusunda düzenlenen bu tür çalışmaların öğrencilerde farkındalık yaratmak ve bilinç geliştirmek için önemli rol oynadığı söylenebilir. Erken dönemde bilgilendirilen bu adölesan grubun böylece deri kanserinden korunmaya yönelik önlemler almaya başlayabilecekleri düşünülebilir.

Adölesanların neredeyse tamamı bilgilendirme öncesi kendi kendine deri muayenesi yapmazken, bilgilendirme sonrası yaklaşık olarak dörtte biri kendi kendine deri muayenesi yaptığını bildirmiştir. Adölesanların çoğunluğu bilgilendirme öncesi "bilmediği" için kendi kendine deri muayenesi yapmadığını belirtmiştir. Bilgilendirme sonrasında kendi kendine deri muayenesi yapmayı "bilmediği"ni ifade eden adölesan sayısı azalmıştır. Bulgular bilgilendirme çalışmasının etkili olduğunu ve istedik davranışa dönüştüğünü göstermektedir.

Teorilerüstü modele göre öğrencilerin kendi kendine deri muayenesi yapma davranışı değişim aşamaları incelendiğinde; bilgilendirme öncesinde, "Düzenli olarak her ay KKDM yapmıyorum ve gelecek 6 ay boyunca başlamayı düşünmüyorum" cevabı verenler fazla iken, bilgilendirme sonrası azalmıştır. Ayrıca bilgilendirme sonrası "Aylık olarak KKDM yapmıyorum, gelecek 6 ay içinde yapmayı düşünüyorum" cevabı verenler artış göstermiştir. Bu bulgu sevindiricidir ve teorilerüstü modele göre öğrencilerin davranışlarının değişiminde ilerleme gösterdiklerini kanıtlamaktadır. Benzer şekilde Kristja'nsson ve arkadaşlarının (2003) teorilerüstü modele dayandırarak yapmış oldukları çalışmada da adölesanların güneşten korunmaya yönelik davranışları düşünmeme aşamasından düşünme aşamasına doğru bir ilerleme göstermiş ve adölesanların bilinç düzeyinin arttığı bulunmuştur (Kristja'nsson et al. 2003). Bu çalışma öğrencilere kendi kendine deri muayenesini nasıl yapacakları ve deri kanserinin önemi öğretildiğinde sağlık davranışlarının olumlu yönde değiştiğini ve erken dönemde yapılan bilgilendirme çalışmalarının önemli olduğunu göstermektedir. Hemşireler çalıştıkları her yerde risk grubu olarak adölesanlara bilgi sağlama, farkındalık geliştirme ve tekrarlanan hatırlatmalarla deri kanserinden korunmaya yönelik kendi kendine deri muayenesi yapma ile ilgili davranış değişimlerini gerçekleştirebilirler. Hemşireler, bu çalışmada kullanılan araştırma yöntemlerinden yararlanarak etkili sağlık eğitimi programları yürütebilirler.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, deri kanseri, kendi kendine deri muayenesi

Kaynaklar:

1. Baum A., Cohen L. (1998) Successful behavioral interventions to prevent cancer: The example of skin cancer. Annual Review of Public Health, 19: 318-333.
2. Cokkinides V.E., Weinstock M.A., O'Connell M.C., Thun M.J. (2002) Use of Indoor Tanning Sunlamps by US Youth, Age 11-18 Years, and by Their Parent or Guardian Caregivers: Prevalence and Correlates. Pediatrics, 109(6): 1124-1130.
3. Emmons K.M., Geller A.C., Viswanath V. et al. (2008) The SunWise Policy Intervention for School-Based Sun Protection: APilot Study. JOSN, 24 (4): 215-221.
4. Kristja'nsson S. and et al. (2003). You and Your Skin: a short-duration presentation of skin cancer prevention for teenagers. Health Education Research Theory & Practice, 18 (1): 88-97.
5. Lowe J.B., McDermott L.J., Stanton W.R., et al. (2002) Behavior of Caregivers to Protect Their Infants from Exposure to The Sun in Queensland, Australia. Health Education Research, 17(4): 405-414.
6. Maguire-Eisen M., Rothman K., Demierre M.F. (2005) The ABCs of Sun Protection for Children. Dermatology Nursing, 17(6): 419-433.
7. Saridi M, Pappa V, Kyriazis I, Toska A, Giolis A, Liachapoulou A, Skliros E, Birbas K. 2009. Knowledge and attitudes to sun exposure among adolescents in Korinthos, Greece. Rural Remote Health, 9(4):1162.
8. Uysal A., Altuğ Özsoy S., Ergül Ş. (2004) Öğrencilerin Cilt Kanseri Risklerinin ve Güneş Işınlarından Korunmaya Yönelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi, 43 (2): 95-99.
9. Step by step self examination. <http://www.skincancer.org/skin-cancer-information/early-detection/step-by-step-self-examination>
10. David Cornfield Melenoma Fund, www.dcmf.ca. Dear 16 Year Old Me film.

716

ERGEN YAŞ GRUBUNDA İNTERNET BAĞIMLILIĞI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Ayşe Burcu Akbulut, Gülay Yılmazel

Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu /Çorum

Giriş ve Amaç: İnternet, günümüzde okul, iş ve toplum yaşamında sıkça kullanılan, önemli bir iletişim ve bilgi paylaşım aracıdır. İnternetin akademik kullanımı öncelikle öğrenim ve araştırma için tasarlanmış olsa da, öğrenci hayatının önemli bir parçası haline gelmiştir (1- 2).

Rekreasyon aktivite düzeyinin ötesinde ilerleyen bilgisayar ve internet, ergenlerin yaşamlarında önemli etkiler bırakır hale gelmektedir. Son yıllarda okullarda ve genel toplumda internetin kullanımı dramatik bir şekilde artmıştır. İnternet kullanımındaki bu dramatik artış ergenlerde çeşitli psikolojik değişikliklere yol açabilmektedir. Günlük yaşamda aşırı internet kullanım potansiyelinin bağımlılığa yol açtığı ve bu durumun okul başarısında düşmeye, okul ve aile ilişkilerinde problemlere yol açtığı gösterilmektedir (2-3).

Bilişim ve teknoloji dünyasındaki hızlı gelişmelerin sunduğu internet ortamı insanların yaygın bir şekilde kullandığı sosyal ortamlardan biri olmuştur. Ancak bu ortamın yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline getirerek bağımlılık düzeyinde kullanılması zamanın etkili yönetilememesine, ergenlerin inaktif bir yaşama geçmesine yol açabilir.

Bu çalışma, ergenlerin internet bağımlılığı düzeylerini ve internet bağımlılığı düzeylerini etkileyen sosyo-demografik özellikleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Temmuz 2012 tarihinde Çorum il merkezindeki bir dershanede yapılmıştır. Dershanenin yaz kurslarına kayıtlı ergen yaş grubundaki 150 öğrenci araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Kayıtlı öğrencilerin tamamına ulaşılması hedeflendiğinden örneklem seçimine gidilmeyerek çalışmayı kabul eden 100 öğrenciye anket uygulanmıştır. Ulaşma oranı % 66.6'dır. Anket formunda öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan ve 18 sorudan oluşan bir soru formu ile 20 maddeden oluşan internet bağımlılığı ölçeği yer almıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Young (1996) tarafından, DSM - IV'ün "Patalojik Kumar Oynama" ölçütlerinden uyarlanarak oluşturulan "Tanı Anketi" daha sonra geliştirilmiş ve 20 soruluk bir "İnternet Bağımlılık Ölçeği" oluşturulmuştur. Likert tipi bir ölçek olan İnternet Bağımlılık Ölçeği'nde katılımcıdan "hiçbir zaman" "Nadiren" "Arada sırada" "Çoğunlukla" "Çok sık" ve "Devamlı" seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmektedir. Bu seçeneklere sırasıyla 1, 2, 3, 4, 5 ve 6 puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20 en yüksek puan 120'dür. 80 ve üzeri puan alanlar "İnternet bağımlısı" olarak tanımlanmaktadır. 50-79 puan arası alanlar "Sınırlı Semptom gösterenler", "50 puan ve altı " alanlar "Semptom Göstermeyenler" olarak tanımlanmıştır. Bayraktar (2001)'in araştırması sırasında İngilizce 'den Türkçe 'ye çevirilen ölçek, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim dalındaki beş öğretim görevlisi tarafından incelenmiş ve sorular anlam bütünlüğünü bozmayacak şekilde 12- 17 yaş grubu ergenlerin anlayabileceği şekilde uyarlanmıştır. Çeviri testin standardize edilmiş alpha değeri açısından güvenilirliği 0.91'dir. Bu sonuçlar testin güvenilir olduğunu düşündürmektedir (4). Bu çalışmada alpha değeri 0.88 olarak bulunmuştur.

Elde edilen veriler SPSS 17.0 programı yardımıyla değerlendirildi. Değerlendirmelerde independent t testi ve One-Way Anova (Post-hoc Tukey) testi kullanıldı. İnternet bağımlılığı ölçeği bağımlı değişken olarak ele alındı. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, evlerinde bilgisayar ve internet olması, internet kullanım süreleri, internet kullanımında anne ve babalarının kontrolünün olması bağımsız değişkenlerdir.

Resmi eğitim kurumlarının faal olmadığı bir dönemde çalışmanın yapılmış olması ve bu nedenle istenen düzeyde ergene ulaşılamamış olması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

Bulgular: Araştırma dâhil edilen ergenlerin %65.0'i kız, %35.0'i erkektir. Araştırmaya katılanların yaş ortalamaları 14.63 ± 2.09 olup %64.4'ü 15-17 yaş grubundadır. Ergenlerin %37.6'sı ilköğretime, %62.4'ü lise eğitimine devam etmektedir. Ergenlerin %43.6'sı aylık gelir düzeylerinin 1000- 1499 TL arasında olduğunu belirtmiştir.

Ergenlerin %74.3'ü boş zamanlarında müzik dinlediğini, %54.5'i kitap okuduğunu, %47.5'i spor yaptığını ve %45.5'i internet kullandığını belirtmiştir. İnternet kullanma ile ilgili özellikler incelendiğinde; ergenlerin %80.2'sinin evinde bilgisayar olduğu, %90.1'nin ise internet kullandığı saptanmıştır. İnternet kullananların %51.6'sının 2 yıldan fazla süredir internet kullandığı ve ortalama internet kullanım süresinin 2.23 ± 0.81 yıl olduğu saptanmıştır. Saat 15:00'dan 22:00'a kadar internet kullananların oranı %48.4'dür. İnternetin %70.3'ü evde kullanılmaktadır. İnternet kullanımının kontrolünün kendisinde olduğunu belirten ergenlerin oranı %74.7 olup anne ve babaların internet kullanımını kontrol oranları oldukça düşüktür (sırasıyla %13.2 ve %12.1). Ergenlerin %43.6'sı interneti ödev hazırlamak, %37.6'sı film/ mp3 indirmek ve %27.7'si oyun oynama amacı ile kullanmaktadır.

Ergenlerin internet bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 38.75 ± 13.00 olarak bulunmuştur (Min-max:20-76).

Erkek öğrencilerin internet bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması kız öğrencilerden daha yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). 15-17 yaş grubunda olan öğrencilerin puan ortalamaları 12-14 yaş grubuna göre daha yüksektir. Yaş grupları ile internet bağımlılığı ölçeğinden alınan puanlar arasındaki fark anlamlı değildir. Aylık gelir düzeyi 1000-1499 TL olan, ilçe merkezinde yaşayan, anne-babası sağ ve birlikte olan, anne ve babasının eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan ergenlerin internet bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması daha yüksektir. Aylık gelir düzeyi, yaşamın büyük çoğunluğunun geçirildiği yer, anne-babanın hayatta olma durumu ve anne-babanın eğitim durumu açısından gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Evinde bilgisayar olan ve internet kullanan ergenlerin ölçeğin genelinden aldıkları puanların ortalaması daha yüksektir ancak gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p > 0.05$). 1-2 yıl süre ile internet kullandığını ifade edenlerde internet bağımlılığı puanlarının ortalaması daha düşüktür. İnternet kullanma süresi ile internet bağımlılığı puanları arasındaki fark anlamlı değildir. Gün içinde en fazla internetin kullanıldığı zaman dilimi 15:00'dan 22:00' kadar olan zaman dilimidir. Saat 22:00'dan sonra internet kullandığını belirtenlerin puan ortalaması diğer zaman dilimlerinde kullananlara göre daha yüksektir. İnternetin kullanıldığı zaman dilimi ile internet bağımlılığı puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). İnternet kullanım kontrolünün anne ve babasında olduğunu belirtenlerde bağımlılık puanları oldukça yüksektir ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

($p < 0.05$). Okulda internet kullandığını belirten ergenlerin bağımlılık puanları internet kafe ve evde internet kullananlara göre daha fazladır. Ancak internetin kullanıldığı yer bakımından gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tartışma ve Sonuç/Öneriler: Bu çalışmada ergenlerin %45.5'inin boş zamanlarında internet kullandığı saptanmıştır. İzmir'de (5) öğrencilerin % 41.0'unun boş zamanlarında internet kullandığı tespit edilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen sonucun yüksek olmasının sebebi evren ve örneklemin farklı yerlerde farklı gruplarda seçilmiş olmasından kaynaklanabilir. Ergenlerin %80.2'sinin evinde bilgisayar olduğu, %90.1'nin ise internet kullandığı saptanmıştır. İnternet kullananların %51.6'sının 2 yıldan fazla süredir internet kullandığı ve ortalama internet kullanım süresinin 2.23 ± 0.81 yıl olduğu saptanmıştır. Evinde bilgisayar olanların %70.3'ünün internetin evinde kullandığı belirlenmiştir. Evde bilgisayar bulunmasının internet kullanımını ve dolayısıyla internet kullanım süresini artırdığı görülmektedir.

Ergenlerin %43.6'sı interneti ödev hazırlamak, %37.6'sı film/ mp3 indirmek amacı ile kullanmaktadır. Ülkemizde bilgisayar ve internet kullanımı eğitim-öğretim sistemimizin bir parçası haline gelmiştir. Gerek örgün gerekse interaktif eğitimde öğrenciler ödev hazırlama, ders takip etme ve araştırma projeleri amacıyla interneti kullanmaktadır. Akademik amaçlı bilgisayar kullanımı öğrencilerde internet kullanma düzeyini artırabilir.

Ergenlerin internet bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanları ortalaması 38.75 ± 13.00 olarak bulunmuştur. Erkek öğrencilerin internet bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması kız öğrencilerden daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki fark anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Toplumumuzda erkeklerin daha serbest hareket edebilmeleri, dışarıya çıkma alışkanlarında kontrolün aileleri tarafından kendilerine verilmesi onların internet kullanımını ev dışına taşıyabilmelerine ve kızlara göre daha fazla internet kullanmalarına neden olabilir. Aynı çalışmalarda annesinin eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek ve anlamlı bağımlılık puanları elde edilmiştir. Bu çalışmada anne ve babasının eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan ergenlerin internet bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki fark anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin eğitim düzeyinin yüksek olması, gelir düzeyinin, hane halkı refah düzeyinin artmasına ve çocuklara daha iyi imkânların sağlanmasına katkıda bulunabilir. Bu durum evde internet kullanımını artıran olumsuz bir durum olarak karşımıza çıkabilir.

Evinde bilgisayar olan ve internet kullanan ergenlerin ölçeğin genelinden aldıkları puanların ortalaması daha yüksektir ancak gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p > 0.05$). 1-2 yıl süre ile internet kullandığını ifade edenlerde internet bağımlılığı puanlarının ortalaması daha düşüktür. İnternet kullanma süresi ile internet bağımlılığı puanları arasındaki fark anlamlı değildir. Evde bilgisayar bulunması ve internet kullanımının internet bağımlılığı üzerinde etkili olmadığı görülmektedir. Çalışmamızda gün içinde en fazla internetin kullanıldığı zaman diliminin 15:00'dan 22:00'a kadar olduğu belirlenmiştir. Saat 22:00'dan sonra internet kullandığını belirtenlerin puan ortalaması diğer zaman dilimlerinde kullananlara göre daha yüksektir. İnternetin kullanıldığı zaman dilimi ile internet bağımlılığı puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). İnternet kullanım kontrolünün anne ve babasında olduğunu belirtenlerde bağımlılık puanları oldukça yüksektir ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0.05$). Öğrencilerin günün kalan zamanında daha serbest kalmaları gece 22:00'dan sonra internet kullanımını artıran bir unsur olabilir. Ebeveynlerin internet kullanımında aşırı kontrollü davranmaları gençleri okul ve kafe gibi ortamlarda internete girmelerine teşvik ederek internet bağımlılığı düzeylerini artırabilir. Okulda internet kullandığını belirten ergenlerin bağımlılık puanları internet kafe ve evde internet kullananlara göre daha fazladır. Ancak internetin kullanıldığı yer bakımından gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Sonuç olarak bu çalışmada ergenlerin internet bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 38.75 ± 13.00 olarak bulunmuştur. Ergenlerin internet bağımlılığı açısından sınırlı semptom düzeyinde oldukları saptanmıştır. İnternetin kullanıldığı zaman dilimi ile internetin anne ve babanın kontrolünde kullanılıyor olması internet bağımlılığı üzerinde etkili olan değişkenlerdir. İnternetin kontrollü bir şekilde kullanımının sağlanması konusunda ergenlere, ailelere ve eğitimcilere yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi, ülke genelinde ergenlere yönelik ileriye dönük çalışmaların planlanması ulusal verilere ulaşmak açısından yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ergen, bilgisayar, internet, bağımlılık

Kaynaklar:

1. Üneri ÖŞ, Tanıdır C. Bir Grup Lise Öğrencisinde İnternet Bağımlılığı Değerlendirmesi: Kesitsel Bir Çalışma. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011;24: 265-272.
2. Chou C, Condron L, Belland JC. Review of the Research on Internet Addiction. Educational Psychology Review 2005; 17(4): 363-388.
3. Kima K, Ryub E, Chonb MY, Yeunb EJ, Choic SJ, Seod JS et all. : Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 2006; 43: 185-192.
4. Bayraktar F. (2001). İnternet kullanımının ergen gelişimindeki rolü. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
5. Aslan N, Cansever B. Ergenlerin boş zaman değerlendirme algısı. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2012; 42: 23-35.

870

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KAYSERİ ÖRNEĞİ

Rukiye Yalap Tuna¹, Ümit Özdemir¹, Emel Güden², İbrahim Demirel², Ahmet Öksüzkaya²

¹Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğü, ² Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş: Tüm dünyada 65 yaş ve üstü nüfus oranı gittikçe artmaktadır. Ülkemizde genç nüfus oranı çoğu gelişmiş ülkeye oranla daha yüksek olmakla birlikte yıldan yıla yaşlı nüfus oranı da artmaktadır. Yaşlı nüfusun artması ile birlikte yaşlı sağlığı gittikçe önem kazanmaktadır. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin temel noktalarından birini de evde sağlık hizmetinin sunulması oluşturmaktadır.

Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri; Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (R.G. Tarihi:10.03.2005 R.G. Sayısı:25751); Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 1.2.2010 tarih ve 3895 sayılı Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge doğrultusunda başlamıştır. İlgili yönetmelikte Evde Bakım Hizmeti: Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması olarak tanımlanmıştır.

Bu çalışma; Kayseri il genelinde Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde sunulan evde sağlık hizmetlerinin hizmet verdiği hastaların bazı epidemiyolojik özelliklerini ve bu hastalara sunulan sağlık hizmetlerini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından hizmet sunulan hastalara ait bilgilerin retrospektif olarak değerlendirildiği çalışmada; örnekleme 1 Ocak 2011-1 Mart 2012 tarihleri arasında bakılan 1128 hasta alınmış, verileri tam olan 1085 hasta değerlendirilmiştir. İstatistik analizler SPSS paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan 1128 hastanın %53,2'sini kadınlar oluşturmaktadır. Hastaların 1 yaş ile 112 yaş aralığında olup yaş ortalaması 68.8 ±21'dir. Kadın hastaların yaş ortalaması 72.5 ± 18.9 iken erkek hastaların yaş ortalaması 64.6 ± 22.9 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=6.277, p=0.000). Hizmet verilen hastaların %70,6'sını 65 yaş ve üstü, %5,2'sini 18 yaş ve altı bireyler oluşturmaktadır.

Hastaların bağlı oldukları sosyal güvence incelendiğinde; %87,6'sının Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı oldukları, %8,8'inin Yeşil Kart sahibi olduğu ve %2,8'inin ise hiçbir sosyal güvencesinin bulunmadığı belirlenmiştir.

Hizmet verilen hastaların %33,2'sini nörolojik hastalıkları olan, %17'sini ortopedik-travmatolojik hastalığı olanlar, % 9,4'ünü onkolojik hastalığı olan, %6,9'unu ağır özürülü olan, %6,7'sini ise psikiyatrik hastalığı olan bireylerin oluşturduğu tespit edilmiştir. Hastaların yaş gruplarına göre hastalık grupları incelendiğinde; 18 yaş ve altı yaş grubunda en sık ortopedi- travmatoloji hastalıkları, erişkin ve yaşlı hastalarda ise en sık nörolojik hastalıklar olduğu belirlenmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara pansuman, enjeksiyon, tıbbi tahlil, üriner sonda takama/çıkarma işlemi, sağlık yada ilaç raporu düzenlenmesi, sutur atma/alma işlemi, intravenöz mayi tedavisi hizmetleri sunulmakla birlikte hastanın hastaneye naklini gerektiren durumlarda hasta naklinin de sağlandığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %21.8'ine pansuman, %10.8'ine enjeksiyon, %10.3'üne üriner sonda takma/çıkarma, %6,4'üne sağlık/ilaç raporu düzenleme, %9,1'ine intravenöz mayi uygulama hizmeti verilmiştir. Hastaların %11.1'inin ise hastaneye nakilleri sağlanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gerektiren yaşlı hastaların yanı sıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklar da çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedirler. Avusturya ve Almanya'da evde sağlık bakımı alanların %83'ünü, ABD'de ise %63'ünü 65 yaş ve üstündeki bireyler oluşturmaktadır. Araştırmamızda evde sağlık hizmetlerinden en fazla yararlanan kesimin %70,6 oranla 65 yaş üstü yaşlılar olduğu belirlenmiştir. Çatak ve arkadaşlarının; evde sağlık hizmetlerinden yararlanan 65 yaş üstü hastaların profilinin incelendiği çalışmada yaş ortalaması 79,6 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada evde bakım hizmetlerini alan bütün yaş grupları çalışmaya dahil edilmiş genel yaş ortalaması 68,7 olarak 65 yaş üstü hastalarda ise 80,1 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda kadın hastaların yaş ortalamasının erkek hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulunması; kadınlarda beklenen yaşam süresinin erkeklerden uzun olmasına bağlı olabilir.

Hastaların %33,9'unun nörolojik bir hastalık nedeniyle bu hizmeti aldığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda hipertansiyon ve inme yaşlılarda bağımlılık düzeyini artıran bir hastalık örneği olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda hastaların %98,2'sinin sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Bu durum hastalığın getireceği maddi giderleri en aza indirme çabasının sosyal güvencenin önemini artırdığını düşündürmektedir.

Sonuç olarak; evde sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların çoğunluğunun 65 yaş üstü yaşlı bireyler olduğu, hastaların yarısından fazlasının nörolojik, ortopedik ya da onkolojik hastalıklar nedeniyle bu hizmeti aldıkları belirlenmiştir. Evde sağlık hizmetlerinin sunan sağlık personeline özellikle geriatrik hasta bakımına yönelik eğitim verilmesi, bu hizmetin daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Evde bakım, yaşlılık, hizmet sunumu

Kaynaklar:

1. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanılmaz D, Erdem S. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Dergisi 2010;11(3):125-132
2. Çatak B, Kılınc AS, Badıllıoğlu O, Sütü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(1):13-21
3. Sayan A. Günümüzde evde bakım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7(3):91-95
4. Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve evde bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(4):32-39

220

GEBE KADINLARDA DOĞUM SONRASI KONTRASEPSİYON: TERCİHLER VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Gülay Yılmazel¹, Elçin Balcı²

¹Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, ²Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Doğum sonrası dönem (postpartum periyodu) kadının kendisi, yeni doğmuş bebeği ve ailesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal düzeylerde düzenlemelerin yapılmaya ihtiyaç duyulduğu kritik bir geçiş sürecidir (1). Gebelik ve doğum kadının önceliklerini, yaşam biçimini, cinsel davranışını ve tercih edilen kontraseptif yöntemin kullanımını değiştirir. Postpartum periyodu boyunca uygun ve etkili bir kontrasepsiyon aile planlaması, fertilitate kontrolünde etkin bir araçtır. İstenmeyen gebelikler ve güvensiz düşükleri önler ve yeterli doğum aralığı sağlar (2-5). Nitekim Dünya Sağlık örgütü, iki doğum arasındaki sürenin en az iki yıl olmasını önermektedir (6).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Fertilite kontrolünde kontraseptif kullanımı bireylerin, ailelerin ve toplumların refahı ve sağlığı için gereklidir. Kontrasepsiyon kullanımının birinci önemli katkısı istenmeyen doğum sayılarını azaltmak, ikinci önemli katkısı ise güvensiz düşüklerle ilişkili obstetrik mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır (7-8).

Tüm bu sorunlara rağmen Dünya genelinde 15-49 yaş arasındaki kadınlarda tahmin edilen kontrasepsif prevalansı % 62.7'dir. Ülkemizde ise 15-49 yaş arasındaki kadınlar arasında herhangi bir kontraseptif kullanım oranı % 73'dür (9-10).

Postpartum dönemde kullanmak amacıyla etkili ve güvenli çeşitli kontraseptif yöntemler vardır. Ancak bir kadının kontraseptif tercihlerini kültürel ve dini inanışlar, partner tutumları, önceki kontraseptif deneyimleri, üreme planları, gebelikle ilişkili tıbbi riskler, kontrasepsiyon ile ilişkili yan etkiler ve algılanan riskler, fiyatı, uygunluğu, kullanım kolaylığı, etkinliği, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda bireysel riskler gibi pek çok faktör etkileyebilir (11).

Doğum sonrası dönemde pek çok kadın aile planlamasıyla ilgili yöntem arayışı içindedir ve kendi bakımlarını üstlenen sağlık personelinin farklı kontraseptif yöntemler hakkında bilgi alma eğilimindedir. Bu durum klinisyenler, hemşireler ve ebeler için modern yöntemlerin teşvik edilmesi yönünde kaçırılmayacak bir fırsattır. Doğumdan sonra bireyler için ideal ve istenen kontraseptif yöntemin uygulanabilmesinde doğru karar verebilmek için kadınların gebelik öncesi dönemde yöntem kullanma durumunu, kullanılan yöntemin türünü, yöntemlerin tercih edilmesinde etkili olan faktörleri, doğum sonrası dönemde kullanılması düşünülen yöntemleri tespit etmek önemlidir.

Bu çalışma gebelerde gebelik öncesi dönemde kontraseptif yöntem kullanma durumunu, doğum sonrası dönemde kontrasepsiyon tercihlerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Gereç-Yöntemler: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Mart-Nisan 2012 tarihinde bir Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini gebe izlem polikliniklerine başvuran gebeler oluşturmaktadır. Araştırmanın uygulanabilmesi için araştırma öncesinde İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve kurum yöneticilerinden yazılı izin, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Etik kurul onayı alınmıştır. Araştırma tarihi süresince gebe izlem polikliniklerine başvuran kadınlar çalışmanın amacı hakkında bilgilendirilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 182 kadına anket uygulanmıştır. Anket formunu, konuyla ilgili literatür tarandıktan sonra araştırmacı tarafından, kadınların sosyo-demografik özelliklerini, daha önceki gebelik ve aile planlaması yöntemi kullanma öykülerini, doğum sonrası dönemde yöntem kullanma tercihlerini, tercih edilen yöntemin seçiminde etkili olan sebepleri sorgulayan 20 sorudan oluşan bir soru formu oluşturmaktadır.

Bulgular: Çalışmaya alınan kadınların yaş ortalaması 26.57 ± 4.98 olup, % 50'si 26-34 yaş aralığındadır. Kadınların % 47.8'i ilköğretim mezunu olduğunu, % 95.6'sı çalışmadığını, % 62.1'i il merkezinde ikamet ettiğini ve % 64.3'ü ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu beyan etmiştir. Kadınların % 50.8 ikinci kez anne olacağını, % 49.5'i daha önce yöntem kullanmadığını belirtmiştir. Kadınların doğum sonrası yöntem kullanma düşünceleri ile yaş, eğitim düzeyleri, kadınların eşlerinin eğitim düzeyi, evlilik süresi ve doğum sayısı gibi değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Daha önce kontraseptif yöntem kullanan ve doğum sonrasında da kontraseptif kullanmayı düşünen kadınların oranı (% 42.9) daha önce herhangi bir yöntem kullanmadığı halde doğum sonrasında yöntem kullanmayı düşündüğünü belirten kadınların oranından (% 29.1) daha yüksektir. Doğum sonrası dönemde kontraseptif kullanma düşüncesi ile doğum öncesi kontraseptif kullanma durumu arasındaki ilişki (OR:3.539 % 95 CL) anlamlıdır ($p < 0.05$). Gebe izlem polikliniklerine başvuru süresince kontrasepsiyon danışmanlığı aldığını belirten kadınların oranı % 21.4'dür. Kontrasepsiyon danışmanlığı almayan kadınlardan doğum sonrası dönemde kontraseptif yöntem kullanmayı düşünenlerin oranı % 50.5'dir. Gebelik süresince kontrasepsiyon danışmanlığı alma ile doğum sonrası kontraseptif yöntem kullanma düşüncesi arasındaki ilişki anlamlı (OR:3.221 % 95 CL) bulunmuştur ($p < 0.05$).

Doğum sonrası dönemde kontraseptif yöntem kullanmayı isteme durumları incelendiğinde kadınların % 39.6'sı gelecekteki gebelikleri önlemek, % 31.9'u doğum aralığını uzatmak, % 11.6'sı doktor ve hemşiresi tavsiyesi olduğu için doğum sonrası dönemde kontraseptif yöntem kullanmayı istediğini belirtmiştir. Kadınların % 13.6'sı doğum sonrası dönemde kontraseptif yöntem kullanmayı istemediğini beyan etmiştir. Doğum sonrası dönemde kullanımı tercih edilen kontraseptif yöntemlerin başında ilk sırada RİA yer almaktadır. Kadınların % 24.2'si doğumdan sonra eşinin kondom kullanacağını, % 20.4'ü OKS kullanacağını belirtmiştir. Kadınların doğum

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sonrası dönemde tercih ettikleri kontraseptif yöntemlerin seçiminde etkili olan kişiler arasında % 35.0 ile eş, % 28.7 ile doktor/hemşire gelmektedir. Arkadaş önerisiyle kontraseptif seçimini yapan kadınların oranı % 19.7'dir.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmaya katılan gebe kadınlar arasında önceki kontraseptif yöntem kullanım prevalansı % 50.5'dir. Konuyla ilgili İstanbul'da yapılan bir çalışmada (12) bu oran % 47.6, Amerika'da yapılan bir çalışmada (2) % 80, Nijerya'da (7) yapılan başka bir çalışmada % 35.5 olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuç gebe kadınlar arasında kontraseptif yöntemler hakkında farkındalığın olması açısından sevindirici ancak yeterli görülmeyen bir durumdur. Etkili ve güvenli bir kontraseptif yöntem seçimi istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde ve doğum aralıklarının uzatılmasında önemlidir. Bu nedenle gebe kadınların prenatal dönemde kontrasepsiyon danışmanlığı hizmetinden yararlanabilmeleri için başta klinisyenler olmak üzere hemşire ve ebelere büyük sorumluluk düşmektedir.

Nijerya'da yapılan bir çalışmada (7) gebe kadınların kontraseptif yöntem kullanma düşüncesi ile yaş, eğitim düzeyi, eşlerinin eğitim düzeyi, doğum sayısı, kontraseptif danışmanlığı alma arasında anlamlı bir ilişki olduğu, evlilik süresinin ise kontraseptif kullanma düşüncesini etkilemediği belirlenmiştir. Florida'da yapılan başka bir çalışmada (13) ise yaş, doğum sayısı, eğitim düzeyi ile doğum sonrası kontraseptif yöntem kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, daha önce kontraseptif kullanma ve gebelik süresince kontrasepsiyon danışmanlığı alma ile doğum sonrası kontraseptif yöntem kullanma düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada kadınların postpartum kontrasepsiyon kullanma düşüncesi ile yaş, eğitim düzeyi, eşlerin eğitim düzeyi ve doğum sayısı, evlilik süresi gibi değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Daha önce kontraseptif kullanma durumu ve kontrasepsiyon danışmanlığı alma ile doğum sonrası kontraseptif yöntem kullanma arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Daha önce kontraseptif yöntem kullanan ve doğum sonrasında da kontraseptif yöntem kullanmayı düşünen kadınların oranı daha fazladır. Gebeliği süresince kontrasepsiyon danışmanlığı almayan kadınlar arasında doğum sonrası kontraseptif yöntem kullanma düşüncesinin daha yüksek olması dikkat çekicidir. Kadınların daha önce kontraseptif kullanım deneyiminin olması doğum sonrası kullanılması düşünülen kontraseptif yöntem hakkında düşüncelerin netleştirmesine yardımcı olacaktır. Gebelik döneminde kadınlar doğum sonrasında kullanacağı kontraseptif yöntem konusunda bir bilgi arayışı içinde olabilir. Gebelere bu bilgiyi sağlayacak olan en güvenilir kaynak sağlık personelidir. Gebeliği süresince postpartum kontrasepsiyon hakkında bilgi ihtiyacı sağlık personeli tarafından karşılanmayan gebeler bu açığı kapatmak için farklı kaynaklara (arkadaş, eczane, medya organları vb.) yönelebilirler. Bu durum modern kontraseptif yöntemlerin teşvik edilmesinde kaçırılmış bir fırsattır. Kaçırılmış fırsatlar gebelerin bir sonraki izlem tarihinde iyi değerlendirilmeli, gebe kadınlara ve eşlerine kontraseptif yöntemler hakkında etkili bir danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Latin Amerika'da (14) hastane ve kliniklere başvuran gebe kadınlar arasında doğumdan sonra bir kontraseptif yöntem kullanmayı planlayan kadınların oranı %50-96 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada kadınların %86.4'ü doğumdan sonra bir kontraseptif yöntem kullanacağını belirtmiştir. Yöntem kullanmayı düşünen kadınların %39.6'sı gelecekteki gebelikleri önlemek amacıyla yöntem kullanmayı istemektedir.

Malatya'da (15) yapılan başka bir çalışmada kadınların % 32.9'u postpartum dönemde rahim içi araç kullanmayı düşünmektedir. Bu çalışmada kadınların % 35.7'si doğum sonrası dönemde kontraseptif seçiminin RİA olacağını belirtmiştir. Güvenli olması, kullanıcıya yük getirmemesi ve uzun süre kullanılabilmesi gibi nedenler RİA'nın diğer yöntemlere göre daha fazla tercih edilmesine katkıda bulunabilir.

Yöntem seçiminde etkili olan kişilerin başında % 35.0 ile eşler gelmektedir. Elde edilen sonuç Amerika'da (16) yapılan çalışmalarla uyumludur. Yöntem seçiminde eşin tutumu postpartum kontrasepsiyonun kullanımı üzerine olumlu veya olumsuz etki bırakabilir. Kadınlar kendi cinsel sağlıkları ve üreme yaşamları üzerinde tam kontrol sahibi olamayabilir. Antenatal bakım programlarında kadınlara verilen danışmanlığın yanı sıra eşlerinde bu programa entegre edilmesi önemlidir.

Sonuç olarak kadınların önemli bir bölümü (% 86.4'ü) doğumdan kontraseptif yöntem kullanacağını belirtmiştir. Kullanılması düşünülen yöntemlerin başında RİA gelmektedir. Gebeliği süresince kontrasepsiyon danışmanlığı alan kadınların kadınların oranı (% 21.4) oldukça düşüktür. Kadınların postpartum dönemde kullanacakları yöntemlerde büyük oranda eşler etkilidir. Doktor ve hemşireler ikinci planda kalmıştır. Kadın ve çocuk sağlığını geliştirmek adına önemli adımların atıldığı ülkemizde aile planlaması hizmetlerinin kilit unsuru olan danışmanlık hizmeti istenilen düzeyde değildir. Antenatal bakım programlarına ağırlık verilerek sağlık personelinin

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

danışmanlık becerisinin geliştirilmesi, kadınların eşleriyle birlikte bu programa dahil edilmesi ile ana-çocuk sağlığında istenen hedeflere ulaşılabilir.

Anahtar Kelimeler: Gebe kadın, postpartum, kontrasepsiyon, tercihler.

Kaynaklar:

1. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowsk J. Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth* 2006; 33 (3):210-220.
2. Cwiak C, Gellasch T, Zieman M. Peripartum contraceptive attitudes and practices. *Contraception* 2004; 70: 383-386.
3. Rahmanpour H, Mousavinasab SN, Hosseini SN, Shoghli A. Preferred postpartum contraception methods and their practice among married women in Zanjan, Iran. *J Pak Med Assoc* 2010; 60 (9): 714-718.
4. Jackson E. Contraversies in postpartum contraception: When is it safe to start oral contraceptives after childbirth? *Thrombosis Research* 2011; 127 (3): 535-539.
5. Oye-Adeniran BA, Adewole IF, Umoh AV, Oladokun A, Gbadegesin A, Ekanem E, Yusuf B, Odeyemi KA, Iwere N, Mahmoud P. Community-based Study of Contraceptive Behaviour in Nigeria. *Rev Afr Santé Reprod* 2006; 10[2]:90-104.
6. World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva: WHO Press; 2005.
7. Adegbola O, Okunovo A. Intended postpartum contraceptive use among pregnant and puerperal women at a university teaching hospital. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 280: 987-992.
8. Marston C, Cleland J. The effects of contraception on obstetric outcomes. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization Geneva, 2004.
9. United Nations. World contraceptive use 2011. <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm>. Erişim Tarihi:17.04.2012
10. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlık ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Ankara, Türkiye.
11. Glazer AB, Wolf A, Gorby N. Postpartum contraception: needs vs.reality. *Contraception* 2011; 83: 238-241.
12. Akman M, Tüzün S, Uzuner A, Basgul A, Kavak Z. The Influence of prenatal counselling on postpartum contraceptive choice. *The Journal of International Medical Research* 2010; 38(4): 1243 – 1249.
13. Hernandez LE, Sappenfield WM, Goodman D, Pooler J. *Matern Child Health J* 2012; 16(2):423-429.
14. Vernon R. Meeting the Family Planning Needs of Postpartum Women. *Studies in Family Planning* 2009; 40 (3):235-245.
15. Engin-Üstün Y, Üstün Y, Çetin F, Meydanlı MM, Kafkaslı A, Sezgin B. Effect of postpartum counseling on postpartum contraceptive use. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 275:429-432.
16. Harper C, Callegari L, Raine T, Blum M, Darney P. Adolescent clinic visits for contraception: support from mothers, male partners and friends. *Perspect Sex Reprod Health* 2004;36: 88-92.

221

GEBELİKTE AİLE İÇİ ŞİDDET VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Gülây Yılmazel¹, Zeynep Baykan², Fevziye Çetinkaya³

¹Hittit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, ²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD, ³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Hastane ve klinik tabanlı çalışmalar gebeliği şiddetin artış gösterdiği bir zaman olarak göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 19 ülkede yaptığı bir çalışmada ise gebelikte şiddet prevalansı %1-28 arasında bulunmuştur (1). Türkiye'de kadına yönelik şiddet araştırması sonuçlarına göre ülkemiz genelinde en

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

az bir kez gebe kalmış her on kadından biri gebeliği sırasında eşi veya birlikte olduğu kişi (ler) tarafından fiziksel şiddete maruz kalmıştır (2).

Sosyo ekonomik durum, sosyal destek düzeyleri, hane halkı geliri, kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyi şiddetin belirleyicileri arasında gösterilmiştir. Düşük sosyo-ekonomik düzey, düşük sosyal destek düzeyi, ilk kez ebeveyn olma durumlarında gebelikte aile içi şiddet riskinin arttığı, yüksek yaş grubu ve daha fazla çocuğa sahip olmanın bu riski azalttığı saptanmıştır (3).

Kadına yönelik şiddet ülkemizde giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadınlar tarafından dile getirilmeyen, bazı kadınlar için normal bir durum olarak kabul edilen bu sorun daha sonraki zamanlarda sağlık bakımı verenlerin karşısına daha ciddi sonuçlar ile çıkacaktır. Gizli kalan şiddetin açığa çıkarılmasında gebelik boyunca sağlık personeline yapılan izlemler ve alınan anamnezler oldukça değerlidir. Bu çalışma gebe izlem polikliniklerine başvuran gebe kadınların sosyo-demografik özelliklerinin, üreme durumlarının, gebelik öncesi ve gebeliklerinde şiddete maruz kalma durumlarının, maruz kaldıkları şiddetin türlerinin, verdikleri tepkilerin ve karşılaşılan şiddetle baş etme yöntemlerinin incelenmesi, şiddetin önlenmesinde sağlık personeline yönelik statejilerin geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntemler: Tanımlayıcı tipteki bu çalışma Mayıs 2012 tarihinde bir Devlet Hastanesi'nde yapıldı. Gebe izlem polikliniklerine başvuran daha çocuk sahibi olan ve ilk kez çocuk sahibi olacak tüm gebeler araştırmanın evrenini oluşturdu. Çalışmanın uygulanabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve kurum yöneticilerinden yazılı izin, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden etik kurul onayı ve gebelerden sözlü onam alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 109 kadına yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulandı. Çalışmanın sonunda elde edilen veriler SPSS 11.5 paket programı ile değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, Ki kare ve Fisher'in kesin testi kullanıldı. Çalışmada incelenen bağımsız değişkenler; eşin eğitim durumu, çocuk sayısı, eşin geçmişte şiddet öyküsünün olması ve gebelik öncesi şiddete maruz kalma durumu iken gebelikte şiddete maruz kalma bağımlı değişkendir.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan kadınların %52.3'ü 17-25 yaş aralığında ve %92.7'si ev hanımıdır. Eğitim durumu ilköğretim mezunu olan kadınların oranı % 40.4, eşlerinin eğitim durumu lise ve üzeri olan kadınların oranı % 35.8, il merkezinde ikamet edenlerin oranı 74.3'dür.

Gebelik öncesi şiddete maruz kalan kadınların oranı %79.8 iken gebelik süresince şiddete maruz kalan kadınların oranı %62.4'dür. Gebelik öncesi şiddete maruz kalan kadınların gebelikte şiddet görme oranı %78.2 olarak bulunmuştur.

Kadınların maruz kaldıkları şiddet türleri sorgulandığında kadınların birden fazla şiddet türüne cevap verdikleri görülmüştür. En sık karşılaşılan şiddet türü sözel şiddetin alt gruplarından biri olan bağırılmadır (%56.9). Kıskançlığa uğrayan ve bu nedenle çalışmasına izin verilmeyen kadınların oranı %30.3'dür. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranı ise %28.5'dir.

Kadınların %39.4'ü şiddete maruz kalma nedenleri arasında eşlerinin bir anlık öfkelerini göstermiştir. Çevrenin etkisi ile şiddet gördüğünü ifade eden kadınların oranı %38.5'tir. Gebeliği süresince şiddet gören kadınlardan 17-25 yaş grubunda yer alanların oranı % 63.2, ilköğretim mezunu olanların oranı %68.2, çalışmayan kadınların oranı %66.7 olup diğer gruplardan daha yüksektir. Kadınların yaşları, eğitim ve çalışma durumları açısından gebelik süresince şiddete maruz kalma durumları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Kadınların eşlerinin eğitim durumu yükseldikçe gebelikte gördükleri şiddetin oranı azalmaktadır. Eşin eğitim durumu ile kadınların gebelikte şiddet görme durumları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İki veya daha fazla çocuğa sahip olan kadınların gebelikleri süresince daha fazla şiddete uğradığı, çocuk sayısı ile gebelikte şiddete maruz kalma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İstemeyerek gebe kalan kadınların %60.9'u, eşi sigara kullanan kadınların %62.8'i, eşinin geçmişte şiddet öyküsü olduğunu ifade eden 83.9'u gebeliği süresince şiddet gördüğünü belirtmiştir. Eşin geçmişte şiddet görme durumu ile kadınların gebeliklerinde şiddet görme durumları arasındaki ilişki anlamlıdır ($p<0.05$). Gebelik öncesi ve gebeliği süresince şiddet gören kadınların oranı %72.4'dür. Kadınların gebelik öncesi şiddet görme durumu ile gebelik süresince şiddete maruz kalma durumları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.001$).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ağlama (%27.7) ve sözle karşılık verme (%25.5) maruz kalınan şiddete karşı kadınların en fazla verdiği tepkilerdir. Kadınların % 22.2'si yaşadığı şiddet karşısında içe kapandığını ve % 3.6'sı intihara teşebbüs ettiğini belirtmiştir.

Maruz kaldığı şiddete sabrettiği ve çocukları için katlandığını ifade eden kadınların oranı %18.3'dür. Kadınların %13.8'i maruz kaldığı şiddeti alın yazısı olarak nitelendirmektedir. Şiddete maruz kalan gebe kadınların %72.2'si çevreden (diğer aile üyeleri ve arkadaşlarından) sosyal destek aldığını, %19.5'i sigaraya başladığını ve %8.3'ü tıbbi/ruhsal tedavi gördüğünü ifade etmiştir.

Tartışma: Bu çalışmada kadınların %79.8'i gebelik öncesi yaşamlarında, %62.4'ü gebeliği süresince şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Eskişehir'de (4) yapılan bir çalışma'da kadınların %71.4'ü, gebelikleri süresince şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Meksika'da yapılan başka bir çalışmada (5) kadınların %24.4'nün gebelik öncesi ve %24.6'sının gebelik süresince şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Çalışmamızda gebelik öncesi dönemde şiddet gören kadınların %78.2'sinin gebelikleri süresince de şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Gebelik öncesi yaşamda şiddet gebelik döneminde şiddet görmeyi tetikleyen bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kadınların %56.9'u sözel şiddetin alt gruplarından olan bağırılmaya, %39.4'ü eleştirilmeye,% 37.6'sı azarlanmaya maruz kaldığını beyan etmiştir. Elde edilen sonuç yapılan çalışmaların sonuçları ile uyumludur (4). Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının getirdiği erkek üstünlüğü kadının aile içinde söz sahibi olamamasına, hor görülmesine ve aşağılanmasına neden olmaktadır.

Kadınlara göre şiddet görme nedenleri arasında eşin bir anlık öfkesi (%39.4) ve çevrenin etkisi (%38.5) yer almaktadır. 17-25 yaş aralığında olan, ilkokul mezunu olan, çalışmayan, ilçe merkezinde ikamet eden, aylık geliri 1000 TL'nin altında olan kadınların gebelikte şiddet görme oranları daha yüksektir. Kadınların eşlerinin eğitim durumu yükseldikçe gebelikte şiddet görme oranlarının azaldığı saptanmıştır. Eşin eğitim durumu ile gebelikte şiddet görme arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İki ve daha fazla çocuğa sahip, eşinin geçmişte şiddet öyküsü olan ve gebelik öncesinde şiddet gören kadınların gebeliklerinde şiddet görme oranlarının daha yüksektir. Çocuk sayısı, eşin geçmişte şiddet öyküsünün olması ve gebelik öncesi şiddete maruz kalma ile gebelikte şiddet görme arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Kadının statüsünü belirleyen özelliklerden biri de eşin eğitim durumudur. Erkeklerin eğitim düzeyinin yüksek olması onların kadınların sahip olduğu hakları bilmesine, evlilik birliğinin eşler arasındaki eşitliğe dayandığını kabul etmesine katkıda bulunarak gebelikte şiddete maruz kalmayı azaltabilir. Eşlerin sahip olduğu çocuk sayısının artması ailede özellikle erkeğin daha fazla sorumluluğunun ve belki de geçim sıkıntısının artmasına neden olacaktır. Artan sorumluluk ve geçim sıkıntısı ile erkekler kendilerini daha fazla stres altında hissedebilir. Bu durum kadının gebelik döneminde bile şiddet görmesine neden olabilir. Sosyal bilişsel teorilere göre şiddet öğrenilmiş bir davranıştır. Erkeğin geçmişte, yaşamının herhangi bir döneminde şiddet görmüş olması bu davranışını eşine yöneltmesine yol açabilir. Gebelik şiddeti azaltan bir dönem olarak algılanabilir. Ancak gebelik öncesi döneminde şiddet gören bir kadın için gebelik şiddetin devam etmemesi için engel değildir.

Kadınların %27.7'si maruz kaldıkları şiddete ağlayarak, %25.5'i sözle karşılık vermektedir. Duygusallığın ön plana çıktığı gebelik döneminde kadınlar ağlayarak şiddete tepki gösterebilirler. Zaman içinde erkeğin davranışının düzlebileceği ve arada çocukların olması düşüncesi kadınların gördükleri şiddete tepki göstermeme nedenlerinin başında gelmektedir. Gelenek ve göreneklerin baskın olduğu evliliklerde "ailenin reisi kocadır, kocaya karşı gelinmez anlayışı" toplumda kadınları ikinci plana itmektedir. Meslek sahibi olmaması nedeniyle ekonomik sıkıntı yaşama, boşanmış kadın olarak toplumda damgalanma, veya çocukların düzeninin bozulma gibi endişelerle kadınlar şiddete tepki gösteremeyebilir.

Çalışmamızda şiddet gören kadınların %72.2'sinin yaşadığı şiddet karşısında yakın aile bireylerin ve arkadaşlarından psikolojik destek aldığını, %19.5'i sigaraya başladığını, %8.3'ü ise tıbbi/ruhsal tedavi gördüğünü ifade etmiştir. Yaşanan şiddetin sadece diğer aile üyeleri veya arkadaşlarla paylaşarak bir sır olarak saklanması şiddetin ve tıbbi sonucunun açığa çıkarılmasını engelleyebilir. Kadınlar yaşadıkları şiddetin ruhsal durumlarında bırakacağı hasardan habersiz olarak ruhsal tedavi görmeyi gerek görmemekte, tam tersine şiddeti kabullenmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada gebeliğin şiddetin azaltan bir dönem olmadığı, gebelik öncesi şiddet gören kadınların %78.2'sinin gebeliğin de şiddet görmeye devam ettiği saptanmıştır. Çocuk sayısı, kadınların eşlerinin eğitim durumu ve eşlerinin geçmişte şiddet görme durumu gebelikte şiddet görmeyi etkileyen değişkenlerdir. Gebelikte döneminde şiddetin azaltılabilmesinde ilk adım eşlere aile planlaması konusunda danışmanlık hizmeti vermek olmalıdır. Etkili bir danışmanlık istenmeyen, plansız gebeliklerin oluşmasını engelleyecektir. Gebelikte şiddetin varlığının ortaya çıkarılmasında antenatal bakım kliniklerinde sağlık bakımı verenlerin gebelerden alacağı anamnezler önemlidir. Öğrenilmiş bir davranış olan şiddeti azaltmada ikinci adım ülke genelinde gebe okullarının yaygınlaştırılması olmalıdır. Gebe okullarındaki eğitime erkeklerin de dahil edilmesi, gerek evliliğe uyumun sağlanması gerekse geçmişte şiddet gören eşin davranışlarının kontrol altına alınarak şiddetin azaltılmasında psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının eşlerle yapacağı bireysel görüşmeler yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, kadın, aile içi şiddet

Kaynaklar:

1. Intimate partner violence during pregnancy: Information sheet. World Health Organization Geneva, 2011.
2. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2009.
3. Tiwari A, Chan KL, Fong D, Leung WC, Brownridge DA, Lam H et al. The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. BJOG 2008;115:377–384.
4. Ayrancı Ü, Günay Y, Ünlüoğlu İ. Hamilelikte aile içi şiddet: Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran kadınlar arasında bir araştırma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:75-87.
5. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: A study of abuse before and during pregnancy. Am J Public Health. 2003;93:1110–1116.

471

GERİATRİK POPÜLASYONDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

Vesile Şenol, Ferhan Soyuer, Demet Ünalın

Erciyes Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Fonksiyonel bağımsızlık kapasitesinin sürdürülmesi, potansiyel sağlık düzeyi ve yaşam kalitesinin geliştirilmesi ortalama yaşam süresinin uzamasına paralel olarak daha çok önem kazanmıştır. Bu çalışmanın amacı huzurevinde yaşayan geriatrik popülasyonda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma 2008-2009 Ekim ayları arasında Kayseri il merkezinde bulunan Gazioğlu Huzurevinde barınan 65 yaş ve üzeri 136 bireye yüz yüze anket uygulanarak yapılmıştır. Araştırma evrenini kurumda barınan 200 sakin oluşturmuştur. Kognitif fonksiyonları etkilenmiş (Standardize Mini Mental Test puanı <23), psikiyatrik hastalığı, görme ve işitme engeli olan, 65 yaşından küçük ve 6 aydan daha kısa süre huzurevinde kalanlar çalışmaya alınmamıştır. Veri toplama aracı olarak, Sosyo-demografik Veri Formu, Standardize Mini Mental Test, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile (HPLP) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) kullanılmıştır. Yanıtlama oranı %68’dir. Veriler, student t testi, ANOVA, Spearman Korelasyonu ve Lojistik Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaşlı bireylerin %59.6’sı erkek, %64.7’si eğitimsiz, %83.1’i dul’dur. Yaş ortalaması 75.05 ± 6.96 (min 65-max 93) olup % 64.0’ ı düşük (< 450 TL) düzeyde gelire sahiptir.

Yaşam kalitesi toplam skor ortalaması 43.45 ± 10.30’dur. Ortalama skor iyi ve kötü yaşam kalitesi için kesme noktası olarak kabul edildiğinde yaşlı bireylerin %53.0’ı “iyi” düzeyde yaşam kalitesine sahiptir. WHOQOL-OLD alt boyut puanları Duyusal İşlevler 45.49±16.41, Geçmiş, bugün, gelecek aktiviteleri 44.16±16.31, Sosyal katılım 43.52±17.10, Ölüm ve ölmek 43.10±16.21’dir. Özerklik boyut puanı 35.70 ± 19.96 ile en düşük, yakınlık boyut puanı 48.75 ± 17.96 en yüksek alan skorlarıdır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

SYBDÖ toplam skor ortalaması 118.06 ± 20.54 olup, “iyi” düzeydedir. SYBDÖ alt boyut puanları, Kendini Gerçekleştirme 33.63 ± 7.52 , Sağlık Sorumluluğu 23.18 ± 4.93 , Egzersiz 8.36 ± 3.26 , Beslenme 16.73 ± 2.38 , Kişiler Arası Destek 18.69 ± 4.61 , Stres Yönetimi 17.45 ± 3.79 'dur.

Yaşam kalitesi iyi düzeyde olanların toplam SYBDÖ toplam (124.93 ± 16.64 , $p < 0.001$) ve alt boyut puanları; Kendini Gerçekleştirme (36.22 ± 6.31 , $p < 0.001$), Sağlık Sorumluluğu (24.36 ± 4.47 , $p = 0.003$), Egzersiz (8.91 ± 3.35 , $p = 0.006$), Beslenme (17.26 ± 2.25 , $p = 0.036$), Kişiler Arası Destek (19.75 ± 4.20 , $p = 0.004$), Stres Yönetimi (18.41 ± 3.16 , $p = 0.002$) yaşam kalitesi kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

SYBDÖ toplam ve alt boyut skorları ile WHOQOL-OLD toplam ve alt boyut (duyusal işlevler ve özerklik hariç) skorları pozitif yönde korelasyon ($r = 0.418$, $p < 0.01$) göstermiştir.

Tartışma ve Sonuç: Yaşlı popülasyonda yapılan bu çalışmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi puanlarının pozitif yönde korelasyon gösterdiği ve her iki durum birbiri ile karşılıklı etkileşim içinde olduğu saptanmıştır.

Nitekim sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlığın geliştirilmesinde önemli bir bileşen olup, uzun dönem sonuçları yaşamın uzaması ve yaşam kalitesinin artmasıdır. Günümüzde doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, yaşanan yılların nitelikli olması gerekliliğini de beraberinde getirmiş dolayısıyla, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi hemen bütün toplumların ulaşmak istedikleri evrensel bir amaç boyutu kazanmıştır. Bu amaçla Dünya Sağlık Örgütü, genelde sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi, özelde de beslenme, fiziksel aktivite ve cinsellikle ilgili sağlıklı davranışların önemli ölçüde artırılması stratejilerini 2015 yılına kadar ulaşılması gereken 21. yüzyıl hedefleri arasına almıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları özellikle yaşlılar arasında hastalık ve sakatlıktan koruyan, fonksiyonel kapasiteyi ve iyilik halini geliştiren kilit bir role sahiptir (1).

Çalışmamızda yaşlı bireylerin SYBD toplam puan ortalaması 118.06 ± 20.54 olup, bu sağlıklı yaşam biçimi davranışları yönünden “iyi” bir düzeyi ifade etmektedir. Bu sonuç aynı zamanda “yaş ilerledikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzeyi de artar” yaklaşımı ile örtüşmektedir (2). Bu artışın nedenlerinden birisi yaşla birlikte yaşama dair deneyimin ve sağlık bilincinin artmasıdır. Nitekim yapılan çalışmalarda da yaş arttıkça sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma düzeyinin de arttığı ve sağlık davranışlarının olumlu yönde değiştiği gösterilmiştir (3).

Çalışmamızda yaşlı bireyler SYBD ölçeğinden; en yüksek puanı kendini gerçekleştirme (33.63 ± 7.52), en düşük puanı egzersiz (8.36 ± 3.26) alt boyutundan almışlardır. Kendini gerçekleştirme gereksinimleri; kişinin amacını gerçekleştirme, potansiyelini ortaya çıkarması, kişisel tatmin, kişisel başarı ve bilimsel buluşları içerir. Çalışma bulgumuz, yaşın ilerlemesi ile birlikte kendini gerçekleştirmenin daha ön plana çıktığı, egzersize yönelimin azaldığını ortaya koymaktadır. Yaşlı bireyin yaşama dair uzak-yakın hedeflerinin bulunması yaşam sevinci, yaşam doyumu ve hayata bağlılık açısından olumlu bir özellik olup, belki de yaşam kalitesini artıran temel nedenlerden biridir. Nitekim kendini gerçekleştirme boyutunun en yüksek korele olduğu alan sosyal katılım'dır.

Ülkemiz genelinde SYBD ile farklı gruplar üzerinde yürütülen çalışmalar da bireylerin genelde en düşük puanı egzersiz alt boyutundan aldıklarını, bununla birlikte 61-80 yaş grubundaki bireylerin genç ve orta yetişkinlere göre daha düşük fiziksel aktivite puanına sahip olduklarını göstermektedir (4).

Çalışmamızda total yaşam kalitesi puanı 43.45 ± 10.30 ile düşük olup, yaşlı bireylerin yaklaşık yarısının yaşam kalitesi puanı “ortalamanın” üzerindedir. Yapılan çalışmalarda da yaş ilerlemesine paralel olarak fonksiyonel yetersizliklerin yanı sıra, eşlik eden kronik hastalıklar v.b nedenlerle yaşam doyumunun azaldığı ve yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmektedir. Halbuki yapılan çalışmalarda fiziksel aktivitenin sağlığı geliştirmede en çok etkiye sahip davranışlar arasında yer aldığı, artan fiziksel aktivitenin geç yetişkinlik döneminde yaşam kalitesini koruma, uzun ve sağlıklı bir yaşam elde etmede yardımcı olabileceği belirtilmektedir. Çalışmamızda da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından olan egzersiz en yüksek ölüm ve ölmekten korkma boyutu ile korele bulunmuş, egzersiz puanı arttıkça ölüm ve ölüm korkusuna ilişkin kaygılar azalmıştır. Buna rağmen araştırma grubunun egzersiz yapma alışkanlığının düşük olması muhtemelen yaşam kalitesini olumsuz etkilemiştir. Çünkü yapılan

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

çalışmalar fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi, düşük mortalite riski, kronik hastalıklardan korunma ve kontrol arasında pozitif korelasyon olduğunu göstermiştir (5). Nitekim Lee ve arkadaşları yaptıkları çalışmada haftada en az 3 gün (30 dakika) fiziksel egzersiz yapan yaşlıların yaşam kalitesi skorunun egzersiz yapmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Çalışmamızda WHOQOL-OLD total skoru ile SYBDÖ total skoru pozitif yönde modere korelasyon göstermiştir. Yaşam kalitesi düzeyi iyi olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ve alt boyut puanları da anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu olması yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilemiş, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyut skorları arttıkça, duyuşal işlevler ve özerklik dışında, diğer yaşam kalitesi alt boyut skorları da yükselmiştir. Bu beklenen bir durum olup, her iki durumun birbiri ile karşılıklı etkileşim içinde olduğunu göstermektedir. Yani karşılıklı birinin pozitifliği diğerinin pozitifliğini, birinin negatifliği diğerinin negatifliğini doğurmaktadır. Koçoğlu ve ark.nın (2) çalışmalarında da benzer şekilde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde korelasyon saptandığı bildirilmiştir.

Toplumlarda yaşlı birey popülasyonunun giderek artmış olması, bir taraftan yaşa bağlı birikimlerin önemszenmesi gereğini ortaya koyarken, diğer taraftan yaşlanmaya bağlı oluşması muhtemel yeti yitimi, benlik kaybı ve toplum içerisinde daha az önemszenme gibi sonuçların bir devlet ve sağlık politikası olarak ele alınması, incelenmesi ve belki de bu popülasyonla doğrudan ilgilenen Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlar tarzında organizasyonların geliştirilmesine neden olacaktır. Bu ve benzeri çalışma sonuçları ile yaşlılıkta sağlıklı yaşam biçiminin daha iyi sağlık ve daha nitelikli yaşam olduğu konusunda toplumsal bilinç oluşturma ve farkındalık yaratma stratejilerinin yol haritası olacaktır. Bu çalışma yaşlı popülasyonda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılarak yapılan ilk ölçekli çalışma olup, gerek bu grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyini gerekse olumlu sağlık davranışlarının yaşam kalitesi ile ilişkisini göstermesi bakımından önemlidir. Diğer taraftan bu çalışma ülkemizde yok denecek kadar seyrek çalışılan bir konuda akademisyenlere bilimsel veri tabanı oluşturacaktır. Bununla birlikte geniş örneklemlili ve çok merkezli analitik çalışmalarla bu konudaki bilimsel veri havuzumuzun zenginleştirilmesi kaçınılmaz bir zorunluluktur.

Anahtar kelimeler: Geriatrik Popülasyon, Yaşam Kalitesi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Kaynaklar:

1. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks: Geneva;2009.
2. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. DEUHYO ED 2009;2 (4): 145-154.
3. Küçükberber N, Özdiilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2011;11: 619-26.
- 4.Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6(6): 409-420.
5. Acree LS, Longfors J, Fjeldstad AS, Fjeldstad C, SchankB,Nickel KJ, et al. Physical activity is related to quality of life in older adults. Health Qual Life Outcomes, 2006;4:37-43.DOI:10.1186/1477-7525-4-37.

747

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ SOSYAL HİZMET BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN ORGAN BAĞIŞI VE ORGAN NAKLİ HAKKINDAKİ BİLGİ VE GÖRÜŞLERİ (ANKARA, 2012)

Burcu Küçük Biçer

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı A.D

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Amaç: Türkiye'de organ ve doku bekleyen kişilerin rakamları her geçen gün artmaktadır. Organ naklinin az olması ülkemizin en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Türkiye'de 44 bine yakın kişi organ beklemekte ve her yıl ortalama 8 bin kişi bu listeye eklenmektedir. Son evre organ hastaları için hayatta kalmanın tek yolu organ naklidir. Canlıdan organ nakli belirli organlar için uygulanabilen bir tekniktir ve her hastanın uygun vericisi bulunmamaktadır. Bu nedenle tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yeterli sayıda organ yoktur. En büyük organ kaynağı uygun koşullarda hayatını kaybetmiş kişilerin organlarıdır. Bu durumdaki kişilerin vücut fonksiyonları tamamen tıbbi destekle devam etmektedir ve bu durumu uzun süre dengede tutmak imkânsızdır. Dolayısı ile kadavradan organ alınabilmesi için zaman çok önemli bir faktördür. Diğer yandan hiç beklenmedik bir anda yakınına kaybettiğini öğrenen bir kişinin organ bağıışı için hızlı karar vermesini beklemek çok zordur. Yakınlar ancak hayatta iken organlarını bağıışladığını belirten yakınları için hızlı karar verebilmektedir. Bu sırada görev organ bağıışı ekiplerine düşmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının ve bağıış ve nakil konularında çalışan personelin bu konudaki tutumlarını belirleyip eksik ve yanlış yanların düzeltilmesi organ bağıış sıklıklarının artmasında etkili olacaktır.

Organ nakli ve bağıışı konusunda Türkiye ve dünyadaki durum göz önünde bulundurulduğunda bağıış ve kadavra nakilleri oranının düşüklüğü dikkat çekmektedir. Sosyal hizmetler bölümü öğrencileri organ bağıışı ekibinin bir parçası olarak görev yapmaktadırlar. Araştırma Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Bölümü öğrencilerinin bu konudaki tutum ve davranışlarını değerlendirmek ve organ bağıışı konusundaki farkların sebeplerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışma Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü 1-3. Sınıf öğrencileri ile yapılmıştır. Örneklem seçilmemiş öğrencilerin tamamına ulaşılması planlanmıştır. Fakültenin 1. sınıfında 146, 2. sınıfında 163, 3. sınıfında 133 öğrenci bulunmaktadır. 1. Sınıf öğrencilerin 119'una (%81,5), 2. sınıfların 89'una (%54,6) ve 3. Sınıfların 131'ine (%98,4) ulaşılmıştır, toplam katılım yüzdesi %76,7'dir.

Veriler öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini, organ bağıışı ile ilgili bilgi durumunu, organ bağıışıyla ilgili görüşlerini soran, 3 bölüm ve 26 sorudan oluşan bir anket formu kullanılarak gözlem altında veri toplama yöntemiyle toplanmıştır.

Anket uygulanmadan önce İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nden yazılı izin, bölüm başkanından sözel izin alınmıştır. Katılımcılardan sözel izinleri alınarak katılmak istemeyen öğrenciler araştırma dışı bırakılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin 119'u (%35,1) 1. sınıfta, 89'u (%26,3) 2. sınıfta, 131'i (%38,6) ise 3. sınıfta olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin 153'ü (%45,1) erkek, ortalama yaşı $21,37 \pm 1,94$ olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin 91'i (%26,8) anne öğrenim durumunu lise ve üstü olarak bildirirken, 172'si (%50,7) baba öğrenim durumunu lise ve üstü olarak bildirmiştir. Ailelerinin gelir düzeyini ise 75'i (%22,1) iyi, 214'ü (%63,1) orta, 50'si (%14,7) kötü olduğunu ifade etmiştir.

Öğrencilerin 91'i (%26,8) ailesinde veya kendisinde tanı konulmuş kronik hastalık olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin 68'i (%20,1) organ bağıışı konusunda kendi bilgi durumunu yeterli bulduğunu bildirmiştir. Öğrencilerin 4'ü (%1,2) organlarını bağıışlamış, 203'ü (%59,) organlarını bağıışlamamış ama bağıışlamayı düşünüyor, 60'ı (%17,7) bağıışlamamış ve bağıışlamayı düşünmüyorken; 72'si (%21,2) kararsız olduğunu belirtmiştir. Organ bağıışı denilince katılımcıların aklına gelen organlar; 204'ü (%60,2) böbrek, 95'i (%28,0) kalp, 12'si (%3,5) göz, 5'i (%1,5) ekstremitelerden 72'si (%6,8) diğer organlardır.

Organ nakli ve bağıışı ile ilgili bazı bilgilerin değerlendirilmesi için sorulan 5 soruya öğrencilerin %69,3'ü 2 ve daha az doğru cevap verirken, %30,7'si 3 ve daha fazla doğru cevap vermiştir. Öğrencilerin 300'ü (%88,5) organ bağıışını doğru bir davranış olarak görürken, 234'ü (%69) organ naklini birçok hastalığın tedavisinde yeterli bir seçenek olarak gördüğünü belirtmiştir. Öğrencilerin 165'i (%48,7) yakınlarından birisi hayatını kaybederse organlarını bağıışlayacağını belirtmiştir. Katılımcıların 183'ü (%54,0) organ nakline ihtiyacı olduğunda, bir yakınından hayattayken organ bağıışını kabul edeceğini, 229'u (%67,6) bir yakınının organ nakline ihtiyacı olsa, hayattayken böbreğini ya da karaciğerinin bir parçasını bağıışlayacağını belirtmiştir. Öğrencilerin 63'ü (%18,6) ülkemizde organ nakli yapan merkezleri teknik yönden yeterli bulurken, 135'i (%39,8) bu görüşe katılmadığını belirtmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Organ nakli yapılacak kişinin dini, dili, ırkı, uyruğunun öğrencilerin 60'ı (%17,7) için önemli olduğu saptanmıştır. Organ bağışında bulunulursa, hayati tehlike hali oluştuğunda doktorların bağışlayan kişiyi kurtarmak için çok çaba göstermeyeceğinden endişe edenlerin sıklığı %29,5'tir. Organ naklinin dini yönden sakıncalı olmadığına katılan öğrenci sıklığı ise %66,7; katılmadığını belirtenlerin sıklığı ise %8,6'dır.

Organ bağışı konusundaki bilgilerini yeterli bulanların 30'u (%44,1) 3 ve daha fazla doğru cevap verirken, yeterli bulmayanların ise 74'ü (%27,1) 3 ve daha fazla doğru cevap vermiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin 297'si (%87,6) nakil yapılacak kişinin dini, dili, ırkı, uyruğu benim için önemlidir şeklinde görüş bildirmiştir. Aile gelir düzeyi iyi olanların 6'sı (%9,2) bu görüşe katılırken, 59'u (%90,8) katılmadığını belirtmiştir. Aile gelir düzeyi orta olanların 49'u (%25,4) bu görüşe katılırken, 144'ü (%74,6) katılmadığını ifade etmiştir. Aile gelir düzeyi kötü olanların 5'i (%12,8) bu görüşe katılırken, 34'ü (%87,2) katılmadığını belirtmiştir.

Anne öğrenim durumu ilköğretim ve altı olan öğrencilerin 161'i (%85,2) organ naklini birçok hastalığın tedavisinde yeterli bir seçenek olarak görürken, anne öğrenim durumu lise ve üstü olan öğrencilerin 73'ü (%96,1) bu görüşe katıldığını belirtmiştir ($p<0,05$). Organlarını bağışlamış veya bağışlamayı düşünen öğrencilerin 135'i (%93,1) yakınlarından birini kaybederse organlarını bağışlayacağını belirtirken, organlarını bağışlamayı düşünmeyen öğrencilerin 14'ü (%45,2) bu görüşe katıldığını ifade etmiştir ($p<0,05$). Organ bağışının dinen sakıncalı olmadığını düşünen öğrencilerin 168'i (%87,5) organlarını bağışlamış veya bağışlamayı düşünüyorken, bu görüşe katılmayanların 12'si (%48,0) organlarını bağışlamamış veya bağışlamayı düşünmediğini belirtmiştir ($p<0,05$).

Sonuç ve Öneriler: Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğu organ bağışı ve nakli ile ilgili görüşlerinin değerlendirildiği sorulara 2 ve daha az doğru cevap verirken, üçte biri 3 ve daha fazla sayıda doğru cevap vermiştir. Bu rakamlar, bu konudaki bilgi yetersizliğini ortaya koymaktadır. Zaten öğrenciler de kendilerine sorulan "Bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?" sorusuna büyük bir sıklıkta hayır cevabını vermiştir. Bu da kendilerinin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını bildiklerini göstermektedir. Bu da gruba yapılacak eğitimlerin başarı olasılığını da arttırmaktadır. 2008 yılında yapılan bir çalışmadan elde edilen verilere göre öğretim elemanlarının büyük bir çoğunluğunun organ nakli konusunda bilgisi vardır. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun organ nakli ve bağışı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Bu öğrencilerin sadece %1,2'si organlarını bağışladığını belirtmiştir. Henüz organlarını bağışlamamış ama bağışlamayı düşünenlerin ve kararsız olanların yüzdeleri göz ardı edilmeyecek düzeydedir. Bu durum organ nakli ve bağışı konusunda doğru, yeterli ve güvenilir bir bilgilendirme ile öğrencilerin organ bağışının arttırılabileceğini düşündürmektedir. Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerinin ileride meslek hayatlarında organ nakli ekiplerinde görev yapabilme seçenekleri de göz önünde bulundurularak öğrencilerin eğitimi gözden geçirilerek organ nakli ve bağışı konusunun da müfredatlarında yer almasının sağlanması önemlidir. Organ bağışı konusunda çok yönlü bir müdahale planlanması ve müdahalede yer alacak birimlerin görev tanımlarının yapılması (Belediye, Hastane, Diyanet işleri, Tıp Fakülteleri, Sosyal Hizmetler, Hemşirelik, Sağlık Bakanlığı) uygun olabilir.

Anahtar kelimeler: Organ bağışı, sosyal hizmet, öğrenci, nakil

Kaynaklar:

1. Parlak Ş. Organ bağışı ve organ naklinde ortaya çıkan sorunlar, TBB dergisi, Sayı 83, 2009.
2. Özer Gök F, Yavuz A, Beydağı KD, Fidancıoğlu H, Akın E, Şanlı İ, Tembela H, Bozkurt L, Urak S. Pamukkale Üniversitesi Denizli Yüksek Okulu'nda öğrenim gören bir grup öğrencinin organ nakli ve bakışına yönelik görüşleri ve bilgi düzeylerine eğitimin etkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008;7(1):39-46.
3. Akış M, Katırcı E, Uludağ HY. ve ark. S.D.Ü. personelinin organ-doku bağışı ve nakli hakkındaki bilgi ve tutumları, S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi. 2008; 15(4):28-33.
4. Özmen D, Çetinkaya AC, Sarızeybek B, Zeybek A. C.B.Ü Manisa Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Organ Bağışına İlişkin Bilgi ve Görüşleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28: 311-318.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Şenay Özgülcü¹, Salih Mollahaliloğlu¹, Başak Dönertaş², Ali Alkan³, Ahmet Akıcı²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, ³Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Giriş ve Amaç: Hastalar akılcı ilaç kullanımının (AİK) önemli paydaşlarıdır. Hastaların uygun olmayan şekilde kendi kendini tedavi etme (KKTE) tutumları akılcı olmayan ilaç kullanımının nedenlerinden biridir. Bu konudaki mevcut durumun tespit edilmesi AİK sürecinde hedeflenen noktalara ulaşılmasına katkı sağlar. Bu araştırmada hastaların KKTE tutumlarının incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki bu araştırmada, Türkiye'nin 12 ilinde (Amasya, Bartın, Bayburt, Bilecik, Bolu, Çankırı, Denizli, Eskişehir, Karabük, Kastamonu, Kırşehir, Gümüşhane) yer alan, rastgele seçilen çeşitli aile sağlığı merkezlerinden (ASM) ve devlet hastanelerinden (DH) hizmet alanve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 4470 hastaya (2209'u ASM'den, 2261'i DH'den) 2010 yılı Mayıs ayında anket uygulandı. Ankette özetle hastaların bazı demografik özellikleriyle ilgili soruların yanı sıra hastaların hastalandıklarında KKTE yaklaşımları sorgulandı. Saha uygulamasının ardından elde edilen veriler elektronik ortama aktarıldı. Verilerin analizinde SPSS 18.0 kullanıldı.

Bulgular: Ankete katılanların çoğunluğunu 25-44 yaş (%46.2) ve 45-64 yaş (%29.2) gruplarında yer alan hastalar oluşturmaktadır. Katılımcıların %57.4'ü kadın ve %43.7'si ilköğretim mezunu idi. Hastaların "hasta olduklarında ilk olarak ne yaptığı" sorgulandığında, %51.4'ü hekime gittiğini, %37.4'ü evdeki ilaçları kullandığını bildirdi. Hasta olduklarında "hekime gitmeden eczaneden ilaç alma" alışkanlıkları sorgulandığında, %55.7'si hekime gitmeden eczaneden kesinlikle ilaç almadığını bildirdi. Hastaların ASM'lerde %54.5'i, DH'lerde %57.2'si "hastalandıklarında yakınlarının kendilerine ilaç tavsiyesinde bulunduğunu", ASM'lerde %36'sı, DH'lerde %38.2'si "yakınları hastalandığında kendilerinin onlara ilaç tavsiyesinde bulunduğunu" ve ASM'lerde %30.8'i, DH'lerde %34.2'si "hastalandığında yakınlarından her zaman ya da bazen" ilaç aldığını bildirdi.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Ankete verilen yanıtlara göre hastaların yarıya yakınının "hastalandığında ilk olarak KKTE eğilimi"nde olduğu ve bu eğilimleriyle örtüşen düzeyde "reçetesiz ilaç kullanma" tutumu sergiledikleri izlenimi dikkati çekmektedir. İstanbul'da 1999 yılında birinci basamakta yapılmış bir çalışmada, ebeveynlerin %60.2'sinin hekime başvuru öncesi çocuklarına ilaç verdikleri bildirilmiştir (1). Erzurum'da 2004 yılında yapılmış bir başka çalışmada ise hasta olduklarında katılımcıların %63.5'inin ilk olarak evdeki ilaçları kullandığı, %24'ünün hekime gittiği bildirilmiştir (2). Sınırlı basit hastalık durumları hariç, hastaların hekimlerini devre dışı bırakarak KKTE alışkanlığını yaygın şekilde benimsemeleri, AİK açısından istenmeyen bir durumdur ve önemli sağlık sorunlarına yol açabilir. Bu alışkanlığın geçmişe kıyasla kısmi iyileşme gösterdiği kabul edilse bile, henüz beklenen düzeylere ulaşmadığı söylenebilir. Bu tespit, halkın KKTE konusunda daha bilinçli davranmasına yönelik faaliyetlere hız verilmesi gerekliliğini işaret etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kendi Kendini Tedavi, Hasta, İlaç Kullanımı.

Bu araştırma için Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı-Dünya Bankası Projesinden finansal destek alınmıştır.

Kaynaklar:

1-Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MU, Oktay S. Prescribing habits of general practitioners in the treatment of childhood respiratory-tract infections. Eur J Clin Pharmacol 2004;60(3):211-6.

2-Vançelik S, Çalıköğlü O, Güraksın A, Beyhun E. Erzurum il merkezindeki erişkinlerin ilaç kullanım davranışları ve ilişkili faktörler. Toplum Hek Bult 2006;25(2):33-38.

364

HEMŞİRELERİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Mehtap Şahingöz, Elçin Balcı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Giriş ve Amaç; Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre Akılcı İlaç Kullanımını (AİK); hastaya doğru tanının konması, değişik seçenekler içerisinde, etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi, hastaya açık bilgiler vererek tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşım biçimidir (1). AİK'da önemli bileşenlerden birisi de hastanın tedaviye uyumu, yani reçete edilen ilaçların tavsiye edilen dozda, zamanda ve uyarılara uygun şekilde kullanılmasıdır (2).

Hastane kliniklerinde hemşireler ilaçların hastalara uygulanmasından sorumlu kişilerdir (3). Ayrıca hemşire; kendisinde ve hastada ilaç kullanımı süresince gelişebilecek olumsuzlukları ilk gözlemleyen kişi olduğu için, ilaçlar hakkında bilgili sahibi olması da gereken kişidir. Bu durum hemşirenin akılcı ilaç kullanması ve uygulaması gereğini ortaya çıkarmaktadır.

Bu çalışma, Sivas il merkezindeki kamu ve özel sağlık kurumlarında görev yapan hemşirelerin, kendi hastalıkları sırasında ve hastaların tedavisinde kullandıkları ilaçlar konusunda bilgi durumlarını ve akılcı ilaç uygulama tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler; Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma 1 Eylül- 31 Kasım tarihleri arasında, Sivas il merkezindeki birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşları ve özel sağlık kuruluşlarında görev yapan hemşirelerde yapıldı. Hemşirelerin görev yaptığı merkezler 1.basamak (ASM-TSM), 2. basamak (Numune Hastanesi, Devlet Hastanesi, Özel Hastane ve özel diyaliz merkezleri) ve 3. basamak (Üniversite Hastanesi) olarak gruplandırıldı.

Araştırmada çalışma evreninin tümüne ulaşılması hedeflendiğinden örneklem seçilmedi. İlgili tarihlerde görev yapan toplam 750 hemşireden çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler (65 kişi) ve rapor, tayin, izin nedeniyle (44 kişi) ulaşılabilenler çalışma dışında kaldı. Araştırma 641 hemşireye ulaşılarak tamamlandı (%85.5 ulaşma oranı).

Veriler literatür ışığında hazırlanan bir anket formuyla toplandı. Anket formu; hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, mezun oldukları okul, medeni durum), çalışma özellikleri (çalıştığı bölüm, meslekte çalışma süresi) için 14 soru, kendi hastalığının tedavisi süresince ve çalıştığı klinikteki ilaç uygulamalarındaki bilgi ve tutumları ile ilişkili 19 soru olmak üzere toplam 33 sorudan oluşmaktaydı. Anket formu, hemşireler çalıştıkları birimlerde ziyaret edilerek, gerekli açıklamalar yapılarak, çalışmayı kabul eden hemşirelerin kendileri tarafından gözlem altında dolduruldu. Anket formu ile elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 16.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Değerlendirmede yüzdellik ve analizde ki kare testi kullanıldı. $P < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular; Araştırmaya katılan 641 hemşirenin yaş ortalaması 29.2 ± 4.9 yıl idi. Hemşirelerin 95.3'ü kadın, %40.2'si 26-30 yaşları arasında olup %68.2'si lisans mezunuydu. Hemşirelerin %61.8'i evliydi ve %50.4'ünün en az bir çocuğu vardı. Grubun %55.5'i ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışmaktaydı. Hemşirelerin %73.8'inin vardiyalı çalıştığı ve %82.7'sinin haftalık ortalama çalışma süresinin 40 saat üstü olduğu tespit edildi.

Hemşirelerin %37.8'i kendileri hastalandıklarında hekime danıştıklarını ifade ettiler. Hemşireler hastalanmaları halinde gösterdikleri davranış açısından, yaş grupları, çalıştıkları kurumlar ve meslekte toplam çalışma süreleri arasında fark göstermekteydiler ($p < 0.05$). Yaşı 21-30 arasında olanlar (%39.1) ile birinci basamak kurumlarda çalışanlarda (%48.6) hekime başvurma, meslekte 1 yıldan az çalışanlarda (%45.5) ise kendi kendini tedavi etme anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($p < 0.05$).

Hemşirelerin %53.0'ü hastalandıklarında hekimin verdiği ilacı tamamıyla kullanmadıklarını, hastalık belirtisi geçtiği zaman bıraktıklarını ifade ettiler. Sorumlu hemşire olarak çalışan grubun %58.8'i hekimin tavsiyesine tamamen uyduklarını ifade ettiler ve bu grupta görev yapanlar daha fazla hekim tavsiyesine uymaktaydı ($p < 0.05$).

Hemşirelerin %98.8'i kullandıkları ilaçların etkisini, %99.1'i ise yan etkisini bildiklerini ve %80.8' i kullandıkları ilacın yan etkisi çıkması halinde hekime danıştıklarını ifade ettiler.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hemşirelerin %76.3'ü hastalık halinde (sağlık personeli olmayan) başkalarının önerdiği ilacı almadıklarını ifade ettiler. Öğrenim durumu lisansüstü olan grubun tamamı başkalarının önerdiği ilacı almadıklarını ifade ettiler ve bu gruptaki hemşirelerde önerilen ilacı almama oranı anlamlı şekilde daha yüksekti ($p<0.05$).

Hemşirelerin %60.5'i kendi hastalığına iyi gelen bir ilacı bir başkasına aynı hastalık için önermekteydi. Hemşirelerin kendi hastalığına iyi gelen bir ilacı bir başkasına aynı hastalık için önerme açısından, yaş grupları ve haftalık ortalama çalışma süreleri arasında fark vardı ($p<0.05$). Yaşı 31 ve üstü olan grupta (%65.8) ve haftalık 40 saat üstü çalışan grupta (%63.2) bir ilacı başkasına aynı hastalık için önerme daha yüksekti.

Hemşirelerin %92.9'u ilaçları alırken reçetede yazan ilaç olup olmadığını kontrol ettiklerini ifade ettiler. Hemşirelerin ilaçları alırken reçetede yazan ilaç olup olmadığını kontrol etme durumları açısından, gruplar arasında fark yoktu ($p>0.05$).

Hemşirelerin %99.5'i hastalara kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgi verdiğini ifade ettiler. Grubun %51.0'i ilacın uygulama şeklini, %59.6'sı beklenmeyen bir etki görülürse başvurması gerektiğini anlatmaktaydı. Halen bulunduğu sağlık kuruluşunda 10 yıl ve üstü çalışma süresi olan grup daha az düzeyde hastalara kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgi verdiklerini ifade etmişlerdir ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hemşirelerin %57.6'sı hastaların özellikle talep ettikleri ilaçları hiçbir zaman vermediklerini ifade ettiler. Hastalara özellikle kendilerinin talep ettikleri ilaçları verme durumları incelendiğinde, yaşı 21-30 arası olan grupta (%60.9), öğrenim durumu lisans olanlarda (%63.2) ve haftalık ortalama 40 saat çalışanlarda (%66.7) talep edilen ilacı vermeme eğilimi, meslekte 10 yıl ve üzeri çalışan grupta (%50.0) ise verme eğilimi daha yüksek bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin %70.7'si hastalara ilaç dışı tedavi de önerdiklerini ifade ettiler. Haftalık ortalama 40 saatten fazla çalışan grubun %72.5'i hastalara ilaç dışı tedavi önerdiklerini ifade ettiler ve bu grupta

ilaç dışı tedavi önerme oranı daha yüksek bulundu ($p<0.05$)

Hemşireler hekime başvurmaya gerek duymadan en fazla oranda ağrı kesicileri (%92.0) ve vitaminleri (%56.6) kullandıklarını ifade ettiler.

Hemşirelerin %87.5'i ilaçlarla ilgili bilgileri vademecumdan, %75.7'si ilaç prospektüslerinden aldıklarını ifade ettiler. Hemşirelerin %50.9'u evlerinde artan ilaçları buzdolabında sakladıklarını ve %30.7'si ise beklemeden attıklarını ifade ettiler.

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler; Hastalık halinde hemşirelerin %37.8'i hekime danıştıklarını belirttiler. Özkan ve ark. (4) toplumda yaptığı çalışmada, hasta olduklarında erkeklerin %70,3'ünün, kadınların %68,4'ünün doktora gittikleri ve İlhan'ın (5) yaptığı çalışmada iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda araştırmaya katılanların %65.4'ünün sıklıkla doktora gittikleri tespit edilmiştir. Bu araştırmanın bulguları Özkan ve ark. ve İlhan'ın yapmış oldukları çalışmaların bulgularından daha düşük bulunmuştur. Bu durum hemşirelerin hastalıkları ve tedavisini bildiklerini düşünmelerinden veya hekime genel toplumdan daha kolay ulaşabildiği için, çalışma ortamındaki hekime durumunu danışmasını "hekime gitmek" olarak nitelendirmemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Hastalanmaları halinde hekimin verdiği ilacı hemşirelerin %53.0'ü hastalık belirtisi geçtiği zaman bıraktıklarını ifade ettiler. Özçelikay'ın (6) yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların %76.1'inin ilaçlarını kullanırken hekim tavsiyesine tamamen uydukları tespit edilmiştir. Bu araştırmanın bulguları Özçelikay'ın yapmış olduğu çalışmanın bulgularından daha düşük bulunmuştur. Bu durum hemşirelerin topluma göre hastalıkları daha az önemsemesi şeklinde açıklanabilir.

Hemşirelerin %80.8'i kullandıkları ilacın yan etkisi çıkması halinde hekime danıştıklarını ifade etmişlerdir. Yaşı ve meslek süresi daha fazla olanlar kullandıkları ilaçların yan etkisi çıkması halinde hekime danıştıklarını ifade ettiler. Meslekte çalışma süresi fazla olan hemşirelerin tecrübeleri dâhilinde, ilaçların yan etkisi çıktığı zaman

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

tedavinin hemen kesilerek ilacın kullanılmaması ve hekimin bilgisiyle ilacın değiştirilmesi gerektiğini biliyor olmalarıyla açıklanabilir.

Hemşirelerin %76.3'ü hastalık halinde (sağlık personeli olmayan) başkalarının önerdiği ilacı almadıklarını ifade ettiler. Bilinçsiz tüketildiğinde zarar verme oranının biliniyor olması doktor dışındaki kişilerce önerilen ilacı almama oranını artırıyor olabilir. Ancak burada beklenen hemşirelerin tümünün bu hassasiyeti göstermeleridir. Bu konuda hassasiyet eğitimlerle kazanılabilir. Nitekim öğrenim durumu lisansüstü olan grubun tamamı başkalarının önerdiği ilaçları almadıklarını ifade ettiler.

Hemşirelerin %60.5'i kendi hastalığına iyi gelen bir ilacı bir başkasına aynı hastalık için önerdiklerini ifade ettiler. Özkan ve ark. (4) yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların %22.6'sı başkalarına ilaç tavsiye ettiğini belirtmişlerdir. Bu araştırmanın bulguları Özkan ve ark. yaptığı araştırmanın bulgularından yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin %99.5'i hastalara kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgi verdiğini ifade etmişlerdir. Halen bulunduğu sağlık kuruluşunda 10 yıl ve üstü çalışma süresi olan grup daha az düzeyde hastalara kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgi verdiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum meslekte uzun süre çalışanların bu konudaki farkındalıklarının ve bilgilenmelerinin daha az olmasından veya almış oldukları eğitim ayrıntılarını unutmuş olma ihtimallerinden kaynaklanıyor olabilir.

Hemşirelerin %57.6'sı hastaların özellikle talep ettikleri ilaçları hiçbir zaman vermediklerini ifade etmişlerdir. 21-30 yaş grubunda (%60.9), öğrenim durumu lisans olanlarda (%63.2) ve haftalık ortalama 40 saat çalışanlarda (%66.7) talep edilen ilacı vermeme eğilimi yüksek bulunmuştur. Bu durum genç yaş grubundaki meslekte çalışma süresi az, eğitim seviyesi yüksek olan hemşirelerin yeni mezun oldukları için hassasiyetle ilaçların kullandıkları diğer ilaçlarla etkileşimlerini biliyor olmaları talep edilen ilacın vermeme eğilimlerini artırıyor şeklinde açıklanabilir.

Hemşirelerin %70.7'si hastalara her zaman ilaç dışı tedavi önerdiklerini ifade etmişlerdir. Doğukan'ın (7) çalışmasında hekimlerin %74.3'ü hastalarına ilaç dışı tedavi önerdiklerini beyan etmişlerdir. Bu araştırmanın bulguları Doğukan'ın yapmış olduğu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. İlaç dışı tedavi önerme durumu haftalık ortalama 40 saat ve üstü çalışan grubun %72.5'inde ve haftalık çalışma süreleri 40 saatten fazla olan grupta diğer gruplardan fazla olacak şekilde anlamlı bulunmuştur. Haftalık çalışma süreleri 40 saatten fazla olan hemşireler genelde 16-08 shifti şeklinde nöbet tutarak çalıştıkları için hastalarla geceleri daha sakin ortamda vakit geçirmeleri ve yakın iletişim kurmaları ilaç dışı tedavi önerme oranını arttırıyor olabilir.

Hemşirelerin %92.0'si ağrı kesicileri, %56.6'sı vitaminleri hekime başvurmaya gerek görmeden kullandıklarını belirtmişlerdir. Ağrı kesicilerin masum ilaçlar olarak algılanması, eczanelerden reçetesiz alınmasının kolay olması, çalıştıkları sağlık kuruluşlarında her klinikte kolayca ulaşılabilirliği ve vitaminlerin de halk arasında bile ilaç olarak değerlendirilmemesi hemşirelerin ilaçları hekime danışmadan kullanma tercihlerini açıklayabilir.

İlaçlarla ilgili bilgilerini hemşirelerin %87.5'i vademecumdan, %75.7'si ilaç prospektüslerinden aldıklarını belirtmişlerdir. Doğukan'ın (7) yaptığı çalışmada en çok yararlanılan bilgi kaynağı olarak hekimlerin %86.7'si vademecum yanıtını vermişlerdir. Bu araştırmanın bulguları Doğukan'ın yapmış olduğu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Burada vademecumun kolay ulaşılabilir olması hekimler gibi hemşireler için de ilaçlar hakkında başvuru kaynağı olarak kullanılıyor olabilir.

Hemşirelerin %50.9'u evlerinde artan ilaçları buzdolabında sakladıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum hemşirelerin bir ilacın nasıl saklanacağı konusunda bilgi sahibi olmalarından ve bu konuda daha dikkatli davranmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi eksiklikleri ve uygulamada hataları mevcuttur. Konu hakkındaki bilgi eksiklikleri hizmet içi eğitimlerle giderilip, akılcı ilaç kullanımı konusunda hassasiyetin sürekli gündemde kalması sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hemşire, İlaç, Akılcı İlaç Kullanımı

HEMŞİRELERİN ORGAN BAĞIŞINA BAKIŞLARI

Elçin Balcı, Mehtap Şahingöz

Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Giriş ve Amaç; Organ bağışı, bir kimsenin hayatta iken serbest iradesi ile yaşadığı süre içinde veya tıbben yasamı sona erdikten sonra organlarının başka hastaların tedavisi için kullanılmasına izin vermesidir. Tanımdan da anlaşılacağı üzere organ bağışı, hem canlı vericiler tarafından organlardan birinin ya da bir parçasının bağışlanmasını hem de ölümden sonraki bir uygulamayı yani kadavradan yapılabilecek organ bağışını kapsamaktadır (1).

Ülkemizde yeterli sayıda organ ve doku nakli merkezi ve bu konuda deneyimli bilim adamları olduğu halde, başkasından alacağı organla hayata dönmesi ve sağlıklı bir hayat sürmesi mümkün olacak pek çok hasta insan vardır. Bu hastalar ya dini gerekçelerle ya da konu hakkındaki yanlış bilgi ve inanışlar sebebiyle tedavi olamamakta, sağlıklarını kaybetmekte ve hatta ölmektedirler (2).

Organ bağışlarını arttırabilmek için halkın yetersiz bilgisini, reddedici tavır ve tutumunu gidermek, tüm alanlarda bu onuyla ilgili engelleri aşmak gerekmektedir. Bunun için öncelikle sağlık profesyonellerinin bu konuda bilgi sahibi olmaları ve halkı aydınlatmaları gerekmektedir. Hemşireler de hasta ve yakınlarıyla yakın iletişimi olan bir grup olarak bu konuda mesafe kat etmede rol alacak önemli bir yere sahiptir.

Bu çalışma, Sivas il merkezindeki kamu ve özel sağlık kurumlarında görev yapan hemşirelerin, organ bağışı konusuna genel yaklaşımları, bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem; Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma 1 Eylül- 31 Kasım tarihleri arasında, Sivas il merkezindeki birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşları ve özel sağlık kuruluşlarında görev yapan hemşirelerde yapıldı. Hemşirelerin görev yaptığı merkezler 1.basamak (ASM-TSM), 2. basamak (Numune Hastanesi, Devlet Hastanesi, Özel Hastane ve özel diyaliz merkezleri) ve 3. basamak (Üniversite Hastanesi) olarak gruplandırıldı.

Araştırmada çalışma evreninin tümüne ulaşılması hedeflendiğinden örneklem seçilmedi. İlgili tarihlerde görev yapan toplam 750 hemşireden çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler (65 kişi) ve rapor, tayin, izin nedeniyle (44 kişi) ulaşılamayanlar çalışma dışında kaldı. Araştırma 641 hemşireye ulaşılarak tamamlandı (%85.5 ulaşma oranı).

Veriler literatür ışığında hazırlanan bir anket formuyla toplandı. Anket formu; hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, mezun oldukları okul, medeni durum), çalışma özellikleri (çalıştığı bölüm, meslekte çalışma süresi) için 14 soru, organ bağışı konusunda ki bilgi ve tutumları ile ilişkili 20 soru olmak üzere toplam 34 sorudan oluşmaktaydı. Anket formu, hemşireler çalıştıkları birimlerde ziyaret edilerek, gerekli açıklamalar yapılarak, çalışmayı kabul eden hemşirelerin kendileri tarafından gözlem altında dolduruldu. Anket formu ile elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 16.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Değerlendirmede yüzdelik ve analizde ki kare testi kullanıldı. P<0.05 değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular; Araştırmaya katılan 641 hemşirenin yaş ortalaması 29.2±4.9 yıl idi. Hemşirelerin 95.3'ü kadın, %40.2'si 26-30 yaşları arasında olup %68.2'si lisans mezunuydu. Hemşirelerin %61.8'i evliydi ve %50.4'ünün en az bir çocuğu vardı. Hemşirelerin %55.5'inin ikinci basamak sağlık kurumlarında çalıştığı, %73.8'inin vardiyalı çalıştığı ve %82.7'sinin haftalık ortalama çalışma süresinin 41 saat ve üstü olduğu tespit edildi.

Hemşirelerin %98.1'i organ bağışında bulunmamıştı ve %53.5'i de konu hakkında yeterli bilgisi olmadığını ifade etti. Hemşirelerin %99.2'sine göre organ bağışı yasaldı, %50.5'ine göre de dinen sakıncası yoktu. Hemşirelerin %88.8'i aileden birine organ gerekirse, %18.4'i de hasta olan bir yabancıya organ gerekirse organlarını verebileceğini belirtti. Türkiye'de organ bağışının yetersiz olduğunu düşünen hemşireler %74.1 düzeyinde idi. Organların alınması için beyin ölümünün gerçekleşmesinin gerekli olduğunu ifade eden hemşireler %91.4'lük bir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

grubu oluşturmaktaydı. Hemşirelerin %31.0'i kişi organ bağış yaptığı halde ölümünden sonra ailesinin itiraz etmeye hakkı olmadığını, %2.3'ü ise organ bağışının ücretli bir işlem olduğunu düşünmekteydi.

Hemşirelere organ bağışının nerelere yapılabileceği sorulduğunda %87.4'ü organ bağış merkezleri yanıtını verdi ve bağış için gereken formaliteleri %28.1'i bilmiyorum diyerek yanıtı bıraktı. Bağış mümkün olan organ olarak hemşirelerin %98.1'i böbrek yanıtını verdi. Ölmüş kimseler adına organ bağış kararını birinci derece yakınlarının vereceğini düşünen hemşireler %88.0'lik bir grubu oluşturdu. Organ bağış konusundaki bilgilendirme kaynağı olarak hemşirelerin %43.1'i internet yanıtını verdi. Organ bağışının artırılması için hemşirelerin %93.3'ü eğitimlerin artırılması gerektiğini ve %75.2'si din görevlilerinden yardım alınması gerektiğini ifade etti.

Hemşirelerin %1.9'u (12 kişi) organ bağış yaptığını ifade etti. Cinsiyete göre organ bağış yapma durumu değerlendirildiğinde; kadınların %1.6'sı, erkeklerin %6.7'si organ bağış yapmıştı ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.05$).

Organ bağış yapan kişilerin tamamı (12 kişi) konu hakkında yeterli bilginin var diyen kişilerdi ve bilginin yeterli değil diyenlere göre bağış yapma durumları anlamlı olarak yüksekti ($p = 0.001$). Dini açıdan organ bağışının uygun olduğunu düşünenlerde organ bağışlama oranı daha yüksekti ($p = 0.001$).

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler; Hemşirelerin %98.1'i organ bağışında bulunmamıştı. Şıpkın ve ark.'nın (3) 2008 yılında yaptığı bir çalışmada çalışmaya katılan öğretim elemanlarında organ bağışında bulunmayanların oranı % 86.6'dır. Bu çalışmanın bulguları Şıpkın ve ark.'nın yaptığı çalışmanın bulgularından yüksek bulunmuştur. Organ bağışında bulunmama oranını yüksekliği hemşirelerin kendilerinde yada yakınlarından birinde organ nakline ihtiyaç duyulmamış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Hemşirelerin %53.5'i organ bağış konusunda yeterli bilgisi olmadığını ifade etti. Akış ve ark.'nın (1) yapmış olduğu çalışmada çalışmaya katılanların %72'si doku ve organ nakli konusunda bilgi sahibidir. Bu çalışmanın bulguları Akış ve ark.'nın yaptığı çalışmanın bulgularından düşük bulunmuştur.

Hemşirelerin organ bağış konusundaki bilgilendirme kaynaklarının başında internet (%43.1) belirtildi. Şıpkın ve ark.'nın (3) yapmış olduğu çalışmada çalışmaya katılanların % 93.9'unun organ bağış hakkında bilgisinin bulunduğu, % 32.9' unun da bu bilgiyi gazete ve dergiden edindiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum teknolojinin gelişmesiyle birlikte gazete ve dergilere internet aracılığıyla ulaşılabilmesi ve internetin sağlık kuruluşlarında kolay ulaşılabiliyor olması şeklinde açıklanabilir.

Grubun %99.2'sine göre organ bağış yasaldı, %50.5'ine göre dinen sakıncası yoktu. Kitap ve sünnetin ortaya koyduğu temel prensiplerle mütehidler tarafından bunlara dayanılarak çıkarılan genel hükümler ve kaideler, tedavinin bir parçası olan organ naklinin caiz olduğunu göstermektedir. Organ bağışını dolayısıyla buna bağlı olarak organ naklini engelleyici olumsuz bir durum söz konusu değildir (2). Şıpkın ve ark.'nın (3) çalışmasına göre öğretim elemanlarından % 85.4'ü dini yönden organ bağışını uygun bulmaktadır. Bu çalışmanın bulguları Şıpkın ve ark.'nın yaptığı çalışmanın bulgularından düşük bulunmuştur.

Hemşirelerin %88.8'i aileden birine organ gerekirse, %18.4'i hasta olan kişi bir yabancı ise organlarını verebileceğini belirtti. Aileden birinde organ ihtiyacı olması halinde bireyin hastalığından dolayı yaşıadığı sıkıntılara ve yaşam kısıtlılıklarına daha yakından tanık olunması organ gerektiğinde yabancı birine göre aileden birine verme oranını artırıyor olabilir. Özer Gök ve ark.'nın (4) üniversite öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada aileden birine organ gerekli olsa bağışta bulunmak isteyenlerin oranı %96.2'dir. Bu çalışmanın bulguları Özer Gök ve ark.'nın yaptığı çalışmanın bulgularına benzer bulunmuştur.

Türkiye'de organ bağışının yetersiz olduğunu düşünen hemşireler %74.1 düzeyinde idi. Şıpkın ve ark.'nın (3) çalışmasındaki öğretim üyelerinin % 97.6'si ülkemizde yeterince organ bağış yapılmamakta olduğunu düşünmektedir. Bu çalışmanın bulguları Şıpkın ve ark.'nın yaptığı çalışmanın bulgularından düşük bulunmuştur. Bu durum hemşirelerin hastane ortamında bulunmaları ve organ ihtiyacı olan bireylerle öğretim görevlilerine göre daha çok karışlaşıyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hemşirelerin %2.3'ü ise organ bağışının ücretli bir işlem olduğunu düşünmekteydi. Koçak ve ark.'nın (5) tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada organ naklinin mali boyutu hakkındaki düşüncelerini çalışmaya katılanların %45.6'sı "pahalı" olarak belirtmiştir. Bu çalışmanın bulguları Koçak ve ark.'nın yaptığı çalışmanın bulgularından düşük bulunmuştur. Bu durum hemşirelerin öğrencilere göre organ bağışı konusunda daha fazla bilgiye sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Bağışı mümkün olan organlardan en fazla bilineni böbrek (%98.1) idi. Vicdan ve ark.'nın (6) yaptığı çalışmada hangi organlar bağışlanabilir sorusuna çalışmaya katılanların %95,9'u böbrek cevabını vermiştir. Bu çalışmanın bulguları Vicdan ve ark.'nın yaptığı çalışmanın bulgularına benzer bulunmuştur.

Ölmüş kimseler adına organ bağışı kararını birinci derece yakınlarının vereceğini düşünen hemşireler %88.0'lik bir grubu oluşturdu. Kişi ölmeden önce organ bağışında bulunmamış fakat sözel olarak bu konu hakkında fikrini (verilsin/verilmesin) ailesine belirtmiş olabilmeleri ölmüş kişi adına kararı yakınlarının vereceğini düşünme oranını arttırıyor olabilir.

Organ bağışının artırılması için hemşireler eğitimlerin artırılması (%93.3), din görevlilerinden yardım (%75.2) dile getirdi. Bu durum sayesinde organ bağışının dinen yasak olmadığına din görevlileri tarafından konu hakkında bilgisi olmayan bireylerin ve toplumun eğitimiyle organ bağışının arttırılabileceği şeklinde açıklanabilir.

Organ bağışı yapan kişilerin tamamı konu hakkında yeterli bilgim var diyen kişilerdi ve bilgim yeterli değil diyenlere göre bağış yapma durumları anlamlı olarak yüksekti. Dini açıdan da organ bağışının uygun olduğunu düşünenlerde organ bağışlama oranı daha yüksekti. Organ nakli konusunda bilgi düzeyi arttıkça organ bağışlama oranının artması, bu konudaki bilgi seviyesinin yükselmesi organ naklinin geleceği konusunda umut verici olarak değerlendirilebilir.

Hemşirelerin genel olarak organ bağışı konusunda bilgi eksiklikleri mevcuttur. Sağlık profesyoneli olmaları nedeniyle daha bilgili ve hassas olmaları beklenen bu gruptaki bilgi eksikliklerinin giderilmesi hizmet içi eğitimlerle mümkündür.

Organ nakli konusunda bilgi düzeyinin artması ve dini yönden tereddütlerin giderilmesiyle hemşireler arasında da organ bağışlama oranlarının artacağı düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Hemşire, Organ, Organ Bağışı

Kaynaklar:

1- Akış M, Katırcı E, Uludağ H, Küçükçılıç B, Gürbüz T, Türker Y, Kayacan H, Öngel K, Gül H. Süleyman Demirel Üniversitesi personelinin organ-doku bağışı ve nakli hakkındaki bilgi ve tutumları. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2008;15(4):28-33

2- Acar İ. Organ bağışının dinimizdeki yeri. Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2007; 27:17-30

3- Şıpkın S, Şen B, Akan S, Tuna Malak A. Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, İlahiyat Fakültesi ve Güzel Sanatlar Fakültesi öğretim elemanlarının organ bağışına bakış açılarının incelenmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 11(1) : 19 - 25

4- Özer Gök F, Yavuz A, Beydağı KD, Fidancıoğlu H, Akın E, Sanlı I, Tembela H, Bozkurt L, Urak S. Pamukkale Üniversitesi Denizli Yüksek Okulu'nda öğrenim gören bir grup öğrencinin organ nakli ve bakısına yönelik görüşleri ve bilgi düzeylerine eğitimin etkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008;7(1):39- 46

5- Koçak A, Aktaş E Ö, Şenol E, Kaya A, Bilgin U E. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin organ nakli ve bağışı hakkındaki bilgi düzeyi. Ege Tıp Dergisi 2010; 49(3): 153-160

6- Vicdan Kacaroglu A, Peker S, Üçer B. Akşehir Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Organ Bağışı ile İlgili Tutumlarının Belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2011; 10(2): 175-180

HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ÖZ ETKİLİLİK-YETERLİK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Yeter Kitiş¹, Dilek Uz²

¹Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ²GATA Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Sağlıklı yaşam biçimi kavramı, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır. Hemşire, bireylerin ve grupların gerçek ve olası sağlık problemlerini algılamalarını sağlamak, bireylerin sağlıklarını etkileyen çevresel değerlendirmeleri yapmak ve sağlığı geliştirici girişimleri planlayarak toplum sağlığını geliştirmeye katkı sağlamakla sorumludur (Aksayan ve Gözüm 1998). Hemşirelerin bu sorumlulukları yerine getirirken sağlığı koruma, geliştirme ve yaşam kalitesini yükseltme konularında öncelikle kendi inanç, tutum ve yaklaşımları ile rol modeli olmaları önemlidir.

Bu çalışma hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve öz-etkililik-yeterlilik durumlarının belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırmanın evrenini GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan toplam 607 hemşire oluşturmaktadır. Evrenin tamamına ulaşılması planlanmış, bu dönemde çalışmakta olan 538 (% 88.63) hemşireye ulaşılabilmektedir. Araştırma grubunun yaş ortalaması 29.66 ±4.83 olup, %76.7'si lisans mezunudur. Hemşirelerin yaklaşık % 20 sinin sürekli tedavi ve izlem gerektiren bir sağlık sorunu mevcut, %22 si sigara içmekte ve yaklaşık %20 si normalin üzerinde beden kitle indeksine sahiptir. Hemşirelerin % 65'i nöbet ya da vardiya şeklinde çalışırken %34'ü sadece gündüz çalışmaktadır. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) kullanılarak toplanmıştır. Kişisel Bilgi Formu; yaş, medeni durumu, öğrenim durumu, hizmet yılı, çalışma şekli, çalıştığı bölüm, boy, kilo, sigara ve alkol kullanma izlem/tedavi gerektiren hastalık varlığı olmak üzere 10 sorudan oluşmaktadır. SYBDÖ II 52 maddeden oluşan dörtlü likert tipi bir ölçektir. Walker ve Hill-Polerecky tarafından geliştirilen ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmektedir. Türkçe'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.92, alt boyutlarının ise 0.71-0.83 arasında değişmektedir. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz ve fiziksel aktivite, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt boyutlarından oluşan ölçekten alınacak puan 52 – 208 dir. ÖEYÖ Sherer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Gözüm ve Aksayan (1999) tarafından Türkçe 'de geçerlik güvenilirliği çalışılmıştır. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81, test-tekrar test güvenilirliği 0.92 olarak bulunmuştur. Beşli likert tipindeki ölçek 23 maddeden oluşmaktadır. Davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alt boyutlarından oluşan ölçekten 23-115 puan alınabilmektedir. Alınan puanın yüksek olması, bireyin öz-etkililik-yeterlilik (ÖEY) algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Araştırma için GATA Etik Kurulu'ndan ve GATA Komutan Bilimsel Yardımcılığı'ndan yazılı izinler alınmıştır. Hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak onamları alınmıştır. Araştırma verileri Formların doldurulması ortalama 25 dakika sürmüştür. SYBDÖ II ve ÖEYÖ araştırmanın bağımlı değişkenleri, tanıtıcı bilgiler formunda yer alan sorular ise araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak alınmıştır. Araştırma verileri SPSS 15.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. İki gruplu karşılaştırmalarda Mann Whitney U Testi; üç ve daha fazla gruplarda ise Bonferroni düzeltmeli Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. SYBDÖ II ve ÖEYÖ ilişkisi Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Yanılma payı 0.05 olarak kabul edilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya katılan hemşireler SYBDÖ II den ortalama 132.87 puan (sağlık sorumluluğu 22.54; egzersiz 17.91, beslenme 21.01; kendini gerçekleştirme 26.35; kişilerarası destek 25.21 ve stres yönetimi 19.85) puan almışlardır. Stres yönetimi puanının 25 yaş ve daha genç hemşireler (20.79) ile 41 yaş ve üzeri yaşta hemşirelerde (20.15) daha yüksek olduğu; bekarların kişiler arası destek puanının (25.56) evlilere göre (24.78) yüksek olduğu (p<0.05) saptanmıştır. Çalışma süresi ve çalışılan birime göre SYBDÖ puanları arasında fark bulunmamıştır. Sürekli olarak gündüz çalışanların sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi ve SYBD toplam puanının vardiyalı, nöbetli ya da nöbet, vardiya karışık çalışanlara göre; sürekli izlem gerektiren hastalığı olanların stres yönetimi, egzersiz ve kendini gerçekleştirme puanının hastalığı olmayanlara göre düşük olduğu bulunmuştur (p<0.05). Hemşireler ÖEYÖ den 79.67.puan (davranışa başlama 26.32; sürdürme 23.67; tamamlama 19.38; engellerle

mücadele 10.29) almışlardır. Davranışa başlama puanı 36-40 yaş grubunda daha yüksek iken, 25 yaş altında ve 41 yaş ve sonrasında ÖEYÖ toplam puanı ve engellerle mücadele puanı daha yüksektir ($p<0.05$). Medeni durum, çalışma süresi ve çalışılan birime göre ÖEY puanlarında fark bulunmamıştır. Lisans ve üzeri öğrenimi olanların davranışa başlama puanı yüksekken, ön lisans mezunlarının davranışı tamamlama ve engellerle mücadele puanı daha yüksektir ($p<0.05$). Vardiya ve nöbet çalışanlarda sadece gündüz çalışanlara ve nöbet vardiya karışık çalışanlara göre davranışa başlama ve sürdürme puanları daha yüksek, ancak engellerle mücadele puanları daha düşüktür. Benzer şekilde izlem gerektiren hastalığı olanlarda davranışa başlama ve davranışı sürdürme puanları yüksek ancak engellerle mücadele puanı ise düşük, bulunmuştur. SYBDÖ ile davranışa başlama ($p<0.05$) davranışı tamamlama ($p<0.01$) ve engellerle mücadele ($p<0.01$) arasında pozitif, davranışı sürdürme arasında negatif ($p<0.05$) korelasyon saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada hemşirelerin SYBD puanları Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarda elde edilenden bir daha yüksek bulunmuştur. (Ege ve ark 2003; Güner ve Demir 2006; Yalçınkaya ve ark 2007; Akgül 2008; Cürçani ve ark 2010; Özkan ve Yılmaz). Yapılan çalışmalar yaşın ilerlemesi ile bireylerin SYBD puanı ile sağlık sorumluluğu ve beslenme puanının arttığını göstermektedir. Bu durum yaşın ilerlemesiyle kronik hastalık riskinin artmasına bağlı bireylerin duyarlı hale gelmesine bağlanmaktadır. (Duffy ve ark.1996; Güler ve ark 2008; Akça ve ark 1988; Sayan ve Erci 2001). Pasinlioğlu ve Gözüm (1998) ün çalışmasında SYBD ile yaş arasında ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda SYBD ile yaş arasında ilişki yalnızca stres yönetimi boyutunda saptanmıştır. Araştırma grubunda stres yönetimi puanı 25 yaş altı ile 41 ve üzeri grupta daha yüksektir. Bu durumun, arada kalan yaş gruplarında evlilik ve çocuk sahibi olma ile ilgili sorumlulukların daha yoğun olması ve 40 yaşından sonra bu sorumlulukların kısmen azalması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Yalnızca stres yönetimi boyutu ile hemşirelerin yaşı arasında anlamlı ilişki bulunması, hemşirelerin SYBD açısından benzer olduklarını, SYBD’ni yaşlanma ile birlikte yaşantılardan öğrenmekten çok mesleki eğitimleri ile kazandıklarını düşündürmektedir. Medeni durumun SYBD ’ni etkileyen önemli bir değişken olduğu, evli bireylerin bekarlara göre SYBD’nin daha yüksek düzeyde olduğu (Güler ve ark 2008; Akça 1999; Tokgöz 2002; Sayan ve Erci 2001) bildirilmektedir. Sayan ve Erci (2001)’nin çalışması ile Esin (1997)’in çalışmasında evlilerin kişilerarası destek puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Güner ve Demir (2006) in çalışmasında kişilerarası destek puanının medeni duruma göre farklılık göstermediği bildirilmiştir. Balliel (2009) in çalışması ile Özkan ve Yılmaz (2008)’in çalışmasında bekar hemşirelerin, egzersiz puan ortalamasının evlilere göre düşük olduğu saptanmıştır. Cürçani ve ark (2010)’nın çalışmalarında ise bekar hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamasının evlilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise bekarlarda kişilerarası destek puanının evlilere göre anlamlı derecede yüksek olması dışında medeni durumlar arasında fark saptanmamıştır. Hemşirelik mesleği iş koşullarının ağır ve stresli olmasının yanı sıra düzensiz çalışma saatleri ile de sosyal ilişkileri olumsuz etkileyen, aynı zamanda düşük gelirli bir meslek olduğu için bu yönü ile de sosyal yaşamı kısıtlayan bir meslektir. Çalışan kadınların geleneksel olarak ev işleri ve çocuk yetiştirme gibi sorumlulukları da düşünüldüğünde yaşanan stresin boyutunun daha da artacağı söylenebilir (Bilazer ve ark 2008). Bu bilgiler ışığında araştırmamızdan elde edilen bulgu evli olan hemşirelerin sosyal ilişkilerden uzak kaldığı ya da sosyal desteğe ihtiyacının görece olarak daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte çalışmamızda çocuk sahibi olma ile ilgili veri bulunmaması önemli bir sınırlılıktır. Bu sınırlılık farklılığın esasta sahip olunan çocuk sayısı ile ilişkili olup olmadığı konusunda tartışmayı engellemektedir. Öz etkililik-yeterlilik bireyin bir davranışı uygulamaya geçirmede ne derece başarılı olabileceğine olan inancını gösterir. Aksayan ve Gözüm (1998) yaşla birlikte kişinin yaşamında daha fazla deneyim kazandığını, önceki başarılı deneyimleri, bireyin beklenen davranışı göstermede öz-etkililik birikiminin en önemli kaynağı olduğunu belirtmektedirler. Çalışmamızda ÖEYÖ’inin iki alt boyutunda yaş ile ilişki görülmüştür. Bunlardan biri davranışa başlama diğeri engellerle mücadeledir. 36-40 yaş grubu kendisinden küçük ve büyük yaş gruplarına göre davranışa başlamada daha iyi iken, 25 yaş altında ve 40 yaş üzeri olanlar engellerle mücadele ve toplam ÖEY de diğerlerinden daha iyidir ($p<0.05$). Aynı yaş gruplarının SYBD’ ndan stres yönetimi alanında da diğer gruplardan daha iyi olduğu düşünüldüğünde, arada kalan 25-40 yaş grubundaki hemşirelerin ev işleri ve çocuk bakımı gibi sorumluluklar nedeniyle zorluk yaşıyor olabileceği düşüncesini güçlendirmektedir. SYBD’nda olduğu gibi ÖEY puanları ile çalışma süresi ve çalışılan birim arasında da fark bulunmamıştır. Vardiya ve nöbet çalışanlarda davranışa başlama ve sürdürme puanı daha yüksekken sadece gündüz çalışanlarda engellerle mücadele puanı daha yüksektir. Gündüz çalışan hemşireler poliklinikler, ayaktan bakım ve tedavi merkezlerinde çalışan hemşireler ile klinik sorumlularından oluşmaktadır. Gündüz çalışmak aile yaşantısı ve sosyal yaşantının daha dengeli sürdürülebilmesine olanak sağlamaktadır. Dolayısı ile bu durum engellerle mücadelede bireyi daha başarılı kılabilir. Bilgi bireyin yeterliliğini artıran ve bireyi davranış için harekete geçiren temel faktördür. Bu nedenle ÖEY ile ilişkili olması beklenir. Ege ve ark. (2003) ’nin çalışması ile Sergek ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sertbaş (2006)' in çalışmasında lisans mezunu hemşirelerin ÖEY puanının düşük öğrenim düzeyindeki hemşirelere göre önemli derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda öğrenim durumuna göre ÖEY toplam puanları arasında fark bulunmamış, lisans ve üzeri öğrenimi olanların davranışa başlama puanı, ön lisans mezunlarının ise davranışı tamamlama ve engellerle mücadele puanı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durum lisans ve üzeri öğrenim durumundaki hemşirelerin genç yaş grupları içerisinde ön lisans mezunlarının tamamının ileri yaş grubunda olmasından dolayı yaşın etkisinden kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda benzer şekilde izlem gerektiren hastalığı olanlarda davranışa başlama ve davranışı sürdürme puanları yüksek, engellerle mücadele puanı ise düşük bulunmuştur. Bu kronik hastalıkların beklenen bir etkisi olarak değerlendirilmiştir. Pender (2006) in sosyal bilişsel öğrenme teorisinden esinlenerek geliştirdiği Sağlık İnanç Modeli'ne göre, SYBD bireylerin sosyo demografik özelliklerinin yanı sıra ÖEY algılarında da etkilemektedir. Çalışmamızda ÖEY ile SYBD arasında ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiş, SYBD'nin ÖEY 'in davranışı tamamlama ($p<0.01$) ve engellerle mücadele ($p<0.01$) boyutları ile güçlü pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Sağlığı geliştirme, birey ya da toplumun kendi sağlıkları ile ilgili konularda karar verme ve sorumluluk almalarına önem verir ve sağlığı koruma uygulamalarını hedefler. Bu hedeflerin gerçekleşmesinde, yönetsel, yapısal, yasal ve kaynak düzenlemeleri önemli rol oynar. Bu doğrultuda, hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmelerinde eğitimin yanı sıra örgütsel, ekonomik ve çevresel desteklerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırma ve geliştirmedeki önemi göz ardı edilmemelidir. Öz yeterli, bireyin sağlık davranışını uygulama konusunda başarılı olacağına inanmasını ifade etmektedir. Bu çalışmanın bulguları hemşirelerin ÖEY durumlarında bilgiden ziyade durumsal etkenlerin (yaş, çalışma şekli gibi) etkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle çalışma koşullarının iyileştirilmesi, spor ve sosyal olanakların geliştirilmesinin ÖEY durumlarının geliştirilmesine katkı sağlayacağı sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Öz Etkililik-Yeterlilik Algısı

Kaynaklar:

Akça Ş.A. Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir 1998.
Akgül N. Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Sivas, 2008.

Aksayan S. Gözüm S. Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik Algısının Önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(1): 35-42.

Bahar Z. Beşer A, Gördes N. Ersin F. Kısıl A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2008;12(1):1- 13
Balliel N. Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Hemşirelerinde Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.
Bilazer F.N. Konca G.E. Uğur S. Uçak H. Erdemir F. Çıtak E. 7 Gün-24 Saat/ Hasta Başında; Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. Türk Hemşireler Derneği, Aralık 2008.
Cürcani M. Tan M. Özdelikara A. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2010; 9(5): 487-492.
Duffy M. Rossow R. Hernandez M. Correlates of Health Promotion Activities in Employed Mexican American Women.. Nursing Research 1996; 45(1):18-24.
Ege E. Zincir H. Güneş G. Bilgin N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-etkililik-yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet 2003, 4 (2): 83-92.
Esin, N."Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi", Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul 1997.
Gözüm S. Aksayan S. Öz-etkililik-yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999, 2(1):21-31.
Güler G. Güler N. Kocataş S. Yıldırım F. Akgül N. Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları C.Ü. Hemşirelik Dergisi 2008, 12(3):18-26
Güner İ.C. Demir F. Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9 (3):17-25.

Özkan S. Yılmaz E. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(7): 89-104.
Pasinlioğlu T. Gözüm S. "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları", C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2 (2): 60-68.
Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. Upper Saddle River NJ: Prentice-Hall Health Inc; 2006.

Sayan A. Erci B. Çalışan Kadınların Sağlık Geliştirici Tutum ve Davranışları İle Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi Atatürk Ün. İv.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 4 (2):11-19.

Sergek E. Sertbaş G. SSK Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Öz-Etkililik, Yeterlilik Düzeyleri. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(1): 41-8.

Yalçinkaya M. Özer F. G. Karamanoğlu A.Y. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (6): 409-420.

219

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARI

Gülay Yılmazel¹, Fevziye Çetinkaya², Melis Naçar³

¹Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,² Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

Giriş ve Amaç: Çoğu kronik hastalıkların temelinde önlenabilir risk faktörleri yatmakta olup bu risk faktörleri ekonomik gelişme göz ardı edilmeksizin tüm ülkelerde hastalık yükü ve ölümlerin başlıca nedenidir. Küresel düzeyde ölümlerden sorumlu olan risk faktörleri; artmış kan basıncı (%13), tütün kullanımı (%9), artmış kan glukozu (%6), fiziksel inaktivite (%6), fazla kiloluluk ve obezite (%5)'dir (1).

Sağlığı geliştirme, insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olma ve sağlıklarını geliştirme kapasitesine sahip olma olarak tanımlanmaktadır. Kişilerin sağlıklı olabilmeleri için sağlıklı yaşam tarzını benimsemeleri ve uygulayabilmeleri gerekmektedir. Sağlıklı yaşam tarzının içinde sağlıklı ve dengeli beslenme, fizik egzersiz yapma, yeterli dinlenme, sigara, alkol ve madde kullanmama, yaşam becerilerine sahip olma gibi temel davranışlar yer almaktadır (2).

Genç yetişkinler arasında iyi olma ve sağlıklı davranışlarını geliştirmeye doğru daha fazla çabaya gereksinim vardır. Sağlığı geliştirme davranışları bireylerin kişisel sağlık sorumluluğunu üstlenme, fiziksel aktivitelere katılma, iyi beslenme alışkanlıklarını kazanmayı içine alır. Üniversiteye girmek pek çok genç için heyecan verici olduğu kadar stresli bir olaydır. Öğrenciler lise eğitiminden hemen sonra üniversiteye girdiklerinde akademik iş yükleri, destek ağları ve yeni çevrelerinde değişikliklere adapte olmaya çalışma ile karşı karşıya kalırlar. Bu değişiklikler yeni sorumluluklar ile birleştiğinde, üniversite öğrencileri önceki yaşamlarına göre yaşam tarzları üzerinde daha fazla özgürlük ve kontrole sahip olurlar. Akademik yükleri yanı sıra, egzersiz, beslenme ve psikososyal ihtiyaçları dengeleme sorumluluğu ile karşı karşıya kalırlar ve üstesinden gelmekte zorlanabilirler. Aynı zamanda kişisel gelişim ve yaşam stresi ile başa çıkmak için gerekli gayrete ulaşmada ve sağlıklı kişilerarası ilişkiler kurmada da zorlanmaktadır (3-4).

Sağlıklı olmak her insanın temel hakkı olup, bunun sağlanması ve sürdürülmesi sağlık personelinin temel amacı olduğu kadar, kişinin de kendi sorumluluğudur. Kişinin sağlığı geliştirici davranışları kazanması için, kendini kontrol etmesi, bu davranışları kazanmak için istek duyması gerekir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen 21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedeflerinde sağlığı geliştirme üzerinde önemle durulması nedeniyle hemşirelik eğitiminin sağlığı koruma ve geliştirme hedeflerine daha fazla dayandırılması gerekmektedir. Sağlıklı ya da hasta bireylere bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermek üzere yetiştirilen hemşire öğrencilerin sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar konusunda yeterli bilgi ve uygulamalara sahip olması beklenmektedir (5-6).

Çağımızda oranı giderek artan kronik hastalıkların önlenabilir risk faktörlerinin kontrol altına alınmasında, sağlığın geliştirilmesinde etkin rol alacak hemşirelerin yetiştirilmesinde hemşirelik yüksekokulları önemli bir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

pozisyona sahiptirler. Gerek klinikteki hastaların gerekse genel toplumun sağlık eğitiminden sorumlu olmaları beklenen hemşirelerin mesleki sorumluluklarını ve profesyonel rollerini yaşam biçimleri ile birleştirerek toplumda rol modeli olmaları önemlidir.

Bu çalışma ile sağlığı geliştirme davranışlarının giderek önem kazandığı ve farkındalığın arttığı günümüzde sağlık hizmetlerinde primer rol alacak hemşire öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesi amaçlandı.

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma gelecekteki yaşantılarında hasta ve sağlıklı kişilere bakım ve eğitim hizmetlerini üstlenecek hemşirelik öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (SYBD) belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma 2011 yılında Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda yapılmıştır. Çalışmanın uygulanabilmesi için Erciyes Üniversitesi Etik Kurul onayı, yüksekokul yönetiminden yazılı izin ve öğrencilerden sözlü onam alındı. Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören 262 öğrencinin tamamı çalışma kapsamına alınıp, ulaşılabilen 234 öğrenciye anket uygulanmıştır. Ulaşma oranı %89.3'tür. Veri toplama aracı olarak tanımlayıcı sorulardan oluşan anket formu ile 48 maddeden oluşan SYBD ölçeği kullanılmıştır. Walker ve arkadaşları (7) tarafından 1987 yılında geliştirilen, Türkiye'de geçerliliği ve güvenilirliği 1997 yılında Esin (8) tarafından yapılan SYBD ölçeğinin birbirinden bağımsız kullanılabilen kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olmak üzere altı alt grubu vardır. Kendini gerçekleştirme alt ölçeği; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini, kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. Sağlık sorumluluğu alt ölçeği; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Egzersiz alt ölçeği; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde yapıldığını gösterir. Beslenme alt ölçeği; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler. Kişilerarası destek alt ölçeği; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. Stres yönetimi alt ölçeği ise bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler (6,8) Her bir madde için 4'lü likert tipte yanıtlamayı gerektirir. Ölçeğin değerlendirilmesinde "hiçbir zaman": 1, "bazen": 2, "sık sık": 3 ve "düzenli olarak" yanıtına 4 puan verilmiştir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Puan arttıkça olumlu sağlık davranışı düzeyi artmaktadır (6).

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 11.5 paket programı yardımıyla bağımsız gruplarda t testi, One-Way Anova (Post-Hoc Tukey) testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan öğrencilerin yaş ortalaması 20.40 ± 1.96 olup, %72.6'sı kız, %27.4'ü erkektir. Öğrencilerin %67.1'i ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu, %14.1'i halen sigara içtiğini ve %70.1'i genel sağlık durumunun iyi olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 121.57 ± 19.65 olup, dördümlük likert üzerinden madde puan ortalaması 2.53 ± 0.11 'dir. Alt ölçeklerden alınan puan ortalamasına bakıldığında en düşük puan egzersiz, en yüksek puan ise kişilerarası destek ve kendini gerçekleştirmeden elde edilmiştir. Kız öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi ölçeğinden aldıkları toplam puan erkek öğrencilere göre anlamlı bir fark yokken egzersiz ve stres yönetimi erkeklerde daha yüksektir. Sağlık sorumluluğu alt grubu puanı en yüksek ikinci sınıf öğrencileridir. Genel sağlık algısını "iyi" olarak değerlendiren öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve beslenme alt gruplarından aldıkları puanların ortalaması daha yüksektir. Öğrencilerin kaldıkları yere ve ifade ettikleri ekonomik duruma göre SYBD ölçeğinin alt gruplarından aldıkları puanların ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Hiç sigara içmeyen öğrencilerde beslenme alt grubundan alınan puanlar daha yüksek bulunmuştur. Sigara içme durumlarına göre öğrencilerin SYBD ölçeğinin alt grubundan aldıkları puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Tartışma/Sonuç: Bireylerin olumlu sağlık davranışına sahip olmaları, onların SYBD ölçeği ve alt gruplarından aldıkları puanların daha yüksek olması ile ilişkilidir. Bu çalışmada hemşire öğrencilerin SYBD ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 121.57 ± 19.65 ile "orta" düzeydedir. Nitekim elde edilen bu sonuç ülkemizde konuya ilişkin yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Sağlık yüksekokulu öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda, Manisa'da 121.9 ± 1.1 , Kayseri'de 118.5 ± 21.4 olarak bulunmuştur (9-10). Kuveyt'te yapılan başka bir çalışmada erkek öğrencilerin kızlara göre SYBD ölçeğinin tamamından daha yüksek puanlar aldıkları gösterilmiştir (11). Bu çalışmada erkekler öğrencilerin SYBD ölçeğinden aldıkları toplam puanlar kız öğrencilerden daha yüksektir ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışmamızda erkek öğrencilerin ölçeğin egzersiz ve stres yönetimi alt gruplarından aldıkları puanların kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Beslenme alt grubundan alınan puanlar kız öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur ancak gruplar arasındaki fark anlamlı değildir. Toplumumuzda erkeklerin daha serbest hareket edebilmeleri ve dışarıda daha fazla zaman geçirmeleri onların egzersiz ve stres yönetimi alt grubundan daha yüksek puan almalarına buna karşılık kızların ise geleneksel kültüre daha fazla bağlı olmaları beslenme alt grubundan daha yüksek puan almalarına katkıda bulunabilir.

Hemşirelik eğitimi süresince kazanılan sağlık bilgisi birikiminin öğrencilerin SYBD üzerine olumlu yönde etki yapması beklenmektedir. İstanbul'da bir hemşirelik yüksekokulunda yapılan bir çalışmada hemşirelik eğitimi boyunca sağlık sorumluluğu alt grubundan alınan puanlarda önemli artış olduğu ve sınıflar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (12). Ancak, bu çalışmada diğer alt ölçeklerde fark yokken, sağlık sorumluluğu alt grubu bakımından ikinci sınıfta daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Lise eğitiminin hemen sonrasında başlayan üniversite eğitiminin birinci sınıfında öğrencilerin sağlık sorumluluğu farkındalığının düşük düzeyde olması muhtemel bir durumdur. İkinci sınıfta artan bu farkındalığın dördüncü sınıfa gelindiğinde en yüksek düzeye ulaşmamış olması öğrencilerin sağlık davranışlarını değiştirmiş olmalarından kaynaklanabilir.

Yurtta kalan üniversite öğrencileri ailesinin yanında veya arkadaşlarıyla evde kalanlara göre toplu yaşam alanlarının getirdiği kısıtlılıklarla daha fazla karşı karşıya kalabilir. Barınma, beslenme ve fizik çevre koşullarının olumsuz olması öğrencilerin sağlık davranışlarını olumlu yönde geliştirmesine engel olabilir. Kayseri'de yapılan bir çalışmada öğrencilerin kaldıkları yere göre SYBD ölçeğinin alt gruplarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir (10). Ayrıca yurtta kalan öğrencilerde düzenli kahvaltı alışkanlığı yaygın değildir. Ancak bu çalışmada öğrencilerin kaldıkları yere göre SYBD ölçeğinin alt gruplarından alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Eğer öğrencilerin yaşadıkları yurt ortamı aile ve arkadaş yanında evde kalma koşulları ile benzer ise böyle bir sonuç elde edilebilir.

Bu çalışmada öğrencilerin ifade ettikleri ekonomik durumları ile SYBD ölçeğinin alt gruplarından alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sigara sağlıksız yaşam davranışının bir göstergesidir, sigara içen hemşireler genel toplum ve hastalar üzerinde iyi bir rol modeli olamazlar. Bu çalışmada sigara içenlerin içmeyenlere göre SYBD ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki fark anlamlı değildir. Bu çalışmada Ankara'da hemşirelik öğrencilerinde yapılan çalışma (6) ile benzer şekilde, hiç sigaraya içmeyen öğrencilerde beslenme alt grubundan alınan puanlar daha yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlıdır. Kanada'da hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da (13) sigara içmeyen öğrencilerde SYBD ölçeğindeki beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları daha yüksekti. Çalışmamızda hiç sigara içmeyen öğrencilerde beslenme alt grubundan alınan puanların yüksek olması bu öğrencilerin sağlıklı yaşam tarzını benimsemiş ve bu davranış tarzını yaşantılarına yansıtmış olmaları açısından sevindirici bir durumdur.

Genel sağlık algısını "iyi" olarak değerlendiren öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve beslenme alt gruplarından aldıkları puanların ortalaması daha yüksek iken "kötü" olarak ifade eden öğrencilerin stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu alt gruplarından aldıkları puanları ortalaması daha yüksektir. Olumlu sağlık algısı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturan bir zincirin en önemli halkası olarak düşünüldüğünde, olumsuz sağlık algısına sahip öğrencilerin bu olumsuzluklarla başa çıkabilmek için kendi sağlık sorumluluklarını daha fazla üstlenmeleri ve stresle başa çıkabilmeleri sevindirici bir durumdur.

Sonuç olarak, Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'ndeki öğrencilerin SYBD'den aldıkları puanın "orta" düzeyde olduğu tespit edildi. Hemşirelik müfredatı içinde "Sağlığı Koruma ve Geliştirme" ile ilgili konular daha fazla yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire öğrenciler, sağlığı geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi, ölçek.

1. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. World Health Organization, Geneva 2011.
2. Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2011.
3. Lee RL, Yuen Loke A. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. Public Health Nurs 2005; 22 (3): 209—220.

4. Von Ah D, Ebert S, Ngamvitroj A, Park N, Kang DH. Predictors of health behaviours in college students. *J Adv Nurs* 2004; 48(5): 463–474.
5. Karadeniz G, Yanikkerem Uçum E, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TAF Prev Med Bull* 2008; 7(6):497-502.
6. Walker NS, Volkan K, Sechrist RK, Pender JN. Health promoting life styles of older adults: comparisons with young and middle – aged adults, correlates and patterns. *Adv Nurs Sci* 1988; 11(1):76-90.
7. Esin N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni* 1999; 12(45): 87-95.
8. Özbaşaran F, Çetinkaya A, Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004; 7(3):43-55.
9. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı A. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 9(2):26-34.
10. Ünal D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 14(2):101-109.
11. Al-Kandari F, Vidal VL, Thomas D. Health-promoting lifestyle and body mass index among college of nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nurs Health Sci* 2008; 10: 43–50.
12. Alpar Ş, Şenturan L, Karabacak Ü, Sabuncu N. Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Education in Practice* 2008; 8: 382-388.
13. Chalmers K, Seguire M, Brown J. Tobacco use and baccalaureate nursing students: a study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *J Adv Nurs* 2002; 40(1):17-24.

3.Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2009.

4.Tansüyer T. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2010.

5.Gündoğdu K.S. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2010.

351

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİNE BAKIŞ AÇISI

Rabia Sohbet, Necdet Sansar, İbrahim Kara

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş/Amaç: Aile hekimi; yaş veya cinsiyeti ne olursa olsun, kişiyi bir bütün olarak inceler. Akut ve kronik hastalıkların tedavi edilmesine ek, hastalıkların gelişmesini önlemek amacıyla düzenli sağlık taramalarını gerçekleştirir ve sağlıkla ilgili konularda danışmanlık hizmetini sağlar. Aile hekimi tarafından tespit edilen sağlık sorununun tedavisi, başka bir uzmanlık dalını ilgilendiriyor ve spesifik tedavi gerektiriyorsa, kişinin bu hizmete ulaşmasında koordinasyonun sağlanması aile hekiminin görevidir. Aile hekimi, erken tanı ve tedaviyi sağlamak, sağlık ile ilgili tüm konularda ilk değerlendirmeyi yapmak, sorumluluğu altındaki kişilerle sürekli ilişki ile onları izlemek, birinci basamakta verilmesi gereken bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak, kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedaviyi sağlamak, kronik hastalığı olan kişileri izlemek, bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumun gelişmesine katkı sağlamak. Aile hekimliğinde Doktor, Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru gibi sağlık çalışanlarından oluşur. Bu araştırma; Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2 ve 3. sınıf öğrencilerinin Aile Hekimliği sistemine bakışını öğrenmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Metod/Materyal: Araştırma, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2. ve 3. sınıftaki 203 öğrenciden 13-25 Kasım 2011 tarihleri arasında okula gelen araştırmaya katılmayı kabul eden 141 hemşirelik öğrencisinden oluşmuştur. Araştırmaların verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan 18 soruluk

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

anket formu aracılığıyla gözlem altında toplanmıştır. Anket formu hemşirelik öğrencilerinin Aile Hekimliğine bakışı hakkında görüşlerini belirleyen sorulardan oluşmuştur. Anketimizdeki 18 sorunun 10 kapalı uçlu 8 açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Veriler SPSS 16,0 paket programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan 141 öğrencinin %56.7’i kız öğrencilerinden oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların %26’sı 20 yaş, %25’i 21, %15’i 22 yaşında olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların %12’si Doğu Anadolu, %68’i Güney Doğu Anadolu, %16’sı Akdeniz Bölgesinde ikamet etmektedir. Araştırmaya katılanların baba eğitimi; %4’ü okur-yazar değil, %13’ü okuma biliyor, %49’u ilköğretim, %23’ü lise, %11’i üniversite mezun olduğu tespit edilmiştir. Annelerin; %27’si okur-yazar değil, %20’si okuma yazma biliyor, %40.5’i ilköğretim mezunu, %10’u lise mezunu, %2,5’i üniversite mezunudur. Aillerin %78’i çekirdek aile yapısına, %17’si geniş aile yapısı, %5’inin parçalanmış aile yapısına sahiptir. Katılımcılar; “Aile hekimliği hakkında bilginiz var mı?” sorusuna %61’i “Evet”, %6’sı “Hayır”, %33’ü “Biraz” cevabını vermiştir. Araştırmaya katılanların Aile Hekimliği ile ilgili bilgiyi %38’inin okuldan, %5’inin kitaplardan, %22’sinin gazete ve dergilerden, %3’inin internetten bilgi edindiği saptanmıştır. Katılımcılar Aile Hekiminin başarılı olup olmadığına dair sorulan soruya %30’unun mevcut sistemi “Başarılı”, %36’sının “Başarısız”, %34’ünün konu hakkında “Kararsız” oldukları saptanmıştır. Katılımcılar; “Aile Hekimliği ile birlikte hastaların daha kaliteli bir sağlık hizmeti alacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna %40’i “Evet”, %32’si “Hayır”, %28’i konu hakkında “Kararsız” olduğunu dile getirmiştir. Katılımcılar; “Aile hekimliği sisteminin koruyucu sağlık hizmetini nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?” sorusuna %46’sı “Olumlu”, %27’si “Olumsuz” fikir beyan ederken, %27’si bu konu hakkında “Kararsız”dır. Katılımcılar; “Aile hekimliği sisteminin birinci basamak sağlık hizmetini eski sistemden daha iyiye götüreceğine inanıyor musunuz?” sorusuna %46’sı “Evet”, %27’si “Hayır” şeklinde fikirler beyan ederken, %27’si bu konu hakkında “Kararsız” kaldığını dile getirmiştir. Katılımcılar; “Aile hekimliği sisteminin ilaç kullanımı nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?” sorusuna %35’i “Olumlu”, %37’si “Olumsuz” yönünde karar kılarak %28’i bu konu hakkında “Kararsız” olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılar; “Aile hekimliği sisteminin hekim hasta ilişkisini nasıl etkiler?” sorusuna %49’u “Olumlu” etkileyeceğini, %25’i olumsuz etkileyeceğini, %26’sının “Kararsız” olduğu saptanmıştır. Katılımcılar; “aile hekimliği sisteminin hemşireleri nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?” sorusuna %44’ü iş gücünün artacağı, %26’sı iş gücünün azalacağı, %14’ünün iş gücünün değişmeyeceği kanısında olduğunu, %16’sının konu hakkında “Fikrim Yok” şeklinde cevap vermiştir. Katılımcılar; “Aile Hekimliği sisteminde mi, yoksa özel hastanelerde mi çalışmayı tercih edersiniz” sorusuna %30’u “Aile Hekimliği”, %40’i “Özel Hastaneler” cevabını verirken %30’u da “Kararsız” olduğu saptanmıştır. Katılımcılar; “Aile hekimliği sisteminin sahip olduğu sevk sistemini başarılı buluyorsunuz?” sorusuna %26’sı “Evet”, %38’i “Hayır” cevabı verirken %36’sı bu konuda “Kararsız” olduğunu söylemiştir.

Sonuç/Öneriler: Hemşirelik öğrencilerinin aile hekimliği konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Bilgi eksikliğini tamamlamada birinci basamağa duyulan ilginin artırılması için sağlık fakülte/yüksekokul müfredatlarını yenileyerek birinci basamak kuruluşlarında eğitim ortamı yaratmalı, öğrencilerinin birinci basamak tercih oranlarını arttırıp bu tercihi yapmalarını engelleyen faktörleri azaltmak üzere politikalar geliştirmelidir. Hemşirelerin hastane dışı alan alan çalışmalarına özendirilmesi sağlığın geliştirilmesinde önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Hemşirelik Öğrencileri

909

HUZUR EVİNDE YAŞAYAN YAŞILARIN MOBİLİTE DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ NE ETKİSİ

Samed Yılmaz, Ayşe Sezer, Saime Erol

Marmara Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Yaşlanma ile birlikte vücut sistemlerinde fizyolojik değişiklikler, hastalık sıklığında artış ve vücudun bazı fonksiyonlarında gerileme görülmektedir. Gerilemenin görüldüğü alanlardan biri de hareket yeteneği olarak tanımlanan mobilitedir. Fiziksel hareketlerin önemli bir parçasını oluşturan mobilite kişinin bedenini bir yerden başka bir yere hareket ettirebilmesi yeteneğidir. Mobilite yeteneğinin kaybedilmesi ya da azalması, bireyin bağımlılığını artırarak, günlük yaşam aktivitesi ve bireyselliğini sürdürmeyi engellemektedir. Faaliyetleri kısıtlanan veya engellenen yaşlı, kendini mutsuz hissetmekte bu durum yaşlının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Mobilite, yaşlı insanların sağlığını, bağımsızlığını, sosyal ve ekonomik fırsatları yakalamasını, topluma kaliteli ve aktif katılımını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Mobilite düzeyi iyi olan yaşlının, mental sağlığının daha iyi olması, sosyal ilişkileri daha güçlü olması, düşme riskinin daha az olması, daha uzun süre bağımsız ve kaliteli yaşaması beklenir. Bu nedenle de yaşlının belirli aralıklarla mobilite düzeyinin değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması önemlidir. Mobilitedeki azalmanın yaşlının yaşam kalitesini nasıl etkilediğinin belirlenmesi, yaşlı bireylerin toplum içinde daha sağlıklı yaşayabilmelerine katkıda bulunacak girişimlerin planlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, huzur evinde yaşayan yaşlının mobilite düzeyini belirlemek ve mobilite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tasarım ile 28.11.2011- 28.04.2012 tarihleri arasında, İstanbul İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğüne bağlı bir huzurevinde yürütülmüştür. Huzurevi, 65 yaş ve üzeri korunmaya ve bakıma muhtaç yaşlılara hizmet veren 250 yatak kapasiteli bir kurumdur. Kurumda, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, doktor, diyetisyen, fizik tedavi uzmanı, hemşireler, idari, teknik ve hizmetli personeller bulunmaktadır. Kurumda 174 yaşlı kalmaktadır. Araştırma popülasyonunu; çalışmaya katılmak için gönüllü olan n=100 yaşlı oluşturmuştur. Ayrıca örneklem seçimine gidilmemiştir. Çalışmanın bağımlı değişkeni; Whoqol-Old Yaşam Kalitesi Ölçeği puanıdır. Bağımsız değişkenler ise; Rivermead Mobilite İndeksi (RMI)'nden alınan puanlar ve sosyo demografik özelliklerdir. Araştırmanın Veri toplama Araçları Araştırmanın verilerinin toplanmasında Sosyo demografik anket formu, WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Rivermead Mobilite İndeksi (RMI) kullanılmıştır. Sosyo Demografik Anket Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyo demografik anket formunda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, gelir durumu, çocuğu ya da herhangi bir akrabası var mı, varsa görüşme sıklığı, kurumda kalma süresi ve kalma nedeni, kronik hastalıklar, engellilik durumu, sürekli kullandığı ilaçlar, sağlık durumu değerlendirmesi, yaşamından memnuniyeti ile ilgili sorular yer almaktadır. WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği Whoqol-Old yaşam kalitesi ölçeği cevapların beşli likert ölçeği ile saptandığı 24 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 24-120 arasında değişmekte, puan arttıkça yaşam kalitesi artmakta, ölçeğin kesim noktası bulunmamaktadır. Ölçek altı alt boyuttan oluşmuştur. Bu altı boyut şunlardır: duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş-bugün-gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm-ölmek, yakınlıktır. Duyusal işlevler; görme, işitme, koku, tat alma, iştah ve dokunma duyuşlarındaki değişimlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, özerklik; bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapma ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, geçmiş-bugün ve gelecek faaliyetleri; geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarılarından yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duygu ve düşünceleri, sosyal katılım; zamanı kullanma ile ilgili görüşler ve önemli faaliyetlere katılma durumu, yakınlık; diğer kişilerle ilişkiler ve sosyal desteği,ölüm-ölmek; ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ile ilgili düşünceler ve ölümün anlamını araştırmaktadır. Her boyuttan alınabilecek puan 4–20 puan aralığındadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla “toplam puan” da hesaplanabilir. Whoqol-Old’un Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eser ve ark. (2011) tarafından yapılmış ve alfa katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur. Rivermead Mobilite İndeksi (RMI) Rivermead Mobilite İndeksi (RMI) mobilite durumunu ölçmeye odaklı ve temel mobilite etkinliklerini içeren tek boyutlu bir indeks’tir. Guttman Skalasına uyan 14 soru ve bir gözlemden oluşan, yatak içinde dönmeden koşmaya kadar bir dizi hiyerarşik aktiviteyi içermektedir. Sorulara yanıtlarda kişinin kendi bildiriimi esastır. Yalnızca 5. madde ise görüşmeci tarafından gözlenerek değerlendirilmektedir. Her “evet” yanıtı için 1 puan verilmekte ve 0-15 puan arası alınabilmektedir. 15 puan mobilitede sorun olmadığını 14 puan ve aşağısı mobilite sorunu olduğunu göstermektedir. RMI basitten karmaşığa hiyerarşik bir yapı oluşturduğundan alınan puan düştükçe sorunun ağırlığının arttığı anlamına gelmektedir. RMI’ nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Akın ve ark. (2007) yapılmış, güvenilirlik katsayısı r=0.98 bulunmuştur. Verilerin istatistiksel analizinde student t testi, Mann Withney-U testi, KruskallWalliss testi, pearson korelasyonu, oneway anova testi, ki kare testi kullanılmıştır. Çalışmanın yapıldığı kurumdaki yazılı, katılımcılardan ise sözlü izin alınmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 77.86 ± 8.09 'dir. Yaşlıların % 52' si erkek, % 48'i kadındır. Yüzde 65'i yetmiş beş yaş üzerinde olup % 80' i bekârdır. Yaşlıların %10'u okuryazar değil, %13'ü okuryazar, % 28'i ilkokul mezunu, % 16'sı ortaokul mezunu, %22'si lise mezunu,%11'i ise üniversite mezunudur. Yaşlıların %24'ünün hiç çocuğu yok, % 25'i ise üç ve daha fazla sayıda çocuğu sahip, %38'i çocuklarıyla sık görüşmekte, %20'si ise hiç görüşmemektedir. Yaşlıların % 34'u bir-beş yıldır huzurevinde kalmaktadır. Yaşlıların % 46'sı birden fazla kronik hastalığa sahip, kronik hastalıklarda ise en sık hipertansiyon (%65) ve diyabet (% 25) mevcuttur. Yaşlıların % 79'unun engellilik durumu bulunmamakta, % 77'si sürekli ilaç kullanmakta, %49'u sağlığını iyi olarak,% 44'ü orta, % 7'si ise kötü olarak değerlendirmektedir. Bireylerin % 15'i yaşamından memnun olmadığını, % 85'i ise yaşamından memnun olduğunu belirtmiştir. Boş zamanlarını %50'si diğer arkadaşlarıyla sohbet ederek, % 66'sı ise dinlenerek geçirmektedir. Yaşlıların % 62'si kurumda yapılan sosyal etkinliklere katılmada istekli olduğunu, % 38'i ise istekli olmadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan bireylerden RMI'dan 15 puan alanlar mobilitede sorunu olmayan, 14 puan ve altı ise mobilite sorunu olanlar olarak kabul edilmiştir. Katılımcıların % 68'inin mobilite de sorunu olmadığı, % 32'sinin ise mobilite de sorunu olduğu, RMI puan ortalamalarının ise $13,01 \pm 2,92$ (min=1, max 15) olduğu saptanmıştır Mobilite sorunu olması ile Whoqol-Old Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, mobilite sorunu olmayanların yaşama kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Lojistik regresyon analizi ile mobilitenin cinsiyet, herhangi bir engellilik olması, sosyal etkinliklere katılma isteği ile ilişkili olduğu, yaş, medeni durum, eğitim, huzur evinde kalma süresi, sürekli ilaç kullanım durumu, yaşam memnuniyeti, sağlığı değerlendirme, kronik hastalık varlığı ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan yaşlıların Whoqol-Old Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması $76,81 \pm 1,16$ dir. Ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; duyuşal işlevler $12,40 \pm 2,26$, özerklik $13,01 \pm 2,20$, geçmiş- bugün-gelecek faaliyetleri $11,86 \pm 2,61$, sosyal katılım $10,39 \pm 3,24$, ölüm ve ölmek $15,09 \pm 3,32$, yakınlık $14,06 \pm 3,80$ olarak bulunmuştur. Whoqol-Old Yaşam Kalitesi ölçeği ile RMI arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde korelasyon bulunmuştur ($p<0.05$). Cinsiyet ile Whoqol-Old Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak kadınların yakınlık alt boyut puan ortalaması, erkeklerin ise özerklik alt boyut puan ortalaması daha yüksektir. Yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları yaşa, huzurevinde kalma süresine, yakınları ile görüşme durumuna, kronik hastalığı olup olmamasına, ilaç kullanımına göre farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Tartışma: Çalışmanın sonunda huzur evinde yaşayan yaşlıların % 32' sinde mobilite sorunu olduğu saptanmıştır. Akın (2003) çalışmasında bu oran %68'6 olarak belirtilmiştir. Çalışma sonucumuz daha düşük olmasının nedeni olarak Akın'ın çalışmasındaki ileri yaş grubunun (80 ve üzeri) çalışmamıza oranla daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışma sonucunda, mobilite sorunu olan bireylerin yaşam kalitesi ölçek puanlarının mobilite sorunu olmayanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç mobilitenin yaşam kalitesine etkisi ortaya koymaktadır. Katılımcıların RMI puan ortalamalarının ise $13,01 \pm 2,92$ olduğu belirlenmiştir. Erkal ve ark. (2011) çalışmasında RMI' nin ortalama değeri 12.17 ± 3.50 , Mollaoğlu ve ark. (2010) çalışmasında ise 11.49 ± 3.84 olarak bulunmuştur. Tüm bu sonuçlardan da anlaşılacağı gibi ilerleyen yaşla birlikte mobilite sorunları kaçınılmaz hale gelmektedir. Lojistik regresyon ile mobilitenin cinsiyet, engellilik durumu, sosyal etkinliklere katılım isteği değişkenlerinden etkilendiği belirlenmiştir. Buna göre mobilite sorunu erkeklerde, engellilik durumu olanlarda, sosyal aktivitelere daha az katılımcı olma ile atmaktadır. Mollaoğlu (2010), Curtiss(2008) ve Fagerstörn(2008) çalışmalarında da mobilite sorunu erkekler arasında daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Yaşlıların Whoqol-Old Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları $76,81 \pm 1,16$ dir. Bu sonuç yaşlıların yaşam kalitesi ölçek puanlarının ortalamasının üstünde olduğunu göstermiştir. Whoqol-OldYaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış ancak erkeklerin özerklik alt boyutu puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Baysan (2008) ve Özyurt ve ark. (2008) çalışma sonuçları da çalışma sonucumuza benzerdir. Bunun nedeni olarak erkeklerin toplumsal rollerinden de kaynaklı olarak daha otorite ve özerk olması düşünülmektedir. Katılımcıların Whoqol-Old Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarında en yüksek puanı ölüm-ölmek boyutudur. Figueira ve ark (2009) çalışmasında da çalışmamıza benzer sonuç bulunmuştur. Bunun nedeni olarak ilerleyen yaşla birlikte ölüm ile ilgili konulardaki düşüncelerin artması gösterilebilir. Whoqol-Old Yaşam Kalitesi Ölçeğinde evli olanların duyuşal ve yakınlık alt boyut puan ortalamaları bekarlardan daha yüksektir. Erkal ve ark (2011), Özyurt ve ark (2008) çalışma sonuçlarında da benzer sonuç bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Çalışma sonucunda yaşlıların % 32,2 sinin mobilite sorunu olduğu, mobilitenin yaşam kalitesinin etkilediği, mobilitenin engellilik durumu, sosyal aktivitelere katılım, cinsiyet değişkenlerinden etkilendiği, katılımcıların yaşam kalitesi puanlarının ortalamasının üstünde olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda bireyleri mobilite ile ilgili sorunlardan korumak için erkeklerin, engellilik durumu olanların öncelikle dikkate alınması, mobilite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki dikkate alınarak bireylerin mobilite ile ilgili sorunlardan koruyucu programlar geliştirilmesi, bireylerin sosyal aktivitelere katılım konusunda desteklenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, mobilite, yaşam kalitesi, huzurevi.

Kaynaklar:

- Baysan (2008) Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Manisa.
- Figueira HA, Giani TS, Beresford H, Ferreira M A, Danielli M, Figueira AA, Figueira JA, Danta EHM (2009). Quality of life (QOL) axiological profile of the elderly population served by the Family Health Program (FHP) in Brazil, Archives of Gerontology and Geriatrics, 49 :368–372.
- Özyurt BC, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö (2007) Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Turkish Journal of Geriatrics,10 (3):117-123.
- Erkal S, Şahin H, Sürgit EB(2011) Examination Of The Relationship Between The Quality Of Life And Demographic And Accident-Related Characteristics Of Elderly People Living In A Nursing Home, Turkish Journal of Geriatrics,14 (1): 45-53.
- Mollaoğlu M, Tuncay Özkan Fatma, Kars Fertelli T (2010) Mobility disability and life satisfaction in elderly people, Archives of Gerontology and Geriatrics 51 :115–119.
- Fagerstrom C, Persson H, Holst G, Hallberg I.R (2008 . Determinants of feeling hindered by health problems in daily living at 60 years and above. Scand. J. Caring Sci. 22, 410–421.
- Akın B (2003) Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilitede Yetiyitimi Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Turkish Journal of Geriatrics, 6 (2): 59-67.

403

HUZUREVİNDE VE EVİNDE KALAN YAŞLILARDA AĞRI DÜZEYİ VE AĞRIYLA BAŞETME YÖNTEMLERİ

Gülseren Dağlar¹, Naim Nur²

¹Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç; ağrı, vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, hoş olmayan emosyonel bir durumdur (1–2). İlerleyen yaşla birlikte kronik hastalıklar ortaya çıkabilmekte, fiziksel yeteneklerde azalma, bilişsel işlevlerde ve günlük yaşam aktivitelerinde gerileme görülebilmektedir. Bunların yanı sıra yaşlılarda ağrı görülme sıklığı da artmaktadır (3). Yaşlılarda ağrı farklı nedenlerden dolayı görülmekte olup bireyin yaşamını olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (4–5). Ağrı algılamasını cinsiyet, yaş, iş, eğitim, kişinin izolasyon derecesi, fiziksel yetersizlik hali ve yaşanan çevre etkilemektedir (6). Bu çalışma, huzurevinde ve kendi evinde yaşamını sürdüren yaşlıların ağrı düzeyini ve ağrıyla baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem; kesitsel tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma, 10 Ocak–10 Mayıs 2012 tarihleri arasında Sivas İhracızade İsmail Hakkı Toprak Huzurevinde kalan 52 ve Sivas İl Merkezinde ailesiyle ya da yalnız yaşayan 56 yaşlı ile yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Huzurevinde kalan yaşlıların tamamı olan 60 kişi araştırma kapsamına alınmış 8 kişi ise çeşitli nedenlerle araştırmaya katılamamıştır. Sivas İl Merkezinde yaşayan yaşlı seçiminde tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İl Merkezinde bulunan mahalleler birer tabaka kabul edilmiş bu mahalleler içerisinde basit rastgele örnekleme yöntemiyle mahalle seçimi yapılmıştır. Seçilen mahallerde yaşayan yaşlılardan örneklem kriterlerine uyan çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerle görüşülmüştür. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan, sosyodemografik değişkenleri ve yaşlıları tanıtıcı bilgileri içeren görüşme formu hazırlanmıştır. Ağrıyı değerlendirmek için ağrı şiddeti ölçüm

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

skalası olan Görsel Analog Skalası (VAS) kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS programında değerlendirilmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmış, önemlilik derecesi $p<0.05$ seçilmiştir.

Bulgular; huzurevinde kalan yaşlıların %25.0'i (13) kadın, %75.0'i (39) erkek, yaş ortalaması 75.0 ± 9.2 'dir. Evinde kalan yaşlıların %26.8'i (15) kadın, %73.2'si (41) erkek, yaş ortalaması ise 77.5 ± 5.6 'dır. Huzurevinde kalanların %71.2'si (37), evinde kalanların %78.6'sı (44) kronik bir hastalığı olduğunu ifade etmiş, huzurevinde kalanların %46.2'si (24), evinde kalanların ise %46.4'ü (26) sağlık durumunu çok iyi/iyi olarak değerlendirmiştir. Huzurevinde kalanların %17.3'ü (9), evinde kalanların %39.3'ü (22) yaşlılığı olumlu/gelişimsel bir dönem olarak değerlendirmiş, huzurevinde kalanlar ile evinde kalan yaşlıların yaşlılığı algılama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Huzurevinde kalanların %59.6'sı (31), evinde kalanların %48.2'si (27) son bir haftadır ağrısının olduğunu ifade etmiştir. Huzurevinde kalanlar ile evinde kalan yaşlıların ağrı yaşama durumları ve ağrı şiddeti karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ağrı yaşadığını söyleyen toplam 58 kişinin (huzurevinde ya da evinde kalan) 14'ünün hafif (1–4 puan), 26'sının orta (5–6 puan), 18'inin ise şiddetli (7–10 puan) düzeyde ağrı yaşadığı saptanmıştır. Ağrı şikayeti en çok (%32.4) eklemlerde tespit edilmiştir. Ağrı yaşayanların ağrıyla baş etme yöntemi olarak %46.3'ünün (50) analjezik aldığı, %39.8'inin (43) ibadet/dua ettiği, %37.0'sinin (40) dinlendiği, %25'inin (27) sıcak/soğuk uygulama yaptığı, %21.3'ünün (23) ağrıyı kabul ettiği, dikkatini başka yere verdiği, %20.4'ünün (22) masaj yaptığı belirlenmiştir.

Sonuç; huzurevinde kalan yaşlılar ile evinde yaşayan yaşlılar arasında ağrı varlığı, şiddeti ve ağrıyla baş etme yöntemleri açısından fark olmadığı, medeni durum ve yaşlılığı algılamada anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Huzurevinde yaşayan yaşlılar fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden güçlüklerle karşılaşmakta, bu nedenle de yaşlılığı olumsuz (çaresizlik, yalnızlık, terk edilmişlik vb.) olarak algılamaktadırlar. Yaşlılığı insanların daha sağlıklı ve üretken olarak geçirmeleri için yaşlılarla çalışan sağlık personelinin etkili girişimlerde bulunması gerekir.

Anahtar kelimeler; huzurevi, yaşlı, ağrı, ağrıyla baş etme

Kaynaklar:

1. Güzeldemir, E.: Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. SENDROM, Haziran 11–21, 1995.
2. Güleç G., Güleç S.: Ağrı ve Ağrı Davranışı, Ağrı, 18(4): 5-9, 2006.
3. Akgün S., Bakar C., Budakoğlu G. : Dünyada ve Türkiye'de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri, Turkish J Geriatrics, 7(2): 98-104, 2004.
4. Tarsuslu Şimşek T., Tütün Yumin E., Öztürk A., ve ark: Ev Ortamında Yaşayan Yaşlı Bireylerde Ağrı ile Sağlık Durumu, Mobilite ve Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi Arasındaki İlişki. Turk Fiz Tıp Rehab Derg, 57: 216–20. 2011.
5. Yıldız A., Erol S., Ergün A.: Bir Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Ağrı ve Depresyon Riski, Turkish Journal of Geriatrics, 12 (3): 156-164, 2009.
6. Tanrıverdi G., Okanlı A., Çetin H., ve ark: Yaşlı Popülasyonda Ağrı, Turkish Journal of Geriatrics, 12 (4): 190-197, 2009.

612

“İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİ İÇİN FİZİKSEL AKTİVİTE SORU FORMUNUN ” TÜRK TOPLUMUNA UYARLANMASI: GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Zuhal Emlek Sert, Ayla Bayık Temel

Ege Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Fiziksel aktivite, enerji kullanarak vücut hareketlerini anlatmak için kullanılan uluslararası bir terimdir. Fiziksel aktivitenin tipleri: egzersiz, spor, oyun, ev işi ve bahçe işleri vb.'dir. Düzenli fiziksel aktivitenin; çocukluk obezitesi, Tip 2 diyabet, hipertansiyon, osteoporoz, depresyon, sigara/alkol/ilaçlar, adölesan hamilelik, hipokinetik hastalıkları ve bu hastalıklara bağlı erken ölümleri önlediği ve sağlık yönünden kalitesi yüksek bir hayat sağladığı ortaya çıkmıştır (Baltacı ve ark., 2008).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çocuklarda fiziksel aktiviteyi değerlendirmede en iyi araçları belirlemek oldukça güçtür. Fiziksel aktivite ölçümünde; fizyolojik göstergeler, laboratuvar yöntemleri, doğrudan gözlem, hareket sensörleri, kendi kendine rapor etme gibi yöntemlerden yaygın olarak yararlanılmaktadır. Fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde kullanılacak kısa ve uygulaması kolay araçlara gereksinim vardır. “İlköğretim Öğrencileri İçin Fiziksel Aktivite Soru Formu” (FAS) düşük maliyetli olup, ergenlik ve çocukluktan itibaren fiziksel aktivitenin geçerli ve güvenilir biçimde değerlendirilmesinde büyük ölçekli çalışmalar için de uygun bir araçtır. FAS 7 günlük hatırlama aracıdır. Bu form yaklaşık 8-14 yaşındaki öğrenciler için ilköğretim yılı boyunca fiziksel aktivitenin genel değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. (Kowalski ve ark., 2004). Bu araştırmanın amacı “İlköğretim Öğrencileri İçin Fiziksel Aktivite Soru Formu”nun (FAS) geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek ve Türk toplumuna uyarlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik çalışmanın evrenini; İzmir’e bağlı Ödemiş ilçesinde kamuya ait olan ve orta sosyo-ekonomik düzeyi temsil eden bir ilköğretim okulunda öğrenim gören 47 (25 erkek, 22 kız) ilköğretim 6. 7. 8. (12-14 yaş grubu) sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, 2010-2011 eğitim öğrenim döneminde öğrenim gören 6. 7. 8. sınıflara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra katılmaya gönüllü ve herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan öğrenciler çalışma kapsamına alınmıştır. FAS’nda 9 madde bulunmaktadır. Ercan (2007) “Sağlık Hizmeti Veren Kurumlarda Hizmet Memnuniyetini Ölçmeye Yönelik Ölçek Geliştirilmesi ve Bir Uygulama isimli” çalışmasında örneklem büyüklüğünün ölçeğin Cronbach Alpha değerinde anlamlı farklılık yaratmadığını saptamıştır (Yardımcı ve Başbakkal 2008). Ayhan (2007) örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde test maddelerinin sayısının önemli olduğunu, örneklemin analize alınan test maddelerinin on katı ya da en az alt sınır olarak iki katı olması gerektiğini belirtmektedir. Gözüm ve Aksayan (2003), Şencan (2005) ölçek çalışmalarında örneklem hacminin belirlenmesinde ölçek madde sayısının 5–10 katı olması önerilmektedir. Bu nedenle, örnekleme gidilmeyip, araştırmaya katılmayı kabul eden, herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan öğrenciler (6. 7. 8. sınıflar) örnekleme alınarak, 47 (25 erkek, 22 kız) öğrenciyle çalışma gerçekleştirilmiştir. Yaş ortalamaları (yaş ortalaması±standard sapma) 13.13±1.19 olan öğrencilerin; 17’si (%36.2) altıncı sınıfta, 12’si (%25.5) yedinci sınıfta, 18’i (%38.3) sekizinci sınıfta eğitim öğretim görmektedir.

Verilerin toplanabilmesi için, İl Milli Eğitim Müdürlüğü’nden yazılı ve öğrencilerin anne, baba ve öğrencilerden sözel izin alındı.

İlköğretim Öğrencileri İçin Fiziksel Aktivite Anketi Amerika Birleşik Devletleri’nde Kent C. Kowalski ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Geliştirilen soru formu dokuz madde içerir. Öğrencinin; son yedi gün içinde gerçekleştirdiği aktiviteler ve gerçekleştirme sıklığını inceler. Bu kapsamda son bir hafta içinde beden eğitimi dersine katılma düzeyi, teneffüslerde, öğle yemeği saatinde, okuldan çıktıktan sonra, akşam saatlerinde ve hafta sonu yaptığı aktiviteler ve sıklığı bulunmaktadır. Bunların yanı sıra son yedi günde boş zamanlarında yaptığı spor, dans ya da oyun oynama gibi faaliyetleri incelenir. Bu sorular davranışın sıklığını belirten ancak farklı yapılar da hazırlanmış beşli likert tipindedir. Birinci maddede yer alan yirmi bir farklı aktiviteden yapıldığı sıklık durumuna göre aktivite sayısına (yirmi bir) bölünerek ortalama puan hesaplanır. Dokuzuncu madde de yer alan tabloya öğrenciden, geçen haftayı düşünerek spor, oyunlar, dans ve diğer fiziksel aktiviteleri ne sıklıkla yaptığını haftanın her günü için işaretleyerek doldurması istenir. Dokuzuncu maddeden de elde edilen puan yedi (gün sayısı) sayısına bölünerek ortalama puan hesaplanır. Her maddeden alınan en yüksek puan 5, en düşük puan ise 1’dir. Dokuz maddeden oluşan soru formunun maddelerine verilen cevaplar üzerinden toplam puan elde edilir. Soru formundan elde edilecek minimum puan 9, maksimum puan 45’dir. Formun yanıtlanma süresi 40 dakikadır. Orijinal çalışmada test-tekrar test güvenilirliği kabul edilebilir düzeylere (erkeklerde $r = .75$, kızlarda $r = .82$) sahiptir.

Öğrencilere araştırmanın amacı açıklandıktan ve katılımları sağlandıktan sonra, formun yalnızca dokuzuncu maddesini içeren tablo verilerek o günden başlamak üzere ileriye yönelik olarak bir hafta süreyle, spor, oyunlar, dans ve diğer fiziksel aktiviteleri ne sıklıkla yaptığını haftanın her günü için işaretleyerek doldurması istendi. Öğrenciler formu getirdikleri gün dokuz madde içeren soru formu sınıflarda topluca öğrencilere dolduruldu. Soru formu, tekrar test olarak, dört hafta sonra tekrar uygulandı.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16 paket programından yararlanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde kapsam geçerlilik indeksi, Cronbach alfa katsayısı ve pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi belirlenmesinde 0.05 düzeyi temel alınmıştır.

Bulgular:

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

1. Dil Geçerliliği : “İlköğretim Öğrencileri İçin Fiziksel Aktivite Soru Formu”nun dil geçerliliğini test etmek için çeviri-geri çeviri yönteminden yararlanıldı. Anket maddeleri araştırmacı ve dört İngilizce dil bilimci tarafından Türkçe’ye çevrildi. Günlük yaşam ve spor aktiviteleri açısından Türk toplumunda yaygın olmayanlar kültüre uygun özelliklerle değiştirildi. Anket maddelerinin Türkçe çevirilerinden en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan Türkçe anket formu, her iki dili ve kültürü iyi bilen, ana dili Türkçe olan bir dil bilimci tarafından yeniden İngilizce’ye çevrilerek, anket formunu geliştiren Kent C. KOWALSKI’ye gönderildi ve onayı alındı. Gerekli düzenlemeler yapıldı ve anket maddelerine son şekli verildi.

2. Kapsam Geçerliliği : “İlköğretim Öğrencileri İçin Fiziksel Aktivite Soru Formu” (FAS)’ın kapsam geçerliliğini değerlendirmek üzere çevirisi tamamlanan FAS formu 14 uzmanın görüşüne sunuldu. Uzmanlardan her bir maddeye 1-4 arasında (1=çok uygun, 2= uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 3= maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor, 4= uygun değil) puan vererek maddelerinin amaca uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini değerlendirmeleri istendi. Anket FAS için Genel Kapsam Geçerlilik Oranı 0.98 olarak hesaplandı.

Son olarak FAS pilot uygulaması, 6. 7. 8. sınıflardan oluşan farklı okullardan 10 öğrenciye uygulandı, öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak FAS’ın Türkçe formu elde edildi.

3. FAS Verilerinin Güvenilirliği: Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Kolmogorov-Smirnov testi ile bakıldı. Verilerin normal dağılımı ile ilgili analizler ile birlikte FAS’ın toplam puan dağılımı, histogram grafiğine göre incelendi ve verilerin normal dağılıma uygun ortalama değerlerde yığılma gösterdiği belirlendi ($p>0.05$).

Dokuz Maddeden oluşan soru formunun ilk uygulamasında (pretest) sorunlu bir maddenin olmadığı (düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu en düşük. 20 en yüksek .68) ve Cronbach Alfa katsayısının 0.737 olduğu saptandı.

FAS’ın güvenilirliği kapsamında zamana göre değişmezliğini test etmek için tüm maddeleri içeren FAS’ın dört hafta ara ile uygulanan test tekrar test puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; birinci (pretest) ve ikinci uygulama (posttest) puanları arasındaki korelasyon değerinin ($r=0.738$) olumlu yönde güçlü derecede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiyi gösterdiği bulundu ($p<0.001$).

Ayrıca öğrencinin haftanın yedi gününe ait fizik aktivitelerini yansıtan FAS’ın dokuzuncu maddesine ait bir haftalık süreyle ileriye yönelik olarak yanıtlarının ortalaması ile pretest olarak anlık tamamlanmış olan FAS’ın yalnızca dokuzuncu maddesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarındaki korelasyon ($r=0.735$) olumlu yönde güçlü derecede anlamlı ilişki gösterdi.

Tartışma\Sonuç ve Öneriler: Araştırma bulguları FAS’ın ilköğretim öğrencilerinde fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada FAS’ın güvenilirliği açısından test ve tekrar test sonuçlarını gösteren olumlu yönde güçlü ve anlamlı istatistiksel ilişki, aracın zamana göre değişmezliğini göstermiştir. Bu değer öğrencilerin fiziksel aktivite ile ilgili davranışlarının zaman içinde değişmediğini ve yanıtlarının doğruluğunu tanımlamaktadır. Bu Kowalski’nin çalışmasında da belirlenen araştırma bulgularına benzerdir. Bir haftalık süreyle ileriye yönelik olarak fiziksel aktivite etkinliklerinin toplandığı dokuzuncu madde ile ilgili elde edilen puan ortalaması ile anlık geriye dönük anımsamaya dayalı FAS’ın dokuzuncu maddesine ilişkin elde edilen ortalama değer arasındaki, güçlü ve olumlu yönde anlamlı ilişki de yine zamana göre değişmezliği ve öğrencilerin bildirimlerinin güvenilirliğini ortaya koymuştur. Öğrencinin fiziksel aktivite durumunun değerlendirilmesinde, ileriye yönelik olarak yedi günlük veri toplama yerine geriye dönük olarak anlık son yedi güne ilişkin öğrenci bildirim de güvenilirdir.

Türkçe’ye uyarlanan “İlköğretim Öğrencileri İçin Fiziksel Aktivite Soru Formu”, eğitim-öğretim yılı boyunca fiziksel aktivitenin genel değerlendirilmesi amacıyla okullarda, sağlık kuruluşlarında sınıf öğretmenleri, beden eğitimi öğretmenleri, okul sağlığı hemşireleri ve hekimler tarafından kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir araçtır. Çocuklarda fizik aktivitenin artırılmasında, motivasyonun güçlendirilmesinde akran değerlendirmeleri ve öz değerlendirmelerde bu soru formundan yararlanılabilir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ancak sonuçların genellenebilmesi için farklı örneklem gruplarıyla tekrarlanan çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir. FAS'nun Türkiye'nin farklı bölgelerinde uygulanması, 6. 7. ve 8. sınıflarda öğrenim gören öğrencilerin fiziksel aktivite etkinliklerinin tanımlanması ve geliştirilmesi yönünde girişimlerde bulunulması konusunda yardımcı olacaktır. FAS'nun fiziksel aktivite durumunu değerlendirebilecek yeni ölçme araçlarının geliştirilmesinde rehberlik edebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İlköğretim, Fiziksel aktivite, Geçerlilik, Güvenilirlik

Kaynaklar:

1. Ayhan AB, Aral N (2007), Bracken Temel Kavram Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formunun Altı Yaş Çocukları İçin Uyarlama Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 32 (2007): 42-51.
2. Baltacı G., Ersoy G., Karaağaoğlu N., Dermen O., Kanbur N. (2008), Ergenlerde Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Yaşam, Şubat-Ankara
3. Crocker P. R. E., D. A.Bailey, R. A. Faulkner, K. C. Kowalski, R. McGrath, R. (1997), Measuring general levels of physical activity: Preliminary evidence for the Physical Activity Questionnaire for Older Children, Medicine and Science in Sports and Exercise, 29, 1344-1349.
4. Gözüm, S., Aksayan, S. (2003), Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1, 3-14.
5. Kowalski K., Crocker P., Donen R. Augustos (2004), The Physical Activity Questionnaire for Older Children (PAQ-C) and Adolescents (PAQ-A) Manual, http://www.dapa-toolkit.mrc.ac.uk/documents/en/PAQ/PAQ_manual.pdf, Erişim Tarihi: 20 Haziran 2012.
6. Yardımcı F., Başbakkal Z. (2009), Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12: 2

885

İNTERNET KULLANIMI ANKARA'DAKİ ECZACILIK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİ İÇİN BAĞIMLILIK DÜZEYİNDE Mİ?

Dilek Aslan¹, Selen Yeğenoğlu², Burcu Küçük Biçer¹, Bilge Sözen Şahne², Songül Vaizoğlu¹, Gülbin Özçelikay³

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ²Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı, ³Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: İnternet kullanımı ülkemizde ve dünyada son yıllarda artma eğilimindedir. Bu durum İnternet kullanımının sağlık açısından risklerinin gündeme gelmesine, konuya dair araştırmaların yapılmasına neden olmaktadır. İnternet kullanımı ve bağlı risklerin araştırılması her yaş grubu için önemli olmakla beraber, gençlik dönemi ve öğrencilik yıllarında riskli sağlık davranış eğiliminin daha yüksek olması nedeniyle öncelenebilir. Bu araştırma da Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı gençlik yaş grubu içinde yer alan bir grup üniversite öğrencisinin İnternet kullanımı ve bağımlılık eğilimi değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında Ankara'da eğitim gören Eczacılık Fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerine ulaşılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte kurgulanmış olan bu çalışmada hedef grup (evren) olarak Ankara'da devlet üniversitelerinin (Hacettepe, Gazi, Ankara) Eczacılık Fakültelerinde okuyan 325 dördüncü sınıf öğrencisi belirlenmiştir. Hedef grubun 291'inin verilerine ulaşılabilmektedir (katılım yüzdesi=%89,6). (99/100 Hacettepe, 115/115 Ankara, 77/110 Gazi Fakülteleri). Öğrencilerin tanımlayıcı kimi verileri 291 kişi üzerinden değerlendirilmiştir. Ölçek değerlendirmesi için ölçeğin ayrıntılarını değerlendiren sorulara yanıt verilmemesi nedeniyle 250 öğrencinin verisi kullanılabilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırmanın verileri 2012 ilkbahar döneminde iki hafta içerisinde araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Anket formunda sosyo-demografik özellikler, İnternet ve bilgisayar kullanımına dair veriler, sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin veriler ve son bölüm olarak da Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği Koçak-Usluel ve Kurt-Vural tarafından yapılmış olan Bilişsel Kapılma Ölçeği kullanılmıştır.

Veri toplama formunun ön denemesi Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi üçüncü sınıf öğrencilerine uygulanmış, alınan geribildirimlere göre veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Araştırmada marjinal tabloların yanı sıra lineer regresyon modeli kullanılarak değerlendirmeler de yapılmıştır. Bu modelde bağımlı değişken olarak Bilişsel Kapılma Ölçeği’nden alınan puan esas alınmıştır. Bağımsız değişkenler ise cinsiyet, yaş, sigara içme durumu, hafta sonu ve hafta içi İnternet için harcanan süre, İnternet kullanma nedeni olmuştur. Hesaplamalarda ilişkilerin anlamlılık düzeyi için %95 güven aralığı ve $p < 0,05$ sınırı kullanılmıştır.

Araştırmanın etik kurul izni Hacettepe Üniversitesi’nden alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $22,52 \pm 3,2$ ’dir. Grubun %66,7’si kadın ve %33,3’ü erkektir. Öğrencilerin %17,1’i sigara içtiğini belirtmiştir. İnterneti kumar, sohbet, sosyal paylaşım gibi bağımlılık ile paralel olabilecek nedenlerle kullanma yüzdesi 85,5’dir.

Öğrencilerin kendi beyanlarına göre İnternet başında geçirdikleri zaman ortalama hafta içi $1 \pm 1,7$ saat ve hafta sonu da $2 \pm 3,04$ olarak hesaplanmıştır. Bilişsel kapılma ölçeği puanı 250 kişi üzerinden hesaplanmış olup $97,71 \pm 30,65$ ’dir. Alınan en düşük puan 17 ve en yüksek puan 170’dir. Lineer regresyon hesaplaması sonucunda öğrencilerin ölçekten aldıkları puan sigara içmeleri ile ve hafta içi/hafta sonu İnternet için harcadıkları zaman arttıkça artmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Öğrencilerin farklı bağımlılık olasılıkları ile İnternet bağımlılığı arasında ilişki olması muhtemeldir. Bu bağlamda daha ayrıntılı çalışmaların yapılması, önlemlerin alınması açısından değerlidir.

Anahtar Sözcükler: İnternet kullanımı, Öğrenci, Gençlik, Bağımlılık değerlendirmesi

Teşekkür

Araştırmanın yapılmasına izin veren üniversite yönetimine, araştırmaya katılan öğrencilere teşekkür ederiz.

Çıkar Çakışması

Bulunmamaktadır.

Kaynaklar:

1. [Christakis DA](#). İnternet addiction: a 21st century epidemic? [BMC Med](#) 2010 Oct 18;8:61.
2. Koçak-Usluel Y, Kurt-Vural f. Adaptation of Cognitive Absorption Scale To Turkish. Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences, year: 2009;42(2):77-92.
3. Saade, R., Bahli, B. (2004). The impact of cognitive absorption on perceived usefulness and perceived ease of use in on-line learning: An extension of the technology acceptance model. *Information & Management*. 42, 317-327.
4. Zhang, P., Li, N., Sun, H. (2006). Affective quality and cognitive absorption: Extending technology acceptance research. *Proceedings of the 39th Hawaii International Conference on System Sciences*. Hawaii, United States. 10.

769

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÇALIŞANLARININ SİGARA BAĞIMLILIĞI VE KARBONMONOKSİT DÜZEYİ

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Emel Güden¹, Ahmet Güden², Ahmet Öksüzkaya¹, Rukiye Tuna³, Arda Borlu¹

¹Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü, ³Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğü, ²Bünyan Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Sigara içme dünyada ve ülkemizde en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Ülkemizde sağlık çalışanları arasındaki sigara içme oranı genel popülasyona yakın, hatta yüksektir. Sigara ile mücadelede topluma model oluşturması gereken sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi ve istekleri ise ne yazık ki yeterli değildir. Bu çalışmada İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan personelin sigara kullanım alışkanlıkları ve solunum sistemindeki karbon monoksit düzeyini tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, Mayıs 2011 tarihinde Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü ana binada görev yapan toplam 128 çalışana araştırmacı tarafından hazırlanan anket soruları ile Fagerström Nikotin Bağımlılık testi uygulandı. Anket sonrası ise karbon monoksit düzeyini belirlemek amacı ile micro CO cihazı ile ölçüm yapıldı. Bilgisayar ortamında istatistikî analiz yapıldı. Araştırmanın bağımlı değişkeni sigara kullanımı, bağımsız değişkeni ise çalışanlarının demografik özellikleriydi. Her iki gruba ilişkin verilerin dağılım sıklığını saptamak için frekans analizi, iki bağımsız grup oranları için ki-kare testi, korelasyon analizleri için pearson ve spearman korelasyon analizleri uygulanmıştır. X^2 değeri $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: İl Sağlık Müdürlüğü çalışmalarının ankete cevap verme oranı %85,2 idi. Çalışanların %44'ü kadın %56'sı erkek'di. Çalışanların %90,8'i evli, %8,3'ü bekâr ve %0,9'u dul'du. Çalışanların %4,6'sı ilköğretim %23,9'u lise, % 67,9'u üniversite, %3,7'si yüksek lisans ve doktora eğitimi almıştır. Çalışanların %32,1'i hiç sigara içmediğini, %6,4'ü içmesine rağmen sevmediğini, %0,9'u içip sevip ama devam etmediğini, %11,9'u ara sıra içtiğini, %27,5'i düzenli içtiğini, %21,1'i ise sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Çalışanların %37'6'sı ilk sigarasını 18-24 yaş grubunda içtiğini belirtirken, %14,7'si 17 yaş ve altı, %5,5'i 25-30 yaşlarında, %4,6'sı ise 31-40 yaş grubunda sigaraya başladığını belirtmiştir.

Araştırma grubunun toplam sigara içme yılı ortalama $18,7\pm 8,5$ dir. En az içme yılı 5 iken en çok 35 yıldır. 35 yıldır sigara içen 2 çalışanın cinsiyeti de erkek tir. Ancak kadın ve erkeklerde sigara içme yılı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır($\chi^2=0,16$ $p>0,05$).

Sigarayı bıraktığını belirten 23 kişiye yönelik olarak bırakma yöntemleri sorulmuş olup aynı andan birden fazla seçeneği işaretleyebilecekleri belirtilmiştir. Sigarayı bırakanların tamamı iradesi sayesinde bırakabildiğini belirtirken %4,3'ü ilaç kullanarak bıraktığını belirtmiştir. Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz? İçerikli sorumuza araştırma grubunun % 67,4'ü evet cevabı vermiştir. Bırakmayı düşünmeyenlerin oranı %2,3, ileride belki cevabı verenlerin oranı ise % 18,6 dir.

Araştırma grubunun % 7,3 ü sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşadığını belirtmiştir. Bu kişilerden %2,7 'si halen sigara içen , %1,8'i ara sıra içen, %1,8'i ise bırakmış olanlardır. Hiç içmeyenlerle ara sıra içen, düzenli içen veya bırakmış olanlar arasında sağlık sorunları görülme oranı anlamlı derecede yüksektir. ($\chi^2=0,014$ $p<0,05$).

Araştırma grubunun %28,4'ü çevresinde sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşayan tanıdıkları olduğunu belirtmiştir. Sağlık sorunları arasında % 3,7 ile akciğer kanseri, % 11 astım-KOAH , %0,9 mesane kanseri yer almaktadır.

Araştırma grubunun %84,4 ü sigara yasakları desteklediğini belirtmektedir. Sigara yasaklarını desteklemeyenlerin oranı %3,7 dir. Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde yasağa uymakta sorun yaşayanların oranı %16,5 olarak belirlenmiştir.

Sigara içenlerin %44,7'si uyandıktan en az 1 saat sonra sigara içebileceğini belirtirken, %22,8'i ilk yarım saat içinde içtiğini belirtmiştir. %32,5'i ise yarım saat ile 1 saat içinde günün ilk sigarasını içtiğini belirtmiştir. Sabah saatlerinde günün diğer saatlerine göre daha fazla sigara içtiğini belirtenlerin oranı %30,1 dir. En çok hangi sigaradan vazgeçemezsiniz sorusuna araştırma grubunun %39,3'ü sabah sigarasından cevabını vermiştir. Hasta olsanız bile sigara içmişiniz sorusuna sigara içenlerin %9,2 si evet cevabı verirken %90,82'i hayır cevabı vermiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sigara kullanımına bağlı solunum yolunda biriken karbon monoksit düzeyini ölçümü sonuçlarına göre İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının tamamı değerlendirilmiş olup ortalama $3,8 \pm 4,6$ dir. En az değer 1 iken en çok değer 40 olmuştur. Tehlikeli olarak değerlendirilen 8 ppm'in üzerinde değeri olan kişi sayısı 13 dür. 11 erkek ve 2 kadın çalışmada 8 ppm değerinin üzerinde karbon monoksit görülmüştür. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2=0,069$ $p>0,05$).

İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde görev yapanlardan sigarayı deneyen, ara sıra içen, düzenli kullanan ve bırakanlardan ilk sigara içme yaşlarının cinsiyete göre dağılımı değerlendirilmiş ve erkeklerin kadınlara oranla anlamlı derece erken yaşlarda sigara başladığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2=0,03$ $p<0,05$).

Araştırma grubunun sigara kullanımı konusunda bağımlılık durumunu değerlendirmek amacı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi yapılmıştır. Çalışmamızda gruplar (0–3) düşük düzey bağımlı, (4–5) orta düzey bağımlı, (6–10) yüksek düzey bağımlı olarak sınıflandırılmıştır. Düşük düzey bağımlı olanların oranı %64,2, orta düzey bağımlı oranı % 11, yüksek düzey bağımlı oranı ise % 24,8 dir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Sigara içiciliği dünyanın ve Türkiye' nin önlenebilir en önemli sağlık sorunudur. Birçok çalışmada toplumun, sağlığını ilgilendiren konularda özellikle hekimlerin sağlık davranışlarını gözlemledikleri ve örnek aldıkları görülmüş. Bundan dolayı hekimler, hemşireler, diğer sağlık görevlileri ve hatta tıp öğrencilerinin sigara içmemeleri, içiyorlarsa hemen bırakmaları veya hastanın olduğu poliklinik, bekleme odaları veya sağlık kurumları içinde içmemeleri gerektiği görüşü savunulmuştur. Bu çalışmada İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde çeşitli görev yapan sağlık personelinin sigara kullanım durumu sorgulanmış ve solunumunda bulunan karbon monoksit düzeyi ölçülmüştür.

Araştırma grubu içerisinde sigara içenlerin oranı %27,5'dir. Ülkemizde yapılan 22 çalışmanın derlemesinde sigara içme oranları doktorlarda ortalama %31,9–70,0 arasında değişmektedir. Bu sonuçlara göre İl Sağlık Müdürlüğü çalışanları içerisinde sigara içme oranı diğer sağlık çalışanlarına göre düşük bulunmuştur. Müdürlüğümüzde görev yapan sağlık personelinin sigara kullanım durumu İsveç ve Lüksemburg'daki halkın sigara içme oranı (%11 ve %12) ile benzerlik göstermektedir.

Cinsiyete göre sigara içme durumu değerlendirildiğinde erkeklerin kadınlara oranla anlamlı derecede yüksek sigara kullandığını görülmüştür ($\chi^2=0,02$ $p<0,05$). Çalışmamızda eğitim durumu yükseldikçe sigara kullanım oranının da arttığı belirlenmiştir ($\chi^2=0,037$ $p<0,05$). Yapılan birçok çalışmada erkeklerin kadınlara ve eğitim durumu yükseldikçe diğerlerine oranla daha fazla sigara kullanıldığı belirtilmiştir.

Araştırma grubunun toplam sigara içme yılı ortalama $18,7 \pm 8,5$ dir. En az içme yılı 5 iken en çok 35 yıldır. 35 yıldır sigara içen 2 çalışanın cinsiyeti de erkek tir. Ancak kadın ve erkeklerde sigara içme yılı arasında anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,16$ $p>0,05$). Sigara içen 56 kişinin %39,2'si günde ortalama 10 ve altında çöp sigara içtiğini belirtmiştir. %14,7'si 11–20 adet, %3,7'si ise 21- 30 adet sigara içtiğini belirtmiştir. 30 dan fazla sigara içtiğini belirten olmamıştır.

Araştırma grubunun sigara kullanımı konusunda bağımlılık durumunu değerlendirmek amacı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi yapılmıştır. Çalışmamızda gruplar (0–3) düşük düzey bağımlı, (4–5) orta düzey bağımlı, (6–10) yüksek düzey bağımlı olarak sınıflandırılmıştır. Düşük düzey bağımlı olanların oranı %64,2, orta düzey bağımlı oranı % 11, yüksek düzey bağımlı oranı ise % 24,8 dir. Gülhane Tıp Fakültesi'nde sağlık personeli ile yapılan bir çalışmada bağımlılık düzeyi %40,9'unda çok düşük, %24,9'unda düşük, %17,3'ünde yüksek ve %7,6'sında çok yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda yüksek düzey bağımlılık oranının daha fazla olduğu görülmüştür. Bağımlılık düzeyinin cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum ile ilişkili olmadığını saptanmış olup benzer bir sonuç da Gülhane'de yapılan çalışmada elde edilmiştir. Sigaraya başlama yaşı ile bağımlılık düzeyi arasında pozitif korelasyon ($r= 0.49$, $p< 0.001$) saptanırken, eğitim düzeyi arasında ters yönde bir ilişki ortaya çıkmıştır ($r= -0,25$ ve $p<0.008$). Çalışmamızda eğitim düzeyinin artışına bağlı olarak sigara kullanımında artış görülürken, bağımlılık düzeyinin düştüğü görülmüştür.

Babası, annesi ve kardeşi sigara kullanan çalışanların kendisinde sigara kullanımını etkilemesi açısından değerlendirilmiş ve anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2=0,084-0,61-0,84$ $p>0,05$). Gümüşhane'de yapılan bir çalışmada sağlık yüksek okulu öğrencilerinin %58,9'unun ailesinde, aile içinden de %76,9 oranı ile babaların

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

içtiği belirtilmiştir. Literatüre bakıldığında sigara kullanan gençlerin aile bireylerinden en az birinin sigara içtiği ve sigara içen bireyleri başta baba olmak üzere anne ve kardeşlerin oluşturduğu görülmektedir.

İl Sağlık Müdürlüğü çalışanları içerisinde sigarayı bırakanların tamamı iradesi sayesinde bırakabildiğini belirtirken %4,3'ü ilaç kullanarak bıraktığını belirtmiştir. Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz? İçerikli sorumuza araştırma grubunun % 67,4'ü evet cevabı vermiştir. Bırakmayı düşünmeyenlerin oranı %2,3, ileride belki cevabı verenlerin oranı ise % 18,6 dir. İzmir'de birinci basamakta çalışan sağlık personeli arasında sigara içenlerin büyük bir oranı sigarayı bırakmak istediğini belirtmiştir.

İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde görev yapanlardan sigarayı deneyen, ara sıra içen, düzenli kullanan ve bırakanlardan sigara içme yaşlarının cinsiyete göre dağılımı değerlendirilmiş ve erkeklerin kadınlara oranla anlamlı derece erken yaşlarda sigara başladığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2=0,03$ $p<0,05$).

Sigara kullanımına bağlı solunum yolunda biriken karbon monoksit (CO) düzeyi ölçüm sonuçlarına göre sigara kullanan 30 kişinin %80'i 5 ve üzerinde CO düzeyine sahiptir. Sigara kullananların ortalama CO değeri $6,8\pm 6,2$ olup sigara kullanmayanların ortalaması $1,9\pm 1,3$ 'dür. Türkan'ın İstanbul'da yaptığı araştırmada sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların CO ortalama değeri sigara içmeyenlerde $1,7\pm 1,0$, sigara içenlerde ise $27,8\pm 17,0$ olarak değerlendirilmiştir. Sigara kullanımı ve bağımlılık test puanı ile solunumda tespit edilen karbon monoksit düzeyi arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r:0,53$ $p<0,009$, $r: 0,5$ $p<0,001$). Çalışmamızda cinsiyet, yaş ve medeni durumdan kaynaklanan farklılıkların solunumda ölçülen CO düzeyini etkilemesi açısından etkisi bulunamamıştır.

Sonuç olarak; İl Sağlık Müdürlüğümüzde görev yapan personelin sigara kullanım oranı %27,5'dir. Bu oran ulusal çalışmalarda yer alan kullanım oranlarına göre düşük bulunmuştur. Sigara kullanımında ve başlamasında erkekler kadınlara oranla daha erken yaşta başlamakta olup, sayıca daha fazla içmektedir. Tütün ve mamullerinin kullanımına yönelik yasakları çalışanların büyük bir kısmı desteklemekte ve sigarayı bırakmayı istemektedir. Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda; Sağlık personeli arasında yüksek görülen sigara kullanım oranlarının düşürülmesinde sigarayla savaş politikalarının başarılı olduğu görülmektedir. Yapılan düzenlemelerin istikrarlı uygulanması toplumdaki sigara kullanım düzeyinin azaltması açısından etkili olacağı, sağlık personelinin de toplumda sağlık açısından rol model konumunda olmasından dolayı sigara ile savaş çalışmalarına destek vermesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanları, Sigara, Bağımlılık

Kaynaklar:

1-Türkcan A, Çakmak D. Sigara bağımlılarında solunum havasında karbon monoksit düzeyleri. Bağımlılık Dergisi 2004; 5: 133-138

2- Çilingir D, Hintistan S, Öztürk H. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012;1(2):69-85

3- Okutan O, Taş D, Kaya H, Kartaloğlu Z. sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. Tüberküloz Ve Toraks Dergisi 2007; 55(4): 356-363

4-Temel A, Dilbaz N, Bayam G, Okay T, Şengül C. Bir eğitim hastanesinin sağlık personelinde sigara alışkanlığı, bırakma sıklığı ve bağımlı kişilik özelliklerinin ilişkisi. Bağımlılık Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 2, 2004 / Journal Of Dependence, Vol: 5, N.: 2, 2004: 62

5- Kartal M, Mıdık Ö, Büyükkuş A. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara kullanımı ve yaşam kalitelerine etkisi. Tur Toraks Der 2012; 13: 11-7

782

İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN KİŞİSEL HİJYEN HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Aysun Çelebioğlu, Gulengul Mermer, Meral Türk, Nurcan Çakır

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu

Giriş ve Amaç: Ülkemizde nüfusun yaklaşık % 15'ini ilköğretim çağı (7-14 yaş) çocukları oluşturmaktadır. Okul dönemi büyüme gelişmenin önem kazandığı ve temel sağlık davranışlarının edinildiği önemli bir dönemdir (1). Çocukların kişisel hijyen uygulamaları ve beslenmeleri sağlıklarını doğrudan etkiler. Okul sağlığı hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamındadır; bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinden olan kişisel hijyen alışkanlıkları sağlık eğitimi kapsamında kazandırılmalıdır.

Sağlığı korumak için alınan tüm önlemler ve temizlik kurallarına hijyen olarak tanımlanır ve "Sağlık bilgisi, sağlık koruma, sağlık kurallarına uygun olan ya da sağlığa zarar verecek ortamlardan korunmak için yapılacak uygulamalar ve alınacak temizlik önlemlerini" içerir (2). Kişisel hijyen; saç temizliği ve bakımı, yüz, göz ve kulak temizliği, ağız ve diş temizliği, ayak temizliği, banyo alışkanlığı, dış genital organlar ve koltuk altı temizliği, sağlıklı giyinme, el ve tırnak temizliğini kapsamaktadır (3). Halk sağlığı açısından kişisel hijyen seviyesinin geliştirilmesi ile çok sayıda hastalığın bulaşmasının önlenilebileceği saptanmıştır (4).

Kişisel hijyen alışkanlığı kazandırılması bakımından en önemli dönem ilköğretim çağıdır. Çünkü küçük yaşlarda davranış kazandırma daha kolay gerçekleşmektedir. Çocuklar anne ve babalarından öğrendikleri temizlik alışkanlıklarının üzerine okulda öğrendiklerini ekleyerek, sağlıklı davranışlar edinmeye başlarlar (5, 6, 7).

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte planlanan çalışma, İzmir ili Bayraklı ilçesinde bulunan ilköğretim beşinci sınıf öğrencilerinde Şubat-Haziran 2010 döneminde yürütülmüştür. Bu düzeyde eğitim veren 40 ilköğretim okulundan rastgele örneklem yöntemiyle 7 okul seçilmiştir. Bu okulların beşinci sınıfında bulunan toplam 612 öğrenciden 584 öğrenciye ulaşılmıştır. Toplam öğrenci sayısı üzerinden kapsayıcılık %95.4'dür. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formuyla toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin 12 sorudan, ikinci bölüm ise öğrencilerin hijyen uygulamalarını belirlemeye yarayan 16 sorudan oluşmaktadır. Araştırma için Milli Eğitim Müdürlüğü ve Bayraklı belediyesinden yazılı izin alınmıştır. Anketler rehberlik dersi sırasında dağıtılmış, öz bildirim yöntemiyle doldurulmuş ve toplanmıştır. Veriler SPSS 16.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada ilköğretim 5. sınıf öğrencilerinin hijyen konusundaki bilgileri ve davranışları incelenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri; öğrencilerin en küçüğü 10 ve en büyüğü 13 yaşında ve yaş ortalamaları 11.22±0.51 bulunmuştur. Öğrencilerin annelerinin çoğu (% 75) ilkököl ve altı eğitime sahip ve % 80'i çalışmamaktadır. Öğrencilerin babaları ise; % 54'ü ilkököl ve altı eğitime sahiptir. Babaların % 87'si halen çalışmaktadır. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun başka kardeşi vardır ve yaklaşık % 60'ı 2 veya 3 kardeşlidir. Aileler çok büyük oranda (% 80) çekirdek aile yapısındadır. Öğrencilerin % 54'ü gelir düzeylerini orta ve % 38'i iyi düzey olarak belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yarısından çoğu (% 55.5) daha önce hijyenle ilgili bilgi aldığını belirtmişlerdir. Hijyenle ilgili bilgilerin en çok (% 39) derslerinde öğretmenleri tarafından verildiğini, ikinci sırada (% 32) ise sağlık çalışanlarından bilgi aldıklarını, % 31.5 ailelerinden veya arkadaşlarından ve %17'si de medyadan bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.

Öğrenciler "ellerinizi ne zaman yıkamalısınız" sorusuna en yüksek oranda (% 69) tuvaletten sonra, daha sonra % 53 ile yemekten önce ve % 51 eve gelince diye yanıt vermişlerdir. Buna karşın tuvaletten önce elimi yıkayım ifadesini % 99.7 oranında hayır denmiştir. Ayrıca dışarı çıkarken ellerini sadece % 6 oranında yıkadıklarını belirtmişlerdir. "Sabunlamadan el yıkama mikroplardan temizler mi" sorusuna % 20.4 oranında yanlış cevaplamışlardır. Ellerin kağıt havlu veya kişiye özel bez havlu ile kurulacağını ifadesine % 60'ı oranında yanlış cevap verilmiştir. Öğrencilerin % 26'sı "ortak havlu" kullanabileceğini belirtmişlerdir.

Katılımcıların % 72'si yüz yıkama sıklığını, % 19'u ayak yıkama sıklığını, % 53'ü tırnak kesim sıklığını, % 43'ü banyo sıklığını ve % 61'i de banyo şeklini doğru yanıtlayamamıştır. Ayrıca, öğrencilerin % 69'5'i iç çamaşırını değiştirme sıklığını, % 39'u çorap değiştirme sıklığını, % 53'ü dış fırçası değiştirme sıklığını, yaklaşık % 66'sı diş fırçalama sıklığını, % 68'i de diş hekimine başvurma sıklığını, % 60'ı perine temizliğinin şeklini, % 65'i diş fırçalama süresini ve yanlış cevaplamışlardır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tartışma: Bu çalışmada İzmir ili Bayraklı ilçesinde bulunan yedi ilköğretim okulu beşinci sınıf öğrencilerinin kişisel hijyen bilgileri değerlendirilmiştir. Araştırmaya 584 öğrenci katılmıştır. Katılan öğrencilerin çoğunluğu 11 yaş grubunda toplanmıştır. Öğrencilerin çoğu orta gelir düzeyinde ve çekirdek ailelerden gelmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yarısından çoğu hijyen konusunda daha önce bilgi aldığını belirtmişlerdir. Öğrencilerin ellerini yıkama zamanı olarak en yüksek oranda tuvaletten sonra ellerini yıkadıkları belirlenmiştir. Ancak öğrenciler dışarı çıkarken ve tuvaletten önce ellerini büyük oranda yıkamadıklarını belirtmişlerdir. İstanbul da yapılan Önsüz ve Hıdıroğlu'nun(9) ve Ankara da yapılan Örsal ve arkadaşlarının(8), Sivasta yapılan Çetinkaya ve arkadaşlarının(7) çalışmasında bu çalışmayla uyumlu sonuçlar bulunmuştur. Trabzon'daki Çan ve arkadaşlarının(6) yaptığı çalışmada tuvalet sonrası el yıkamaya ilişkin bulgular benzer olsa da tuvalet öncesi el yıkama oranı bu çalışmadan farklı olarak yüksek bulunmuştur. Bu oranlar Kaya ve arkadaşlarının lise öğrencilerinde bulmuş olduğu oranlardan daha düşüktür. Bu sonucun da eğitim düzeyiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ancak genel olarak ülkemizde tuvaletten önce el yıkama alışkanlığı yoktur. Bu alışkanlığın hem eğitimle hem de kültürle ilişkili olduğu düşünülmüştür. El yıkama alışkanlığının toplumun tüm kesimlerine kazandırılması için genel bir eğitime ve bilgilendirmeye gereksinim vardır.

Katılan öğrencilerin çoğu yüz yıkama, tırnak kesim, iç çamaşırı değiştirme, banyo yapma sıklığını, banyo şeklini ve perine temizliğinin şeklini bilememişlerdir. Bu sonuçlar Ankara da ilköğretim öğrencilerinde yapılan çalışmanın(8) sonuçlarıyla benzerdir. Banyo yapma sıklığı açısından İstanbul'da ki Önsüz ve arkadaşlarının çalışmasının(9) sonuçlarıyla uyumludur. Bu nedenle banyo yapma konusunda toplumun yüksek oranda bilgili olduğu düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğu günde en az bir kez olmak üzere dişlerini fırçaladıklarını belirtmişlerdir. Bazı eksikler olsa da öğrencilerin genel olarak ağız diş sağlığı konusuna dikkat ettikleri düşünülmüştür. Bu sonuçlar İstanbul bulgularıyla(9) da uyumludur.

Sonuç ve öneriler: İzmir'de yapılan bu çalışmada ilköğretim öğrencileri hijyene ilişkin bazı konularda (ellerin nasıl kurulacağı ve tuvaletten sonra yıkanması gerektiği gibi) bilgili gibi görünse de çoğu konuda bilgileri yetersiz ve yanlış olarak saptanmıştır. Ayrıca bulaşıcı hastalıkların önlenmesi bakımından çok önemli olan el yıkama konusunda bilgilerin yenilenmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. İlköğretim çağında kazandırılacak olan hijyen bilgisi, davranış ve alışkanlıklar hastalıklardan korunma açısından önemlidir. Bu nedenle ilköğretim düzeyindeki çocuklara kapsamlı ve kolay anlaşılır bir hijyen eğitimi verilerek ve okulda da davranış değişikliği yaratarak bunu alışkanlık haline getirmek üzere gerekenlerin hem öğretmenler ve hem de sağlık çalışanları tarafından yapılması son derece önemlidir. Bu çağdaki çocuklara sağlık eğitimi konularından biri olan kişisel hijyen tekrar tekrar ele alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kişisel Hijyen, İlköğretim öğrencileri, Bilgi Düzeyi

Kaynaklar:

1. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, İlköğretim Okullarında Temizlik ve Hijyen; 2010

<http://www.aydinarge.com/Arge/2012/arastirmalar/kitaplar/13.pdf>

Erişim Tarihi: 17.07.2012.

1. TDK Türkçe sözlük <http://tdkterim.gov.tr/bts/> Erişim Tarihi: 17.07.2012.
2. Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Programı Rehber Kitabı. Ankara. T.C Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, UNICEF, 2002.
3. Grene VW. Personal hygiene and life expectancy improvements since 1850: Historic And Epidemiologic Associations. AmJ Infect Control 2001; 29: 203-6).
4. Aslan D, Mermerkaya MU, Kaya FE, Kaya H, Esen E, KobanY, Pekcan H. Ankara'da Bir İlköğretim Okulunda El Yıkama Konusunda Yapılmış Olan Bir Müdahale Çalışması. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006; 26:157-62.

5. Çan G, Topbas M, Kapucu M. Trabzon'da İki Farklı Yerleşim Yerindeki İlköğretim Öğrencilerinin Kişisel Hijyen Alışkanlıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3(8):170-7.
6. Çetinkaya S, Arslan S, Nur N, Demir ÖF, Özdemir L, Sümer H. Sivas İl Merkezi'nde Sosyoekonomik Düzeyi Farklı Üç İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Kişisel Hijyen Alışkanlıkları. Sted 2005;14(10):229-36.
7. Örsal Ö, Tezcan S, Çakır B, Tokur M, Gülmez G. Öğrencilerin Kişisel Temizlik Bilgileri Ve Durumlarının Değerlendirilmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 2002 Eylül 23-28; Diyarbakır, Türkiye: p.609.
8. Önsüz MF, Hıdıroğlu S. İstanbul'da Farklı İki İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Kişisel Hijyen Alışkanlıklarının Belirlenmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 9(1) : 9 – 17.

883

INTERN HEKİMLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Cenk Benli, Filiz Ergin, Emine Didem Evcı Kiraz

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sağlığın geliştirilmesi; insanların kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini arttırabilme ve sağlık düzeylerini yükseltebilme süreci olarak tanımlanmaktadır(1). Sağlığı geliştirebilmek için bireylerin yaşam biçimlerini değiştirmeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri gereklidir (2).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar arasında demografik özellikler, sosyo-ekonomik durum, davranışsal, durumsal faktörler, biyolojik özellikler ve kişilerarası etkileşim sayılabilir. Genç bireylerin sağlık ile ilgili tutum ve davranışları özelde bireysel olarak kendisini, genelde ailesini ve toplumu etkilemektedir. Bireyler sağlıklı bir yaşam biçimini ile daha nitelikli beslenmekte, entelektüel kapasiteleri artmakta, bağışıklık sistemleri güçlenmekte, normal beden kitle indekslerini korumakta ve stresle uygun bir şekilde baş edebilmektedirler.

Toplumların sağlık düzeyi, toplumda sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür. Her insanın temel haklarından biri olan sağlıklı olma, sağlığın korunması ve sürdürülmesi sağlık personelinin temel amacı olmalıdır. Hekimler, sağlık hizmeti üreten profesyoneller olmaları yanında eğiticilik rolleri ile de toplumda önemli bir konuma sahiptirler. Bu konum onlara olumlu sağlık davranışları sergileyerek topluma model olma sorumluluğunu yüklemektedir. Bundan dolayı hekimlerin öncelikle kendilerinin sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemeleri gerekmektedir.

Hekimler ve sağlık profesyonelleri sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığını tespit edebilmeli, topluma sağlıklı yaşam bilincini kazandırmalı ve olumsuz davranışların sağlık için gerekli olumlu davranışlarla yer değiştirmesini sağlayabilmelidir. Bu nedenle her sağlık çalışanının özellikle de hekimlerin sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için onlara rol model olacak davranışları sergilemesi beklenmektedir (3). Bu davranışlar ise genellikle mesleki eğitim alınırken üniversite yıllarında kazanılmaktadır. Bu durum, gelecekte sağlık hizmetini verecek olan tıp alanında eğitim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen etmenlerin belirlenmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi İntern Hekimlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışlar ile ilişkili olabilecek etmenlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2011-2012 eğitim öğretim yılında eğitim almış olan tüm intern hekimler (N=66) oluşturmaktadır. Araştırmada belirtilen evrenin tamamına ulaşılmış fakat üç (%4,54) kişi araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir.

Veriler iki kısımdan oluşan anket ile toplanmıştır. Birinci kısım literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyo-demografik özellikler ile intern hekimlerin bildirilen boy, kilo ve alışkanlıklarından oluşmaktadır. İkinci kısımda ise "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" formu kullanılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Walker ve arkadaşları 1987 tarafından meydana getirilmiştir. Ölçek 1996 yılında Walker ve Hill-Polerecky tarafından revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

adlandırılmıştır (5) . Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (4). Ölçek 52 madde ve birbirinden bağımsız kullanılabilen altı alt faktörden oluşmaktadır. Bunlar; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçek dörtlü likert tipte olup (hiçbir zaman, bazen, sık sık, düzenli), tüm ifadeleri olumludur. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Anket 14 Mayıs ile 31 Mayıs 2012 tarihleri arasında katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilmesi ve sözlü onamlarının alınmasından sonra gözlem altında uygulanmıştır. Veriler SPSS 14.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya 63 intern hekim katılmış olup bunların 19'u (%30.2) kadın, 44'ü (%69,82) erkektir. En genci 22, en yaşlısı 29 yaşında olan internlerin ortalama yaşı $24,46 \pm 0,19$ olarak bulunmuş, hepsi bekar olduklarını ifade etmişlerdir. Mezun oldukları liseler; anadolu lisesi 33 (%52,4), fen lisesi 10 (%15,9), süper lise 8 (%12,7), anadolu öğretmen lisesi 6 (%9,5), düz lise 5 (%7,9) ve meslek lisesi 1 (%1,6) şeklindedir. Çalışmaya katılanlardan 21 (%33,3) kişi bir sivil toplum kuruluşuna üye olduğunu ve 34 (%54) kişide okul içinde yada dışında çeşitli sosyal aktivitelere katıldığını söylemiştir. İtern hekimlerden 14 (%22,2) kişi ailesi ile birlikte ailesinin yanında ikamet ettiğini, 49 (%77,8) kişi ise kiralık dairede, yurttan yada ailesine ait dairede ikamet ettiğini belirtmiş, 12(%19) kişi yalnız, 37(%58.7) kişi ise arkadaşları ile birlikte yaşadığını söylemiştir. Çalışmaya katılan internlerin ortalama aylık gideri 884 ± 56 TL olarak ifade edilmiştir. Giderlerini 61(%96,8) kişi ailesinin yolladığını, 1 (%1,6) kişi çalıştığını, 1 (%1,6) kişi ise burs alarak karşıladığını söylemiştir. Öğrencilerin %84,1'i (n=53) aile tipini çekirdek aile olduğunu, %11,1'i (n=7) geniş ailede yaşadığını, %4,8'i (n=3) parçalanmış aileye sahip olduğunu belirtmiştir. Sekiz (%12,7) katılımcı hiç kardeşi olmadığını söylerken, ortalama kardeş sayısı $1,9 \pm 0,27$ olarak bulunmuştur. İtern hekimlerin tamamı herhangi bir özürü ya da engeli olmadığını söylerken 10 (%15,9) kişi sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir kronik hastalığı olduğunu söylemiştir. Öğrencilerden 17'si (%27) sigara kullandığını söylerken, 2 (%3,2) kişi daha önce kullanmasına rağmen bıraktığını, 44(%69,8) kişi ise hiç kullanmadığını söylemiştir. Katılımcılardan 14(%22,2) kişi hiç alkol kullanmadığını söylerken, 49(%77,8) katılımcı ise alkol aldığını söylemiştir. Katılımcılara sorulan sizinle aynı sosyoekonomik düzeydeki kişiler ile karşılaştığınızda sağlığını nasıl görüyorsunuz sorusuna 5 (%7,9) kişi çok iyi, 39 (%61,9) kişi iyi, 15 (%23,8) kişi orta düzeyde, 4 (%6,3) kişi kötü olarak algıladığını söylemiştir. Çalışmaya katılan internlerin kendi beyanlarına dayanarak hesaplanan vücut kitle indeksleri kadınlarda ortalama $19,6 \pm 1,6$ erkeklerde ise ortalama $24,2 \pm 3,0$ bulunmuştur.

Çalışmaya katılan intern hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldığı ortalama puan $117 \pm 15,7$ 'dir. Ölçekten alınan en yüksek toplam puan 156 ve en düşük puan 78'dir. Ölçeğin alt faktörlerinden ise 23 $\pm 3,9$ ortalama puan ile en yüksek puan manevi gelişim alt faktöründen alınırken en düşük ortalama puan $16,4 \pm 3,4$ ile fiziksel aktivite alt faktöründen alınmıştır. Öğrencilerin cinsiyetinin, sağlığı algılama düzeylerinin, sigara içme/alkol alma durumlarının veya kronik hastalıklarının sağlıklı yaşam biçimleri ölçeğini etkilemediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Çalışmamızda intern hekimlerden herhangi bir sivil toplum kuruluşuna üye olanların sağlık sorumluluğu alt faktöründen aldığı ortalama puan olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,038$). Ayrıca intern hekimlerden parçalanmış aileye sahip olanların ölçeğin manevi gelişim ($p=0,027$) ve kişiler arası ilişkiler ($p=0,031$) alt faktörlerinden aldıkları ortalama puanlar istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tartışma: Bu çalışmada intern hekimlerin ölçekten aldığı toplam ortalama puan ($117 \pm 15,7$) Türkiye'de yapılan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğini içeren bazı çalışmalarla benzer bulunmuştur. Tuğut ve Bekar'ın 2007 yılında Cumhuriyet Üniversitesi'nde yaptıkları araştırmada üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ortalama puanı $117,9 \pm 18,24$ olarak tespit edilmiştir. Oyur Çelik ve arkadaşları ise 2009'da Çanakkale'de yaptıkları araştırmada sağlık meslek yüksek okulu öğrencilerinde ölçek puan ortalamasını $122,1 \pm 19,8$ olarak bulmuşlardır.

Öğrencilerin cinsiyetinin, sağlığı algılama düzeylerinin, sigara içme/alkol alma durumlarının veya kronik hastalıklarının sağlıklı yaşam biçimleri ölçeğini etkilemediği tespit edilmiştir. Literatürde benzer sonuçlara rastlanmakla birlikte, çeşitli sosyo-demografik ve sağlıklı ilişkili faktörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediğini bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır. Kaya ve ark.'nın öğretim elemanları üzerinde yaptığı bir araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamışken, Tuğut ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

arkadaşları çalışmalarında sağlığı algılama düzeyini iyi olarak belirtenlerde toplam puan ortalamalarının arttığı bildirilmektedir.

Sigara, sağlıksız yaşam biçimi davranışları arasında en önemli risk faktörlerindedir ve en yaygın olanıdır. Bu araştırmada sigara içmeyenlerin ortalama puanı daha yüksek olmasına karşın, sigara içenler ile içmeyenlerin ölçekten aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürdeki araştırma sonuçlarına göre sigara kullanımının sağlığı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir.

Katılımcıların alkol alma durumlarına göre karşılaştırıldığında alkol almadığını ya da çok nadir aldığını söyleyenlerin ölçekten aldıkları ortalama puan alkol aldığını söyleyenlere göre daha yüksek olmasına rağmen arada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Konu ile araştırmaların sonuçları genellikle benzerdir. Ancak, alkol kullanımının, araştırılan faktörlerle ilişkisinde; alkolün miktarı, kullanım sıklığı, bağımlılık derecesi ve bunu bildirmeye ait çekincelerin varlığının etkileri de göz ardı edilmemelidir.

Araştırmaya katılan intern hekimlerin kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre ölçekten aldıkları toplam puan ve alt faktörlerin ortalama puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Tokuç'un öğretmenler arasında yaptığı araştırmanın sonuçları da, kronik hastalığı olup olmama durumuna göre ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı şeklindedir. Kronik hastalığı olanlarda kişilerin mevcut hastalıkları ile ilgili bilgi ve bilinçlerinin sağlık sorumluluğu alt faktöründen aldığı puanlarını arttırması beklenebilir. Literatürde bu yönde sonuçlar bildirilmiştir.

Beden Kitle İndeksi ile ölçek toplam puanı ve alt sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçekleri arasında negatif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Fırat üniversitesindeki öğrencilerde yapılan araştırmada BKİ'leri ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç Özkan'ın aynı konuda hemşireler arasında yaptıkları araştırma sonuçları ile benzerdir. Pasinlioğlu'nun çalışmasında da sağlık çalışanlarının BKİ'leri ile beslenme ve egzersiz davranışları arasında ilişki saptanmamıştır. BKİ ile yeme tutumları arasında anlamlı ilişki olduğunu belirten araştırmalar bulunmaktadır.

Bireyler farklı nedenlerle günlük yaşantılarında egzersize yeterli zaman ayıramamaktadırlar. Oysa bireylerin yaşam biçimlerinde meydana gelen değişimlere ve özellikle sedanter yaşamaya bağlı ortaya çıkan sorunlar günümüzün en önemli kronik hastalık ve ölüm nedenlerindedir. İntern hekimlere uygulanan bu ölçekte en düşük ortalama puanı fiziksel aktivite alt faktöründen almaları dikkat çekici bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öneminin kavranması ve günlük hayatta uygulanması çabaları desteklenmelidir. Meslek eğitimi sürecinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili olarak çevrelere katkı sağlayacak olan hekimlerin verilen sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme derslerinde bu konu üzerinde önemle durulmalı ve mümkünse davranışlara yansması takip edilmelidir.

Hekimlerin en düşük puan aldığı fiziksel aktivite alt faktörü içinde bunun önemi ve onlarda davranış değişikliği oluşturacak bir eğitim modeli planlanmalıdır. Sosyal ve sportif faaliyetler programları yaygınlaştırılmalı ve intern hekimlerin daha kolay yararlanacağı bir konuma getirilmelidir.

Anahtar kelimeler: sağlığı geliştirme

Kaynaklar:

1. Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva,1986
2. Özkütük N, Orgun F (2004) Sağlığı Koruma ve Geliştirmede Bilgi Transferinin Önemi. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu Bildiri Özetleri, Ankara, s.3.
3. Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR ve ark. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education, Nursing Outlook. 1992; 40(3):106-120.

4. Bahar Z.,Beşer A., Gördes N.,Ersin F., Kissal A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(1):1-13.
5. Walker, SN., Hill-Polerecky, DM. (1996). Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.

973

İSTANBUL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ TARAFINDAN YÜRÜTÜLEN EĞİTİM ÇALIŞMALARI

Ümmü Hatipoğlu, Nilüfer Yalçın, Ayşe İrem Kılıç

Giriş ve Amaç: Sağlık hizmetlerini nitelik ve nicelik açısından geliştirmek, daha iyi ve kaliteli hizmet verebilmek için Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde çeşitli projeler yürütülmektedir. Bu projelerin en önemli bileşenlerinden biri sağlık çalışanlarına yönelik düzenlenen eğitimlerdir. Eğitimlerin içeriği ve yöntemi bakanlık tarafından belirlenmiştir ve standart bir formatı bulunmaktadır. İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Çocuk Ergen Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Birimleri'nde yürütülen projeler ve düzenlenen eğitimlerle risk grubundaki nüfusa yönelik hizmetlerin en üst seviyede verilmesi hedeflenmektedir. Eğitim verilecek kitle geniş ve eğitim verecek personel sınırlı sayıda olduğu için iyi bir planlama yapılmalı ve hedefler net bir şekilde belirlenmelidir. Çalışmanın amacı, İstanbul'da düzenlenen eğitimleri değerlendirmek ve eğitim yapmayı planladığımız hedefin neresinde olduğumuzu değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Veriler İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Çocuk Ergen Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Birimi tarafından gerçekleştirilen eğitim çalışmalarına ait icmallerden derlenmiştir.

Bulgular: Acil Obstetrik ve Yenidoğan Bakımı (AOYB); doğum eylemi başladığı andan itibaren risk ve herhangi bir komplikasyon tespit edilen gebeleri ve yenidoğanları korumaya yönelik bir projedir. AOYB ile ilgili verilecek eğitimler 1., 2. ve 3. basamakta çalışan sağlık dışı personel de dahil olmak üzere tüm personeli kapsamaktadır. 2012 Ocak-Nisan'da Anadolu Yakası'nda çalışan 414 aile hekimi ve 367 aile sağlığı elemanına (ebe/ hemşire) eğitim verilmiştir. Planımız: Avrupa Yakası 1. basamak çalışanları ile tüm ilin 2. ve 3. basamak çalışanlarının eğitimleri planlanacaktır. Hedefimiz:1. Basamakta görevli 12.565 personel ve 2.-3. Basamakta görevli tüm personelin eğitilmesidir.

Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı'nın amacı; Bebeklerin hayata sağlıklı bir başlangıç yapmasını sağlamak, makro ve mikro besin ögesi yetersizliklerine bağlı beslenme bozukluklarını önlemek suretiyle; malnütrisyonların 1/3 oranında azaltılması ve yine bebek ölümlerinin 1/3 oranında azaltılmasıdır. Anne ve bebek sağlığı ile ilgili birimlerde çalışan tüm sağlık personelinin "Bebek Dostu Eğitimi"ni alması ve 6 ayda bir bu eğitimlerinin güncellenmesi gerekmektedir (15 saat teorik+ 3 saat pratik eğitim). Proje ile hedeflenen ise tüm gebelere 32. gebelik haftasından sonra anne sütü ve emzirme eğitiminin verilmesidir. 1998 yılından bu yana yürütülen proje ile 20 devlet hastanesi, 13 eğitim ve araştırma hastanesi, 7 üniversite hastanesi, 2 askeri hastane ve 131 özel hastane bebek dostu hastane ünvanı almıştır. Birinci basamakta da 2.182 aile hekimi birimi ile 32 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (AÇSAP) dahil olmak üzere toplam 2387 sağlık kurumu bebek dostudur. İlimizde bebek dostu olmayan 11 hastane bulunmaktadır. Bebek Dostu Aile Hekimliği birimi %67,1'dir. 2012 yılında 37 hastanede 83 sağlık çalışanına anne sütü ve emzirme eğitimi verilmiştir. Proje için hedefimiz 2012 yılında bebek dostu aile hekimi oranını %90'a çıkarmak ve 2013'te de "Altın Bebek Dostu İl" ünvanı almaktır.

Yenidoğan Canlandırma Programı'nın (NRP) hedefi; yurt çapında doğum olayında rolü olan tüm sağlık personelinin standart bir neonatal resüsitasyon eğitimini alması, bu bilgi ve becerileri belirli aralıklarla yenilemesidir. Eğitimler 3 tam gün sürmektedir. Tam katılım zorunludur ve %85 başarı aranmaktadır. Güncelleme eğitimleri de 1 tam gün sürmektedir. İlimizde 2001'den bu yana 8218 sağlık çalışanı katılımıyla 296 NRP eğitimi gerçekleştirilmiştir. 2012 yılında kaynak güncellendiği için rutin eğitim planı dışında sertifikalı tüm personele yenileme eğitimi planlanacaktır.

Üreme Sağlığı Modüler Eğitimi Sertifika Programı'nın amacı; cinsel sağlık /üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesini, sunulabilirliğini, erişilebilirliğini ve kullanımını arttırmaktır. Eğitim beş modülden oluşmaktadır ve 15 iş günü

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sürmektedir (Üreme Sağlığına Giriş (2 Gün), Aile Planlaması Danışmanlığı (3 Gün), CYBE-HIV/AIDS (2,5 Gün), Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri (2,5 Gün), Güvenli Annelik (5 Gün)). 2012 yılında sırasıyla modüller 73, 230, 75, 74 ve 74 sağlık çalışanına eğitim verilmiştir. Hedefimiz bu yıl içerisinde 160 sağlık çalışanına eğitim vermektir.

Aile Planlaması Uygulama (RİA) Kursları; ilk haftası teorik olmak üzere toplamda ebe/ hemşireler için 4 hafta, doktorlar için 3 hafta sürmektedir. RİA sertifikası olan aile hekimi sayısı 810 (% 23,3), üreme sağlığı 5 modül sertifikası olan aile hekimi sayısı ise 149'dur (% 4,3). RİA uygulayan aile hekimi sayısı ise 266'dır. Yani aile hekimlerinin yaklaşık 4'te birinin RİA sertifikası vardır ve sertifikası olan hekimlerin de sadece 3'te biri RİA uygulamaktadır. Aile sağlığı elemanları (ASE) için sayılar 647 (%18,7) ve 268'dir (%7,7). RİA sertifikası olan ASE'lerin de sadece 3'te biri RİA uygulamaktadır. Toplamda 881 Aile Sağlığı Merkezi'nden 184'ü RİA uygulamaktadır.

Partograf Eğitimleri; Partograf, doğumun ilerleyişini değerlendirmek için kullanılan ve problemlerin tanınmasında erken uyarı sistemi rolü olan bir formdur. DSÖ VE SB doğum yönetiminde partograf kullanımını önermektedir. İlimizde 6 Eylül 2011 tarihinden itibaren bütün doğum hizmeti veren hastanelere partograf kullanımı eğitimi verilmeye başlanmıştır. 2011 yılında 206 hastane ve tıp merkezinde 490 personele eğitim verilmiştir. Kalan kurumlar için 2012 yılında eğitim planlanacaktır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Eğitim sürelerinin uzun olması nedeniyle aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları eğitim programlarına katılmak istememektedirler. Üreme Sağlığı veya RİA Sertifikası olanların performans ile ödüllendirilmesi ve RİA uygulamasının en az 30-40 dakika sürdüğü düşünülürse bu uygulamanın ayrı bir kat sayı ile performansa dahil edilmesi sağlık çalışanlarının eğitimlere katılımı ve uygulama yapması konusunda teşvik edici olacaktır. Eğitim sürelerinin uzun oluşu da iş akışını aksatmaktadır. Genelgede belirtilen yeterliliği sağlayan çalışanların görevlerini aksatmamaları için görevlerine geri dönmesi sağlanırsa bu engel ortadan kalkacaktır. Sağlık çalışanları eğitimlere katıldığında yerlerine görevlendirme yapılacağı için maaşları kesintiye uğramaktadır. Bu da çalışanların eğitimlere katılmak istememelerinde önemli bir etkidir. Bu uygulamada değişiklik yapılır ve maaş kesintisi engellenirse çalışanlar eğitimlere katılacaklardır. Ayrıca eğitimlerde sık sık malzeme ve araç sıkıntısı yaşanmaktadır. Projelerin düzenli işlemesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükselmesi için eğitimlere gereken önem verilmeli, aksayan yönler için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: eğitim, AOYB, bebek dostu, NRP, üreme sağlığı, RİA, partograf

798

İSTANBUL'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN MORBİD OBEZ HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Ekici, Fatma Demirkaya, Hatice İkişik, İbrahim Topçu

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş: Obezite Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal ve aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Morbid obezite vücut kitle indeksinin (VKİ, kilogram olarak ağırlığın metre olarak boyun karesine oranıdır.) 40'ın üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır (1).Epidemiyolojik çalışmalar; yaş, cinsiyet gibi demografik faktörlerle, eğitim düzeyi, medeni durum gibi sosyo kültürel faktörler yanında biyolojik faktörlerin ve beslenme alışkanlıklarının sigara ve alkol tüketimi ile fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam biçimi faktörlerinin de obeziteden sorumlu olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada 400 milyonun üzerinde obez ve yaklaşık 1.6 milyardan fazla kilolu birey bulunmakta ve 2015 yılında bu rakamın sırasıyla 700 milyon ve 2.3 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir(2). Obezite prevalansı da ülkemizde giderek artmaktadır.(3) Obezite ile paralel olarak aşırı kilolu bireylerde de artış söz konusudur. Türkiye'de 1997-98 yılları arasında yapılan TURDEP I'e göre %1 olan BKİ'i 39.9 ve 39.9'dan fazla olan birey sayısı, 2010'da %3'e yükselmiştir.(3) Obez kişilerde pek çok kronik hastalığın görülme sıklığı artmıştır. Obeziteye koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, Tip II Diyabet, Nonalkolik Yağlı karaciğer, Osteoartrit, depresyon gibi pek çok ahashalık

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

eşlik edebilir (4). Bu çalışmada İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran Morbid Obez hastaların sıklığının ve obeziteye sekonder hastalıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2011 yılı ve 2012 Mayıs ayları arasında Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran ve II. Basamak sağlık kuruluşuna sevk edilen Morbid Obez hastaların muayene kayıtları incelenerek planlanan tanımlayıcı çalışmada; Aile hekimleri tarafından doldurup Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilen "Morbid Obez Hasta Takip Formları" kayıt altına alınmıştır. 18 yaş üzeri toplam 380 birey değerlendirilmiştir. Hastaların yaş cinsiyet, BKİ değerleri, boy ve kilo ortalamaları ve Morbid obeziteye sekonder hastalıkları sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Hastaların %58.9'u (224 kişi) 39- 59 yaş arasındadır. %81.3'ü (308 kişi) kadındır. BKİ ortalaması 45.04'dür. Yaş ve cinsiyete göre BKİ dağılımı değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hastaların klinik tablolarına bakıldığında %55.8'inin (212 kişi) genel durumu iyi, %14.5 (55 kişi) Hipertansiyon, %9.5 (36 kişi) hem DM hem HT , %3.9 (15 kişi) DM ,%13.2 (50 kişi) hareket kısıtlılığı ve dispne ,%1.8 (7kişi) depresyon, %1.3 (5 kişi) koroner arter hastalığı tanıları mevcuttur.

Sonuç ve Öneriler: Obezite tüm dünyada salgın şeklinde yayılmaktadır. Morbid obez bireyler de bu artışa paralel olarak artmaktadır. Morbid obez hastalar ihmal edilen bir hasta grubu olarak karşımıza çıkmaktadır. Obeziteden korunmaya yönelik çalışmaların yanında, aşırı kilolu hastaların uygun yerlere sevki ve kaliteli yaşam sürmelerine yönelik girişimler uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Morbid Obezite, Hasta Profili.

Kaynaklar:

1.World Health Organization . Obesity and Overweight Fact Sheet No: 311, Genava, WHO. [Http://who.int/mediacentre/factsheets/fs3117en/print.html](http://who.int/mediacentre/factsheets/fs3117en/print.html).

2. Akbulut G, Özmen M ve Besler T. Çağın Hastalığı Obezite, TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi, Ek s. 2-15, Mart, 2007.

3.Satman I, The TURDEP Group. Diabetologia 2000; 43:433, A111 TURDEP-II Ön Sonuçlar. 32.TEMHK 13-17 Ekim 2010, Antalya.

4.T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Obezite Mücadele Ve Kontrol Programı (2010-2014)

551

KAYSERİ İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ VE UYGULAMALARI

Fevziye Çetinkaya¹, Zeynep Baykan¹, Melis Naçar¹, Ahmet Öksüzkaya²

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi¹, Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü²

Giriş ve Amaç: Ülkemizde sağlıkta yeniden yapılanma çerçevesinde Sağlıkta Dönüşüm Programı süreci başlatılmıştır. Sürecin bileşenlerinden biri olan "Birinci Basamakta Aile Hekimliği Uygulaması" "5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile 2006 yılında Düzce ili'nde başlatılmış ve 2011 yılında tüm yurda yayılmıştır. Bu uygulama ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde kökten bir değişim süreci yaşanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı Kayseri ilindeki aile hekimlerinin aile hekimliği sistemi ile ilgili düşünce ve uygulamalarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada Kayseri ilinde çalışan 368 aile hekimi araştırma kapsamına alınmıştır. Anketler Aile Sağlığı Merkezlerine gönderilerek hekimlerin doldurması istenmiştir. Araştırma sonunda 325 aile hekimine ulaşılmıştır (%88.3). Veriler Mart-Mayıs 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Anket

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

formu 44 sorudan oluşmaktadır. Çalışma Erciyes Üniversitesi etik kurulu tarafından onaylanmıştır. Verilerin sunumunda niteliksel veriler için frekans tabloları, istatistiksel analizlerde ki kare testi kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapmaları ile birlikte verilmiştir. $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Aile hekimlerinin yaşları 29-60 arasında olup yaş ortalaması 41.9 ± 5.5 'dir. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %69.2'si erkek; %30.8'i kadındır. Mezun olduğu tıp fakültesini belirten 301 aile hekiminin %56.1'i Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olmuştur. Hizmet süreleri 4 ila 32 yıl arasında değişmekte olup ortalama 16.8 ± 5.4 yıldır. Aile hekimliğine geçmeden önce en son çalışılan kurum ve en uzun süre çalışılan kurumlar içinde birinci sırada sağlık ocağı gelirken ikinci sırada devlet hastanesi/doğumevi gelmektedir. Hekimlere aile hekimliğini tercih etme nedenleri sorulduğunda; %45.2'si ücreti yüksek olduğu için, %10.2'si merkezde çalışmak için, %54.8'i yeni sistemde yer almak için, %26.8'i pratisyen hekimliğe göre prestiji daha iyi olduğu için, %8.3'ü çalıştığı yerde memnun olmadığı için %18.8'i başka nedenlerle aile hekimliğini tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Hekimlerin 164'ü (%50.5) sorumlu oldukları nüfusa yeterince hakim olduğunu düşünürken; 138'i (%42.5) kısmen hakim olduğunu, 15'i (4.6) yeterince hakim olmadığını düşünmektedir. Günlük ortalama poliklinik sayıları 56.4 ± 21.6 'dır. Hekimlere sistemde çalışırken nüfusla ilgili çeşitli kaygılar yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda; 146 hekim (%44.9) nüfusuna kayıtlı kişilerin listeden çıkması ile ilgili, 139 hekim (%42.8) diğer aile hekimlerinin nüfusunu almak istemesi ile ilgili, 77 hekim (%23.7) çalıştığı ASM'deki aile hekimi arkadaşlarının nüfusunu almak istemesi ile ilgili, 43 hekiminse (%13.2) aile sağlığı elemanının ayrılması ile ilgili kaygıları olduğunu belirtmiştir. Aile hekimlerinin %51.1'i sistemin ülkemiz için uygun olduğunu, %59.3'ü toplum sağlık düzeyini yükselttiğini, %93.1'i hastanın hekime erişimini kolaylaştırdığını, %70.8'i hasta-hekim iletişimini iyileştirdiğini, %66.3'ü hasta bakım kalitesini iyileştirdiğini, %79.9'u hizmette sürekliliği arttırdığını, %83.6'sı hasta memnuniyetini arttırdığını ve %71.8'i veri güvenilirliğini iyileştirdiğini düşünmektedir. Aile hekimlerinin % 62.9'u sistemin ilaç tüketimini arttırdığını ve %18.8'i ailenin bir bütün olduğu yaklaşımını bozduğunu ifade etmişlerdir. Çalışma hayatına ilişkin görüşleri sorulduğunda da %41.1'i çalışma verimliliğini azalttığını, %43.3'ü ekip anlayışını bozduğunu, %58.1'i hekimler arasındaki iletişim bozduğunu, %33.2'si hekimlerle yardımcı sağlık personeli arasındaki iletişimi bozduğunu, %37.6'sı yardımcı sağlık personelinin birbiriyle iletişimini bozduğunu, %77.9'u doktorlar arası rekabete ve %63.8'i etik yozlaşmaya neden olduğunu söylemiştir. Hekimlerin %45.9'u aile hekimliğinin gelecek için kaygılarını arttırdığını ve %44.0'ı psikolojik durumunu olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Hekimlerin %17.3'ü aile hekimliği sistemine geçmelerinin özlük haklarını olumlu etkilediğini, %42.3'ü olumsuz etkilediğini ve %40.4'ü etkilemediğini belirtmiştir. Hekimlerin %60.5'i sistemin hastalık halinde rapor almalarını, %62.9'u izin almalarını ve %55.3'ü mesleki gelişim için toplantılara katılmalarını güçleştirdiğini söylemişlerdir. Aile hekimliğinde verilen koruyucu ve tedavi edici hizmetleri daha önceki sisteme göre değerlendirmeleri istendiğinde; %64.3'ü tedavi hizmetlerinin, %80.2'si aşılama hizmetlerinin, %83.9'u bebek, %79.6'sı, çocuk %84.2'si gebe ve %82.6'sı loğusa takiplerinin, %72.4'ü aile planlaması hizmetlerinin, %72.9'u kronik hasta izlemlerinin iyileştigiğine inanmaktadır. En son çalıştıkları kurumlara göre koruyucu ve tedavi edici hizmetleri değerlendirmeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Hekimlerin aile hekimliği uygulamasında en sık karşılaştığı sorunlar gereksiz rapor, gereksiz ilaç yazım istekleri ve hastayı görmeden ilaç yazım talepleridir. Hekimlerin %57.6'sı aile hekimliği sistemi içinde çalışmaktan çok memnun/memnundur. %8.8'i Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimliği uygulamasını kesinlikle başarılı, %23,3'ü başarılı ve %53.6'sı kısmen başarılı bulmaktadır.

Tartışma/Sonuç: Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gündeme gelen aile hekimliği uygulamasıyla mevcut birinci basamak sistemi yeniden yapılandırılmıştır. Sağlık Bakanlığınca "Ulusal Aile Hekimliği Modeli" ile kişilere kaliteli hizmet verileceği ve memnuniyetin artacağı öngörüsü ile uygulamaya geçilmiştir ve Kayseri İlinde uygulama 2008 Aralık ayında başlamıştır. Çalışmamızda aile hekimlerinin yarısı aile hekimliği sisteminin ülkemiz için uygun olduğunu söylemiştir. 2010 yılında Kayseri İli Develi ilçesinde yapılan başka bir çalışmada da benzer bulunmuştur (1). Hekimler sistemin toplum sağlık düzeyini yükselttiğini, hastanın hekime erişimini kolaylaştırdığını, hasta-hekim iletişimini iyileştirdiğini, hasta bakım kalitesini iyileştirdiğini ve hasta memnuniyetini arttırdığına inanmaktadır. Bu konuda yapılan başka çalışmalarda bunu desteklemektedir (2, 3). Hekimlerde aile hekimliği sistemi içinde çalışmaktan memnundur. Aile hekimliğinde verilen koruyucu ve tedavi edici hizmetleri daha önceki sisteme göre değerlendirdiklerinde hekimler tedavi hizmetlerinin, aşılama, bebek, çocuk, gebe ve loğusa takiplerinin, aile planlaması gibi koruyucu hizmetlerin de sistemle birlikte iyileştigiğine inanmaktadır. Develi ilçesinde yapılan çalışmada da aile hekimliği sisteminin

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

koruyucu sağlık hizmetleri sunumundaki başarısı genel olarak iyi ve orta derecede yoğunlaşmıştır (1). Hekimler bu sistem içinde en çok gereksiz rapor, gereksiz ilaç yazım istekleri ve hastayı görmeden ilaç yazım talepleri ile karşılaşmaktadırlar. Ayrıca hekimler sistemin ilaç tüketimini arttırdığına inanmaktadırlar.

Anahtar Sözcük: Sağlık Çalışanı, Aile Hekimliği, Düşünce

Kaynaklar:

1. Alagöz UÖ, Tengilimoğlu D, Ünal D. Sağlık Çalışanları Bakış Açısı İle Sağlık Ocağından Aile Hekimliği Sistemine Geçiş: Kayseri İli Develi İlçesi Örneği. II. Uluslar arası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Ankara 2010. S. 345-359.

2. Alagöz UÖ, Tengilimoğlu D, Ünal D. Kayseri İli Develi İlçesi'nde hizmet kullanıcıların bakış açısı ile aile hekimliği sistemi. Hastane Dergisi 2010;12 (66):106-113.

3. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. Ankara: Opus Basın Yayın; 2010

335

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN İNTERNET BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Tevfik Pınar, Meral Saygun, Emrah Murat Açıkgöz, İsmail Atçeken, Emre Aygün

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Dünya'da 1990'ların başından itibaren kullanılmaya başlayan internet, dünyanın farklı bölgelerinde bilgisayarların birbirlerine bağlanarak oluşturdukları ve milyonlarca kullanıcının aynı anda veya farklı zamanlarda kullandığı bir iletişim ağı olarak tanımlanabilir. Özellikle 21. yüzyıla gelindiğinde hayatın vazgeçilmezleri arasına giren internet kullanımı birçok yönden önemli yararlar sağlarken diğer taraftan yeni riskleri de beraberinde getirmektedir. Günümüze kadar kullanıcı sayısı artışına paralel olarak internet kullanımına sınırlama getiremeyen, sosyal veya akademik zararlarına rağmen kullanmaya devam eden ve internete ulaşımın kısıtlandığı durumlarda yoğun endişe duyan kişiler görülmeye başlandı. Böylece yeni gelişen bağımlılık kavramlarına son dönemde internet bağımlılığı da eklenmiş oldu. Zamanlarının çoğunu sanal dünyada geçiren insanların bir kısmı kontrol edemedikleri internet kullanımı alışkanlıkları nedeniyle sosyal, mesleki ve özel yaşamlarındaki işlevselliklerinde sorun yaşamaya başlamış ve böylelikle konu yaygın biçimde tartışılmaya başlanmıştır. Hemen her yaş grubunda görülebilen internet bağımlılığının yaygınlığının gösterilmesi bu açıdan önem taşımaktadır.

“İnternet bağımlılığı” terimi Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM-IV'de yer almamakla birlikte ilk defa 1996 yılında Dr. Ivan Goldberg, Mental Hastalıkların Teşhis ve İstatistiği El Kitabı'nda yer almıştır (1). Caplan, Davis, Morahan-Martin gibi bazı araştırmacılar tarafından “patolojik internet kullanımı”, Young tarafından da “internet bağımlılığı” olarak adlandırılan bu durumla ilişkili olarak internet kullanımı ile ilgili zihinsel meşguliyet, internet kullanımını sınırlama ve kontrol etme ile ilgili yineleyici düşünceler, erişim isteğini durduramama, işlevselliğin çeşitli düzeylerde bozulmasına karşın internet kullanmayı sürdürme, giderek artan sürelerde internette zaman geçirmek ve kullanma olanağı bulunamadığı zaman arama davranışı gibi internetin aşırı ve kötü kullanımı ile ilgili sorunlar tanımlanmıştır (2).

Bunun yanı sıra bağımlılarda zaman harcanmasından kaynaklanan uyku problemleri, yorgunluk gibi fiziksel şikayetler bulunmuştur. İnternet kullanımıyla ilgili diğer problemler ise zarar gören evlilikler, finansal problemler, ilişkilerde yaşanan problemler olarak gösterilmiştir. Ayrıca depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve bipolar bozukluk gibi psikiyatrik hastalıkların da habercisi olabileceğine dair çalışmalar mevcuttur(3).

Bireylerdeki internet bağımlılığının varlığını ve bağımlılık düzeylerini belirlemeyi hedefleyen bir ölçme aracının varlığına ihtiyaç duyulmuş ve bu maksatla aşağıdaki ölçekler geliştirilmiştir:

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

-Young'ın 20 soruluk "İnternet Bağımlılık Ölçeği"(IAT)

-Nichols ve Nicki (2004) tarafından geliştirilen "İnternet Bağımlılık Ölçeği" (İBÖ)

-Davis'in "İnternette Bilişsel Durum Ölçeği" (İBDÖ)

-Hahn ve Jerusalem'in "İnternet Bağımlılığı Ölçeği"

Halen internet bağımlılığının gerçek bir hastalık olup olmadığı tartışılmakta ise de, bağımlılık davranışının tanınması ve tedavi edilmesi gerektiği konusunda fikirbirliği mevcuttur. Bu nedenle daha geniş kitlelerde daha kapsamlı araştırmalar yapılmalı, halkın ve klinisyenlerin bu konudaki farkındalığı artırılmalıdır.

Bu araştırmada internet bağımlılığının Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri arasındaki yaygınlığının araştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın 2011-2012 eğitim öğretim dönemi nisan ayında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde okuyan toplam 472 öğrenciye uygulanması planlanmış, 427 öğrenciye (%90,4) internet bağımlılık düzeyini tespit eden 25 parametreden oluşan Young'ın "İnternet Bağımlılık Ölçeği" nin Türkçeye uyarlanmış şekli kullanılmıştır. Cinsiyet, yaş, sınıf, anne baba öğrenim durumu gibi tanımlayıcı bilgileri ve internet bağımlılık düzeyini tespit eden parametrelerden oluşan ölçek formları bütün sınıflarda araştırmacıların gözetiminde öğrenciler tarafından doldurulmuştur.

Young (1996) tarafından, DSM - IV'ün "Patolojik Kumar Oynama" ölçütlerinden uyarlanarak oluşturulan "Tanı Anketi" daha sonra geliştirilmiş ve 20 soruluk bir "İnternet Bağımlılık Ölçeği" oluşturulmuştur. İngilizce'den Türkçe'ye çevrilen ölçek, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim dalı tarafından incelenmiş ve sorular anlam bütünlüğünü bozmayacak şekilde uyarlanmıştır. Çeviri ölçek standardize edilmiş ve testin güvenilir olduğunu gösterilmiştir (10).

Likert tipi bir ölçek olan İnternet Bağımlılık Ölçeği'nde katılımcıdan "hiçbir zaman" "Nadiren" "Arada sırada" "Çoğunlukla" "Çok sık" ve "Devamlı" seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmektedir. Bu seçeneklere sırasıyla 0,1,2,3,4 ve 5 puan verilmektedir. "80 ve üzeri puan" alanlar "İnternet bağımlısı" olarak tanımlanmaktadır. "51-79 puan" arası alanlar "Sınırlı Semptom gösterenler", "50 puan ve altı " alanlar "Semptom Göstermeyenler" olarak tanımlanmıştır.

Veriler SPSS 15.0 versiyon paket programında analiz edilmiştir. İstatistiksel analizler sırasında ki-kare testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 2011-2012 eğitim döneminde toplam 472 öğrenci bulunmaktadır. Araştırmamız sırasında 427 (%90,5) öğrenciye ulaşıldı. Araştırmaya katılan 427 öğrencinin 217'sini kız (%50,8), 210'sını erkek (%49,2) öğrenciler oluşturmaktadır. Katılımcıların kaçınıcı sınıfta olduklarına bakıldığında 111 (%26)'i 1.sınıf, 115 (%26,9)'i 2 sınıf, 61 (%14,3)'i 3. sınıf, 52 (%12,2)'si 4. sınıf, 46 (%10,8)'si 5. sınıf, 42 (%9,8)'si 6 sınıftır. Ebeveynlerin öğrenim durumuna bakıldığında anne eğitiminde %30,4 oranı ile üniversite mezunları birinci sırada yer almaktadır ve bunu sırasıyla %29,3 ile lise mezunları, %22,2 ile ilkokul mezunları izlemektedir. Baba eğitim durumunda ise %58,3 ile üniversite mezunları ilk sırada ve %28,5 ile lise mezunları ikinci sırada yer almaktadır.

Çalışmamızda tüm fakülte öğrencileri arasında Young kriterlerine göre "internet bağımlısı olma" oranı %7'dir. Bağımlı olarak bulunan kızların oranı % 6,5 olurken, bağımlı erkeklerin oranı ise %8,6 olmuştur ($p=0,145$).

Bağımlılığın sınıflara göre dağılımında %11,3'lük bağımlılık oranıyla 2. sınıf öğrencileri ilk sırada iken, bunu %10,9 ile 5. sınıf öğrencileri,%9,8 ile de 3. sınıf öğrencileri izlemiştir. 6. sınıf öğrencileri arasında bağımlı bulunamamıştır ($p=0$).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

“Ne sıklıkla arkadaşlarınızla birlikte olmak yerine interneti tercih edersiniz?” sorusuna kız öğrencilerin %36,4’ü “hiçbir zaman” , %1,4 ü ise “devamlı” cevabını vermişlerdir. Aynı soruya erkek öğrencilerden %23,3 oranında “hiçbir zaman”, %2,4 oranında “devamlı” cevabı alınmıştır (p=0,026).

“Ne sıklıkla okula devamınız internetten dolayı olumsuz etkilenir?” sorusuna kız öğrencilerin %54,4’ü “hiçbir zaman” , %0,9 u ise “devamlı” cevabını vermişlerdir. Aynı soruya erkek öğrencilerden %35,7 oranında “hiçbir zaman”, %1,4 oranında “devamlı” cevabı alınmıştır (p=0,003).

Çalışmaya katılan kız öğrencilerden %37,3’ü internette kaldığı sürenin fazlalığından dolayı çevresinden tepki görmezken, %4,1’i ise sürekli şikâyet almaktaymış. Erkek öğrencilerden hiç şikâyet almayan %18,6 iken, %5,2 ise sürekli şikâyet almaktaydı. (p=0)

İnternette uyku hiç etkilenmeyenler kızlarda %30,9 erkeklerde ise %18,6 olarak saptandı. İnternette sürekli uyku problemi yaşayanlar ise erkeklerin %5,2’sini oluştururken, kızlarda bu oran % 2,8 olarak saptandı. (p=0,028)

Kızların %4,1’i ve erkeklerin %6,2’si internetsiz hayatı son derece anlamsız ve sıkıcı bulurken, sıkıcı bulmayanların oranı erkeklerde %17,6 iken kızlarda %27,6 olarak bulunmuştur (p=0,207).

Tartışma: Son yıllarda internet’te geçirilen sürenin artması ile beraber, bireye göre değişen internet kullanımı, gelişmeye devam eden iletişim ortamının insan üzerindeki etkisini sorgulanmasına neden olmuştur. Bireylerin bir kısmı sadece gereksinimleri doğrultusunda internet kullanımını sınırlarken, bir kısım kullanıcının bu sınırlamayı yapamadığı, iş ve sosyal hayatlarında bu aşırı kullanım nedeniyle kayıplarla karşılaştıkları izlenmeye başlamıştır.

İnternet kullanımına sınırlama getirememeye, sosyal veya akademik zararlarına rağmen kullanıma devam etme ve internete ulaşımın kısıtlandığı durumlarda yoğun anksiyete duyma gibi belirtilerle kendini gösteren bu bağımlılık türü 1990’lı yılların ortalarından beri giderek araştırmacıları ilgisini çekmektedir.

Dünyada genelinde yapılan çalışmalarda genel olarak internet bağımlılığının yaygınlığının %1.5-8.2 arasında değiştiği bildirilmektedir.(3).

Niemz ve arkadaşlarının İngiltere’de Pathological Internet Use (PIU) ölçeğini kullanarak adölesanlar üzerinde yaptığı çalışmada ise % 18 olarak bulunmuştur (4). Çalışmamızda tüm öğrencilerin internet bağımlısı olma oranı %7 olarak bulunmuştur.

Türkiyede yapılan bir çalışmada internet bağımlılığı yaygınlığının %6-14 arasında olduğu saptanmıştır (5).

Bağımlılığın sınıflara göre dağılımında %11,3’lük bağımlılık oranıyla 2. sınıf öğrencileri ilk sırada iken, bunu %10,9 ile 5. sınıf öğrencileri, %9,8 ile de 3. sınıf öğrencileri izlemiştir. 6. sınıf öğrencileri arasında bağımlı bulunamamıştır. Bu durum, tıp eğitimi boyunca giderek artan görev ve sorumluluklarla beraber internete çok fazla zaman ayıramamaları gösterilebilir.

Sonuç ve Öneriler: Hızlı bir biçimde yaşam içinde vazgeçilmez bir araç haline gelen interneti bilişsel ve davranışsal işlevler açısından sorun yaşayarak kullanan kişi sayısı giderek artmaktadır.

Ülkemizde de internet bağımlılığı önemli bir sorun haline gelmektedir. Bazı fiziksel rahatsızlıklara ve uyku bozukluklarına yol açmasının yanı sıra psikiyatrik hastalıkların da habercisi olabileceğinden sadece internetin kötüye kullanımı olarak değil sağlık ve sosyal açıdan daha kapsamlı ele alınmalıdır.

Ülkemiz için henüz yeni olan bu sorunu uzun bir süredir yaşamakta olan Uzak doğu ülkelerinde ve ABD’de artık bu bozuklukla ilgili tedavi merkezleri oluşturulmuş ve hızla bu konuda deneyimli klinisyenlerin yetiştirilmesine başlanmıştır. Gelecekte, ülkemiz için de bu tip tedavi merkezlerinin kurulmasına ihtiyaç duyulup duyulmayacağı belli olmamakla birlikte, ilerleyen yıllarda bu sorunun Türkiye’deki psikiyatri pratiğinde daha çok yer alacağı ve klinisyenlerin bu konuda farkındalıklarının olması gerektiği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnternet, Bağımlılık, Tıp öğrencileri

Kaynaklar:

- (1) Kirallo LV. Internet addiction disorder: a descriptive study of college counselors in four year institutions. University of La Verne College of Education and Organizational Leadership. 2005; Yayınlanmamış Doktora Tezi, Amerika.
- (2) Young K. Cognitive Behavior Therapy with Internet Addicts: Treatment Outcomes and Implications. *CyberPsychology and Behavior*, 2007;10(5), 671–679.
- (3) Petersen KU, Weymann N, Schelb Y, Thiel R, Thomasius R. Pathological Internet use epidemiology, diagnostics, co-occurring disorders and treatment. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2009; 77:263-271.
- (4). Arısoy Ö. İnternet Bağımlılığı ve Tedavisi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar* 2009; 1: 55-67.
- (5) Niemz K., Griffiths M., Banyard P. Prevalence Of Pathological Internet Use Among University Students And Correlations With Self-Esteem.; *CyberPsychology & Behavior* 2005; 8(6), 562-570

715

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNTERNLERİNİN SAĞLIK SİSTEMİNİ VE HEKİMLİĞİ DEĞERLENDİRMELERİ-2003-2012

Onur Hamzaoğlu, Çiğdem Çağlayan, Nilay Etiler, Cavit Işık Yavuz

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Türkiye’de son yıllarda sağlık sisteminde ve hekimlerin sağlık hizmet sunumundaki işlev ve statüsünde hızlı bir değişim söz konusudur. Bu çalışmanın amacı, Kocaeli Tıp Fakültesi’nde internlerin sağlık sistemi, hekimlik değerleri ve tıp eğitimiyle ilgili görüşleriyle, tıp eğitiminin kuramsal ve uygulamalı bölümlerinin ayrı ayrı değerlendirilmelerinin ve değerlendirmelerindeki değişimin saptanmasıdır. Böylece dolaylı olarak da olsa, sağlık sistemi ile hekimlerin sağlık hizmet sunumundaki işlev ve statüsündeki değişimlerin tıp öğrencilerine yansımaları izlenmeye çalışılmıştır.

Kesitsel tipteki bu çalışma ilki Haziran 2003 tarihinde olmak üzere 2011 yılına kadar her yıl Haziran ayı içerisinde, fakültenin mezuniyet töreninden üç hafta önce gerçekleştirilmiştir. Kocaeli Tıp Fakültesi’nden 2003-2011 yılları arasında toplam 715 hekim mezun olmuştur. Çalışmanın evrenini her yılın Haziran ayında, internlik döneminin(stajlarının) son stajını yapmakta olan internler(N=625, %87) oluşturmaktadır. Araştırmada örnek seçilmemiş, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Evreni oluşturan internlerden 577(%92)’si araştırmaya katılmayı kabul etmiştir.

Çalışmada 2003 yılında Akdeniz, Dokuz Eylül, Ege, Uludağ ve Kocaeli Üniversiteleri Tıp Fakülteleri’nde benzer amaçla çok merkezli olarak gerçekleştirilen araştırma için hazırlanan soru formu sorumlu araştırmacılardan sözlü izin alındıktan sonra kullanılmıştır. Bu form; internlerin sosyodemografik özellikler, tıp eğitiminin uygulamalı ve kuramsal yönlerinin değerlendirilmesi ile sağlık sistemi ve hekimlik mesleği ile ilgili görüşlerin saptanmasına yönelik üç bölümden oluşmaktadır. Her bir katılımcı sözlü araştırmayla ilgili olarak sözlü olarak bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul edenlere soru formunun içeriği ve doldurulma şekliyle ilgili bilgilendirilme yapıldıktan sonra soru formu kendilerine verilmiş, ertesi gün kendilerinden alınmıştır. İnternler, fakültelerinde verilmekte olan tıp eğitiminin kuramsal ve uygulamalı yönlerinin yeterliliği ve uygunluğunu ön kodlu sorularla değerlendirmişlerdir. Soru formunun üçüncü bölümünde de sağlık sistemi ve hekimlik mesleği ile ilgili değerlendirme ve beklentilerinin saptanması için likert tipi ölçek uygulanmıştır. Bu çalışmada soru formunun üçüncü bölümünde elde edilen bulgular paylaşılacaktır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Araştırma katılımcılarının %51'i erkektir. Doğdukları yerleşim yeri %13'ünün köy, %35'inin ilçe merkezi ve %52'sinin il merkezi olduğu saptanmıştır. İnternlerin %7'sinin annesi, %2'sinin babası okur yazar değilken, %37'sinin babası, %19'unun annesi üniversite mezunudur.

İnternlerin %34'ü 'insanlara yararlı olmak', %14'ü "ailemin önerisi", %13'ü "prestiji yüksek bir meslek", %6'sı 'para kazanmak' seçeneklerini 'hekimliği tercih etme nedenleri' olarak belirtmiştir. Yüzde 33'ü de ya bu seçeneklerden bir kaçını birlikte ya da başka gerekçeler belirtmiştir.

İnternlerin %51'i tıp eğitimine başladıklarından araştırmaya katılma zamanına kadar geçen süre içinde, hekimlik mesleği konusunda beklenti ve düşüncelerinin olumsuz olarak değiştiğini, %22'si de yeni bir meslek tercihi olanakları olsa hekimlik mesleğini tercih etmeyeceklerini belirtmiştir.

İnternlerin %19'u 'ülkemizin içinde bulunduğu toplumsal koşulları ve aldıkları eğitimi düşündüklerinde, meslek yaşantılarıyla ilgili beklentilerinin gerçekleşmesi konusunda' umutlu olduklarını belirtmiştir.

İnternlerin yalnızca %5'i "hekimlik mesleği kutsaldır", %13'ü "hekimler yalnızca hastaların/hastalıkların tedavisi ile ilgilenmelidir", %8'i "hekimler kendi çıkarlarından önce, halkın sağlık sorunlarını düşünmelidirler" ve %75'i "ülkemizde, hekimlik, toplumsal prestiji giderek artan bir meslektir" saptamasına katılmadıklarını belirtmiştir.

İnternlerin %11'i "vatandaş sağlık hizmetleri için para ödememelidir", %5'i "hükümetler adil olarak topladıkları vergilerle toplumun/vatandaşın ihtiyacı olan bütün sağlık hizmetlerini karşılamalıdır" ve %8'i "hekim ile hasta arasında para ilişkisi olmamalıdır" saptamalarına katılmadıklarını belirtmiştir.

İnternlerin %57'si "ülkemizdeki sağlık sistemi, halk sağlığının gereksinimleri gözetildiğinde, giderek gelişmektedir" ve %61'i "ülkemizin siyasi yönetimi halk sağlığını geliştirici çalışmalar yapmaktadır" saptamasına katılmadıklarını ifade etmiştir.

İnternlerin %60'ı "ülkemizde, meslek örgütlerimiz ve sendikalar hekimlerin haklarının savunulması ve halk sağlığı sorunlarının çözümü açısından etkili bir konumdadır", %37'si "ülkemizde hekimler mesleklerini yeterince iyi bir şekilde yerine getirmektedir", % 68'i "ülkemizde toplumun sağlık hizmetlerinin yönetimine yeterli derecede katılımı sağlanmaktadır", %62'si "ülkemizde hekim hatalarının denetlenmesi ile ilgili mekanizmalar yeterince iyi işlemektedir" saptamalarına katılmadıklarını belirtmiştir.

Tartışma Sonuç ve Öneriler: Dünya genelinde, son 20-30 yıldır tıp eğitimine yönelik tartışmalar iki başlık altında toplanabilir. İlki, eğitimin içeriğinin, hekimlerin görev yapacağı sağlık sisteminin birinci basamağındaki görev alanlarının gereksinimlerine uygun olmaması, diğeri de eğitimin içeriğinin bilimsel bilgi yığına dönüşmesidir (1). Bunların yanı sıra, tıp eğitiminin hastanelere kapanmak zorunda kaldığını da belirtmek gerekir.

Birçok kişi birinci basamak sağlık hizmetlerine bile ulaşamamaktadır. Bu nedenle, hekimlere tıp eğitimleri sırasında toplumsal gereksinimlere karşı sosyal sorumluluğunun kazandırılması gerekir (2). Tıp fakülteleri müfredatlarını belirlerken ve eğitim uygulamalarında, mezunlarının, hizmet verecekleri toplumun sağlık gereksinimlerini bilmelerini ve karşılayabilecek istek, bilgi ve beceriye sahip olmalarını sağlamaya yönelik sorumlulukları bulunmaktadır (3, 4, 5).

Hekimlik mesleği konusunda beklenti ve düşüncelerinin olumsuz olarak değiştiğini belirtenlerle, yeniden hekimliği seçmeyeceklerini belirten internlerin sıklığı ülkemizde sağlık sisteminde yaşanmakta olan değişikliklerin tıp eğitimine ve öğrencilerimize olumsuz olarak yansımakta olduğunun bir işareti olarak kabul edilebilir.

Sağlık hizmetlerine halkın para ödmeden ulaşması ve sağlık hizmetlerinin finansmanının genel bütçeden karşılanması ile hasta hekim arasında para ilişkisi olmamasının internler arasında yaygın olarak benimsenmemiş olması dikkat çekicidir. Bu durum, sağlık sistemindeki gelişmelerin dayandığı piyasacı yeni ekonomik politikaların toplumsal kabulünün sağlanması için yürütülmekte olan ideolojik faaliyetlerin bir sonucu olarak görülebilir.

Anahtar Kelimeler: tıp eğitimi, tıp öğrencileri, mesleki beklenti, mesleki değer

Kaynaklar:

1. Kantrowitz M., Kaufman A., Mennin S., Fülöp T., Guilbert J. J., (1987). Innovative Tracks, WHO, Geneva
2. Boelen, C., (2000). Towards Unity for Health, WHO, Geneva
3. Kaufman A., Van Dalen J., Majoor G., Carrasco F., M., (2004) The Network: Towards Unity for Health – 25th Anniversary. Medical Education, 38(12), 1214.
4. Neufeld V, Pickering R., Simpson J., (1997). Priority Health Problems in the Education of Health Professionals, Maastricht
5. Saçaklıoğlu F., Türk M., (2001), Topluma Yönelik, Topluma Dayalı Tıp Eğitimi, Nasıl ve Ne için?, Toplum ve Hekim Dergisi, 16(3), 181-187

654

KONYA'DA KIRSAL BİR BÖLGEDE YETİŞKİNLERDE RUHSAL SORUNLARIN BELİRLENMESİ

Ebru DıĖrak¹, Belgin Akın², Deniz Koçođlu²

¹Selçuk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi, ²Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Giriş ve Amaç: İnsan bedensel, ruhsal ve sosyal boyutu ile bir bütündür, ayrı ayrı düşünülemez, ruh sağlığı hizmetleri de temel sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır. Temel sağlık hizmetleri kapsamında bütüncül yaklaşım, ruh sağlığı yönünden önlenilecek sorunların azalması ve toplum ruh sağlığının yükseltilmesidir. Günümüzde ruhsal sorunlar yaygınlıkları ve kronikleşme eğilimleri nedeniyle bir toplum sağlığı sorunu haline gelmiştir.(Tezcan ve Aslan 2000) Ruhsal bozukluklar mortaliteye pek az yol açmakta ancak önemli yeti kaybına neden olmaktadır. Ruh sağlığı sorunları kişinin kendinden beklenen iş, okul, ev, toplumsal roller ve kendine bakabilme işlevlerini giderek yitirip üretici niteliğini ve sosyalliğini kaybetmesi ve görevlerini aksatması anlamına gelen yeti yitimine yol açan önemli nedenlerdendir.

Ruhsal bozuklukların, kronik ve yaygın olmalarına rağmen fark edilmemeleri ve tedavilerinde bazı sorunlar yaşanması, ailevi, sosyal ve mesleki yönden ciddi kayıplara yol açmakta ve hastaların yaşam kalitelerinde belirgin bozulmalar yanında özellikle yaşlı kişilerde daha fazla olmak üzere zihinsel bozulmalara neden olmaktadır. Ruhsal bozukluklar yeterince tedavi edilemediği zaman daha çok işlev ve işgücü kaybı ve ailesel sorunlara yol açmakta, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, küresel düzeyde hastalık yükünün %12,3'ünü psikiyatrik bakım gerektiren ruh sağlığı sorunları oluşturmaktadır ve bu sorunların %15-40 birinci basamağa başvurmaktadır. (Nalbantoğlu 2011)

Dünyada ruhsal hastalıkların toplumun yaklaşık %25,0'inde görüldüğünü belirtilmektedir. Dünyadaki en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan ve ABD'de "Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü" tarafından gerçekleştirilen "Epidemiyolojik Alan Çalışması"nda en az bir ruhsal hastalığı sahip olma oranı % 15,4 olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada en yaygın görülen ruhsal hastalıkların anksiyete bozuklukları olduğu ve toplumun % 7,3 ünde görüldüğü bildirilmiştir. (Regier et al 1984) Ülkemizde gerçekleştirilen en büyük epidemiyolojik çalışmalardan birisi olan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu Çalışması" nda toplumun % 17,2'sinde ruhsal hastalık tespit edilmiştir. (Erol ve ark 1995)

Ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan toplum kesimi ve bu hizmetlerin verildiği kurumların özelliklerini inceleyen araştırmalar giderek artmaktadır. Türkiye'de yapılan bir psikiyatrik epidemiyolojik çalışmada ruhsal bozuklukların önemli risk faktörlerinin cinsiyet, yaş, medeni durum, yerleşim bölgesi, sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyi olduğu belirlenmiştir. (Güleç Öyekçin 2008)

Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak karşılaşılan bir halk sağlığı sorunudur. Toplumda ruhsal bozuklukların yaygınlığı, dağılımı, nedenleri, risk gruplarının saptanması gibi konular koruyucu ruh sağlığı içinde

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

değerlendirilip ülkenin ruh sağlığı politikasının belirlenmesi için gereklidir. Bunları sağlayacak en iyi çalışmalar saha çalışmalarıdır. Kırsal alanda ruhsal bozuklukların yaygınlığının belirlenmesi, her türlü eğitim programının hazırlanmasında ve ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında yol gösterici olacaktır Bu çalışmanın amacı kırsal bir alanda ruhsal sorunların yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, kırsal bir alanda yaşayan 18-65 yaş bireylerde ruhsal durumun saptanması ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Konya İli Meram İlçesine bağlı Kaşınhanı belediyesinde 4 Nisan - 3 Mayıs 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini 18-65 yaş arasındaki 2350 kişi oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü G*Power analiz programında hesaplanmış olup, ölçek için ortalama değer (rahatsızlık ciddiyet indeksine göre) 1.2 standart sapma 0.8, etki büyüklüğü 0.25, güç %90, alfa hata değeri 0.05 kabul edilerek örneklem büyüklüğü 180 olarak belirlenmiştir. Araştırma basit rastgele örnekleme yöntemi ile 190 birey üzerinden yürütülmüştür. Araştırmada bireylerin sosyodemografik ve sağlık durumu ile ilgili özelliklerini değerlendirmek için literatüre dayalı olarak hazırlanan 14 soruluk bilgi formu kullanılmıştır. Bireylerin ruhsal durumunu belirlemek amacıyla 53 soruluk "Kısa Semptom Envanteri (KSE)" kullanılmıştır. Ergenler için geçerlik ve güvenilirliği Şahin ve ark tarafından yapılmıştır. Ölçeğin toplam puanından elde edilen Cron-bach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0.96 ve 0.95, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0.55 ile 0.86 arasında değişmektedir. Ölçeğin belirlenen 9 alt ölçeği sırayla, Somatizasyon, Obsesif kompulsif bozukluk, Kişilerarası duyarlılık, Depresyon, Anksiyete bozuklu, Hostilite, Fobik anksiyete, Paranoid düşünce, Psikotizm ve Ek maddeler (yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duyguları) olarak oluşturmaktadır. Veriler araştırmacı tarafından ev ziyaretleri ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 15.0 paket programında yapılmıştır. Araştırma bölgelerine ait özelliklerin değerlendirilmesinde ki-kare testinden yararlanılmıştır. Bağımsız değişkenlerle sağlıklı KSE ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesinde t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile yapılmıştır. ($p < .05$ kabul edilmiştir). Araştırma için Konya Valiliğinden gerekli yazılı izinler alınmış ve veri toplama sırasında bireylere de gerekli açıklamalar yapılarak aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Bulgular: Çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımına göre, yaş ortalaması 37.74 ± 13.32 , % 64,7'si kadın, % 63,7'si ilkököl mezunu, % 83,7'si evli, %49,5'i ev hanımı, % 22,1'i çiftçi, %57,4'ü çekirdek aile, çocuk sayısı 2.38 ± 1.59 , %73,7'si sosyal güvencesine sahip, %43,2'si 500 ve altında aylık gelire sahip, ve %63,2'si ekonomik durumunu orta olarak algılamaktadır.

Çalışma grubunun sağlık özelliklerinin dağılımına göre, %90'nın psikolojik bir rahatsızlığının olmadığını, %84,2'sinin psikiyatri uzmanına gitmediğini, %53'ü psikojik destek almak istediklerini ve %82,1'i kronik bir rahatsızlığı olmadığını ifade etmiştir.

Çalışma grubunun ruhsal belirtilerinin, genel puan ortalamalarına dağılımına göre, en yüksek puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirtiler sırayla, ek maddeler (uyku-yeme bozuklukları-ölüm algısı), paranoid düşünce, obsesif kompulsif bozukluktur. En az puan ortalaması olan ruhsal belirtiler somatizasyon, psikotizm, fobik anksiyetedir. Global indekslerden rahatsızlık ciddiyet indeksi puanı düşük, semptom rahatsızlık indeksi orta düzeye yakın ve belirti toplam indeks puan ortalamaları orta düzeydedir.

Rahatsızlık ciddiyet indeksi (RCİ), belirti semptom indeksi (BSİ) ve semptom rahatsızlık indeksi (SRİ) olmak üzere üç indekste de en yüksek ruhsal belirti puan ortalaması alan yaş grubu 36-45 yaş arası bireylerdir. BSİ'nde en düşük puan ortalaması olan grup 46-55 yaş grubudur. RCİ, SRİ ve BSİ olmak üzere üç indekste de en yüksek ruhsal belirti puan ortalaması alan grup kadınlar ve okula gitmeyen ama okuma yazma bilen gruptur. RCİ ve BSİ'nde en yüksek belirti puan ortalaması evli olan grup ve SRİ'nde ise bekar gruptur. RCİ'nde en yüksek gruplar öğrenci ve memurlar ile en düşük grup özel sektördedir. BSİ'nde ise en yüksek grup memurlar ve en düşük grup çiftçilerdir. SRİ'nde en yüksek belirti puanı yüksek olan gruplar çiftçiler ve işsizler oluştururken, en düşük puan ortalaması esnaflardır. RCİ, BSİ ve SRİ olmak üzere üç indekste de sosyal güvencesi olanlar, olmayanlara oranla ruhsal belirti puan ortalamaları daha yüksektir. Aylık geliri yüksek olanlarda belirti puan ortalaması üç indeks için de düşük, aylık geliri düşük olanlarda yüksektir. Çekirdek ailelerde BSİ'nde belirti puan ortalaması yüksek, parçalanmış ailelerde RCİ ve SRİ yüksektir. Çocuk sayısı 1-2 olanlarda üç indeks daha yüksektir.

Herhangibir psikojik rahatsızlığı olanlarda ve psikolojik destek almak isteyenlerde RCİ, BTİ ve SRİ olmak üzere üç indekste de yüksektir. Psikiyatri uzmanına gidenlerde ve herhangi kronik hastalığı olanlarda RCİ VE BTİ'nde belirti puan ortalaması yüksek, SRİ'nde düşüktür.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Kırsal bir alanda yaşayan 18-65 yaş bireylerin KSE ile ruh sağlığı durumları değerlendirildiği bu çalışma da, bireylerin RCİ puan ortalaması $0,7\pm 0,4$ olarak bulunmuştur. Ölçek genel puanı olan RCİ artış, bireydeki ruhsal belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret etmektedir. Bizim çalışmamızdaki bu değer, KSE'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında elde edilen ortalama ($0,75\pm 0,50$) (Şahin Hisli ve ark 1998) ve Dökmen ve Kışlak'ın yaptığı başka bir çalışmada elde edilen ortalama ($0,65\pm 0,51$) ile yaklaşık olarak aynıdır (Dökmen ve Kışlak 2004). Bu bağlamda, bireylerin puan ortalamalarına göre ruhsal belirti sıklığının yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda olduğu gibi, Mumford ve arkadaşlarının Pakistan'ın kırsal alanlarında yaptıkları bir çalışmada, yaygın görülen ruhsal hastalıkların özellikle kadınlar arasında daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir (erkeklerde %10, kadınlarda %25). (Mumford ve ark 2000)

Ayrancı ve Yenilmez Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında poliklinik defterlerini tarayarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, çalışmamızdaki sonuçlardan farklı sonuçlar bulmuşlar ve sosyoekonomik açıdan geri sayılabilecek bölgelerdeki sağlık ocaklarında ruhsal bozuklukların daha az oranda olduğunu gözlemlemişlerdir. (Ayrancı ve Yenilmez 2001) Çalışmamız gelir düzeyi düşüklüğünün ruhsal bozukluklar açısından diğer faktörlerden bağımsız olarak önemli risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Gelir düzeyinin düşük olmasının, bu hastaların sağlık kurumlarından ve özellikle ruh sağlığı merkezleri ile ruh sağlığı profesyonellerinden yeterince yararlanamaması sonucunu doğurabileceği ve bu şekilde ruhsal bozuklukların artışıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Özmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aktif olarak çalışanlar ile çalışmayanlar arasında ruhsal bozukluk sıklığı ve yaygınlığı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamış iken çalışmamızda çalışmayanlara göre memurlar ve öğrencilerde puan ortalaması daha yüksektir. (Özmen ve ark 2002)

Kırsal alanda gerçekleştirdiğimiz çalışmamıza göre ruhsal hastalıklar beklenen ve sanılandan çok daha yaygın olarak görülmekte ve gerek başvurularda yaşanan yetersizlikler gerekse tanılarda sorunlar nedeniyle yeterince tanı konulamamakta ve tedavi edilememektedir. Bu çalışma ile ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve bu yaygınlıkla ilişkili faktörlere dikkat çekilmesi amaçlanmıştır. Ruhsal hastalıkların bu denli yaygın görülmesi ve bu yaygınlıkla ilgili saptayabildiğimiz faktörler bir kere daha koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin önemini gözler önüne sermektedir. Bu çalışmanın koruyucu ruh sağlığı çalışmalarını özendirilmesini ve riskli gruplara yönelik koruyucu politikaların hayata geçirilmesinin yolunun açılması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Sözcük: Kırsal Alan, Ruh Sağlığı, Kısa Semptom Envanteri

Kaynaklar:

1. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001; 2 (2) :87-98.
2. Dökmen ZY ve Kışlak T. Engelli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin demografik ve psikolojik özellikleri ile sorunlarının karşılaştırılması. Kriz Dergisi,2004;12 (2):33-47.
3. Güleç Öyekçin D. Bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine bir yıl içinde başvuran olguların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı dağılımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:39-43
4. Mumford DB, Minhas FA, Akhtar II, Akhter S, Mubbashar MH. Stress and psychiatric disorder in urban Rawalpindi: Community survey. Br J Psychiatry, 2000; 177(6):557-562.
5. Nalbantoğlu D. Denizli il merkezinde yaşayan erişkin kadınların genel ruh sağlığı durumu, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
6. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde distimik bozukluk. Türk Psikiyatri Dergisi.2002;13(1):23-32.

7. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. Arch Gen Psychiatry. 1984;41:934-941.

8. Şahin Hisli N. Batıgün Durak A. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlilik, Güvenirlilik ve Faktör Yapısı; Türk Psikiyatri Dergisi, 2002;13(2):125-135.

9. Tezcan S, Arslan D. Ankara’da çeşitli meslek gruplarında ruhsal sağlık durumunun değerlendirilmesi. Kriz Dergisi 2000; 1:1-8.

570

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EAH’DE İNTÖRN VE ASİSTAN DOKTORLARIN ŞİDDETE MARUZİYETLERİ VE KAYGI DÜZEYLERİ

Nimet Emel Lüleci, Seyhan Hıdıroğlu, Ayşe Gülsen Teker, Merve Çakır, Hakkı Ceylan, Mehmet Alaca, Fatih Demiray, Elif Büyükkara, Melda Karavuş

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre şiddet kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ya da ihmal ile sonuçlanan (ya da sonuçlanma olasılığı yüksek olan) kasıtlı güç kullanımı tehdididir (1). İş yerinde şiddet ise “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmıştır (2). Sağlık kurumlarındaki şiddet de “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır (3). Yapılan bazı çalışmalarda, şiddetin diğer iş yerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı; sağlık alanındaki iş yeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği ifade edilmiştir (4). Günümüzde sağlık personeline karşı şiddet, saldırganlık veya zarar verici davranışlar giderek artan bir endişe kaynağıdır.

Amaç: Bu çalışmada Marmara Üniversitesi Pendik EAH’de çalışan intörn doktor ve asistan doktorların şiddete maruziyetinin araştırılması ve kaygı düzeylerinin ölçülerek şiddete maruziyet ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin saptanması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan 320 asistan, 140 intörn doktor oluşturmaktadır. Örneklem çalışmanın evrenini oluşturan tüm asistan ve intörn doktorlar alınmış ancak intörnlerin 83’üne(%60.0), asistanların 158’ine(%49.0) ulaşılmıştır.

Kesitsel tipte olan bu araştırma, Mayıs-Haziran 2012 tarihlerinde yapılmış, 13’ü cokktan secmeli olmak üzere 17 soruluk anket formu ve kaygı düzeyini ölçmek için de Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen, Necla Öner ve Ayhan Le Compte tarafından Türkçe’ye uyarlanan Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği STAI 1-2 kullanılmıştır(5). Bağımsız değişkenler: yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışılan bölüm, meslekte toplam hizmet süresi, vardiyalı çalışma durumu ; Bağımlı değişkenler: çalışma yaşamı boyunca şiddete uğrama durumu, şiddete uğrama şekli, şiddeti uygulayan kişi. Anket, hekimlerin çalışma birimine gidilerek gözlem altında uygulanmıştır. Veriler SPSS 15.0 paket programı kullanılarak ki-kare analizi ve lojistik regresyon testleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hekimlerin % 48,9 ‘u çalışma yaşamı boyunca şiddetle karşılaşmıştır.(İntörn doktorlar için %25,3 ;araştırma görevlisi doktorlar için %58,2). En çok karşılaşılan şiddet türü duygusal/sözel şiddettir (% 72,6). Katılımcıların şiddeti en çok hasta yakınından (%71,7) , ikinci olarak ise hastadan (12,6) gördükleri tespit edilmiştir. Ankete katılan cerrahi bilim asistanlarının %88,3 ü, acil asistanlarının %75,0’i, dahili branşta çalışan asistanların %43,7’i , çalışma yaşamı boyunca şiddete maruz kalmıştır.26 yaş ve üzeri doktorlarda şiddete maruziyet anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur(p<0,01). Aşırı kilolu ve obez doktorların normal kilolu(p<0,01) ve zayıf doktorlara(p<0,05) göre daha fazla şiddete maruz kaldıkları görülmüştür. Katılımcıların durumluk kaygı ölçeğine göre %34,4 ü kaygılı, %7,1 i çok kaygılı ; süreklilik kaygı ölçeğine göre % 41,9 ‘u kaygılı, %11,6 sı çok kaygılı olarak saptanmıştır. Şiddete maruz kalanlar sürekli kaygı düzeyleri anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (p< 0,01); durumluk kaygı düzeyine şiddetin anlamlı bir etki göstermediği saptanmıştır (p>0,05) .

Tartışma ve Sonuç: Hekimlerin şiddete maruziyetleri kaygı düzeylerini arttırırken, aynı zamanda çalışma performanslarını etkilemektedir. Cerrahi branşta ve acilde çalışan hekimlerin şiddete maruziyetleri daha

fazladır. Gazi Üniversitesi'nde 2009'da yapılan araştırmada hekimlerin şiddete uğrama düzeyi %60,9 bulunmuş, bizi çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur.(6). Yine Boz ve arkadaşlarının Denizli'deki devlet hastanelerinde yaptığı araştırmaya katılan 79 acil servis çalışanının %88,6'sı sözel şiddete uğramış veya tanıklık etmiştir(7). Hekimlere yönelik şiddetin farkındalığını arttırmak için sağlık kurumlarındaki birtakım düzenlemeler, hizmet içi ve toplumsal eğitimler ve bunlarla birlikte kamusal ve hukuksal düzenlemeler yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: hekim, şiddet, kaygı

Kaynaklar:

1. WHO. World Report on Violence and Health. Geneva (Switzerland), 2002;1-21.
2. Warshaw LJ, Messite J. Workplace violence: Preventive and interventive strategies. J Occup Environ Med 1996;38(10):993-1006.
3. Saines JC. Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action. Accid Emerg Nurs 1999;7(1):8-12.
4. Lyneham J. Violence in New South Wales emergency departments. Aust J Adv Nurs 2000;18(2):8-17.
5. Spielberger CD (1973) Manual for the state-trait anxiety inventory for children. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
6. *1Mustafa N. İLHAN Seçil ÖZKAN Z. Özlem KURTCEBE F. Nur AKSAKAL ; 'Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi HastanesindeÇalışan Araştırma Görevlileri ve İntörnDoktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetlelişkili ' TOPLUM HEKİMLİĞİ BÜLTENİ Cilt 28, Sayı 3, Eylül-Aralık 2009*
7. Boz B, Acar K, Ergin A, Erdur B, Kurtulus A, Turkcuer I, and Ergin N. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. Adv Ther 2006 Mar-Apr;23(2):364-9

485

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 1.SINIF VE 6.SINIF ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL FOBİ ARAŞTIRMASI

Emel Lülecı, Seyhan Hidroğlu, Ayşe Gülsen Teker, Yağmur Sever Ağman, Aslıhan Avanoğlu, Murat Fatih Pul, Çağatay Tekin, Melda Karavuş

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Sosyal fobi, bireyin başkaları tarafından yargılanabileceği kaygısını yaşadığı toplumsal ortamlarda mahçup ya da rezil olacağı konusunda belirgin ve sürekli bir korkunun olmasıdır. Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) ile eş anlamlı olarak kullanılan terimdir. Sosyal fobisi olanlar korkunun yanı sıra anksiyete belirtileri de gösterir. Anksiyete, duruma bağlı olarak bir panik nöbeti biçimini de alabilir (1). Sosyal fobisi olan bireyler iç yaşamında, eğitim alanında, sosyal ve duygusal ilişkilerinde önemli sorunlar yaşamaktadır. SAB'li öğrenciler sınıf önünde konuşmaktan sıkıntı duymakta, okul ve sınıfta gerginlik hissi nedeniyle lise ve üniversite döneminde başarısızlık yaşamakta ya da okulu bırakmaktadırlar (2). Sosyal fobi son yıllarda araştırmacı ve klinisyenlerin giderek daha fazla ilgisini çeken bir psikiyatrik bozukluktur. ABD'de yapılmış olan epidemiyolojik ve topluma dayalı çalışmalar, toplumun %13'ünü etkileyen sosyal anksiyete bozukluğunun (SAB) en yaygın anksiyete bozukluğu olduğunu, major depresif bozukluk ve alkol bağımlılığından sonra üçüncü sırada en sık görülen psikiyatrik hastalık olduğunu göstermiştir (3,4). Ergenlerle yapılan çalışmalarda da sosyal fobinin yaşam boyu prevalansı %5-15 olarak belirlenmiştir (5). Bu çalışmanın amaçları; MÜTF 1 ve 6. sınıf öğrencilerinde,

- Sosyal fobinin görülme sıklılığını saptamak,
- Sosyal fobinin çeşitli değişkenlerle ilişkisini incelemek.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılmıştır. Araştırmacının evrenini, 2011-2012 tarihinde Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim görmekte olan, 128 kişi 1.sınıf ve 135 kişi 6.sınıf olmak üzere, 263 lisans öğrencisi oluşturmuştur. Örnekleme çalışmanın evrenini oluşturan tüm öğrenciler alınmıştır. Ancak dönem 1 öğrencilerinden 99 kişiye (%77), dönem 6 öğrencilerinden 98 (%72) kişiye ulaşılmıştır.Bağımlı değişkenler: Liebowitz sosyal fobi ölçeği skorlaması,Başa çıkma stratejisi ölçeği skorlaması.Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, sınıfı, aile eğitim durumu,sosyoekonomik durum, ilişki durumu, hobi varlığı. Araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışma 1 Mart 2012-1 Nisan 2012 tarihleri arasında Marmara Üniveritesi Tıp Fakültesi 1. sınıf ve 6. sınıf öğrencileri arasında yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere gözlem altında 24 sorudan oluşan sosyodemografik anket formu, Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği (LSFÖ) ve Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği (BÇSÖ) uygulanmıştır.Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği (LSFÖ): Sosyal fobi hastalarının anksiyete ve kaçınma yaşadıkları sosyal durumları değerlendirmek üzere, klinisyen tarafından uygulanan, 13'ü performans, 11'i sosyal etkileşim durumlarıyla ilgili toplam 24 madde içeren bir ölçektir. Testin Türkçe formunun güvenilirlik geçerlik çalışmaları Tükel ve ark. tarafından yapılmıştır(6). Başa Çıkma Stratejisi

Ölçeği (BÇSÖ): Amirkhan tarafından geliştirilen ve Aysan tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan ölçek 33 maddeden oluşmaktadır ve her biri 11 madde içeren üç alt ölçeği (Problem Çözme-PÇ, Sosyal Destek Arama-SDA ve Kaçınma-K) vardır. Yüksek puan baş etmenin etkin olduğunu gösterir(7). Araştırma verileri bilgisayar ortamında ve SPSS 17.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Analizde Pearson ki-kare, tek yönlü ANOVA ve bağımsız gruplarda T testleri kullanılmıştır.Bulgular: Araştırmaya yaş ortalaması 22.03±2.78 olan, 83 kadın (%42.1), 114 erkek (%57.9) olmak üzere toplam 197 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin 99'u (%50.3) birinci sınıf ve 98'i (%49.7) altıncı sınıfta okumaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumu sorgulandığında; babası okur yazar olmayan 14 kişi (%7.1), ilköğretim mezunu olan 60 kişi (%30.5), lise mezunu olan 48 kişi (%24.4) ve yüksek okul mezunu olan 75 kişidir (%38.1); annesi okur yazar olmayan 14 kişi (%7.1), ilköğretim mezunu olan 89 kişi (%45.2), lise mezunu olan 38 kişi (%19.3) ve yüksekokul mezunu olan 56 kişidir(%28.4).Öğrencilerin 27'sinin (%13.7) ailesinde sosyal fobi öyküsü mevcutken, 170'inde (%86.3) sosyal fobi öyküsü bulunmamaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerden 4'ü (%2.0) daha önce intihar girişiminde bulunmuş, 87'si (%44.2) intiharı düşünmüş ancak girişimde bulunmamış, 106'sı ise (%53.8) intiharı düşünmemiştir.Araştırmaya katılanların 165'i (%83.8) üniversite eğitimi yanı sıra değişik sosyal faaliyetlerde bulunurken, 32'si (%16.2) sosyal faaliyetlerde bulunmamaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %23, 4'ü sigara; %32'si alkol; %6,1'i madde kullanmaktadır. Öğrencilerin LSFÖ ortalama toplam puanı 90.26 ± 1.71, fobik kaçınma alt ölçeğinin 43.50 ± 11.31 ve fobik korku alt ölçeğinin 46.76 ± 12.01'dir. BÇSÖ'nin problem çözme alt ölçeğinin ortalama puanı 22.07 ± 5.50, kaçınma alt ölçeğinin 21.94 ± 4.14 ve sosyal destek arama alt ölçeğinin 21.78 ± 5.45'dir. LSFÖ ve alt ölçeklerinin birbirleriyle aralarında pozitif yönde bir ilişki olduğu; BÇSÖ ve alt ölçeklerinin de birbiriyle aralarında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır(p=0.00).LSFÖ'den alınan toplam puan ile BÇSÖ alt ölçeklerinden olan sosyal destek arama ile aralarında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır(p=0.00). LSFÖ alt ölçeklerinden olan kaçınma ile BÇSÖ alt ölçeklerinden olan sosyal destek arama arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır(p=0.00).Cinsiyetle BÇSÖ'nün alt ölçeklerinden alınan puanlar değerlendirildiğinde erkeklerin özellikle BÇSÖ Kaçınma alt ölçeğinden anlamlı olarak kadınlara göre daha fazla puan aldığı gözlenmiştir(p<0.05).Birinci sınıfta olan öğrencilerin BÇSÖ'nin problem çözme (p<0.05), kaçınma (p<0.05), sosyal destek arama (p<0.05) alt ölçekleri; LSFÖ'nün toplamı (p<0.05), fobik kaygı (p<0.05) ve fobik kaçınma (p<0.05) alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar altıncı sınıf öğrencilerinden daha yüksek bulunmuştur(p<0.05). Öğrenciler arasında hobisi olduğunu söyleyenlerin, BÇSÖ alt ölçeklerinden problem çözme (p<0.05) ve sosyal destek arama puanları hobisi olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (p<0.05). Öğrencilerin sigara, alkol ve madde kullanımı ile BÇSÖ alt ölçekleri (p>0.05) ve LSFÖ'nün toplam ve alt ölçeklerinden (p>0.05) alınan puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.Öğrencilerin intihar girişim düşünceleriyle BÇSÖ'nün problem çözme (p<0.05) ve sosyal destek arama (p<0.05) alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunmayı hiç düşünmeyenler ve düşünmesine rağmen girişimde bulunmayanlar, BÇSÖ problem çözme ve sosyal destek arama alt ölçeklerinden daha yüksek puan almıştır.

Tartışma ve Sonuçlar: Öğrencilerin LSFÖ kaygı alt ölçeğinde en çok puan alan (>3 puan) maddeler sırasıyla; romantik veya cinsel ilişki kurma amacıyla biriyle tanışmaya çalışmak, seyirci önünde hareket, gösteri veya konuşma yapmak, önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak, dikkatleri üzerine toplama olarak saptanmıştır. Solmaz ve arkadaşlarının (8) yaptıkları bir araştırmada, en sık anksiyete yaratan durumlar sırasıyla; önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda konuşmak, seyirci önünde hareket ya da gösteri yapmak, dikkatleri üzerinde toplamak, romantik/cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmak, başkaları içerdeyken bir odaya girmek ve bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak olmuştur. Öğrencilerin cinsiyeti ile BÇSÖ'nün kaçınma alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Cinsiyetle BÇSÖ'nün alt ölçeklerinden alınan puanlar değerlendirildiğinde erkeklerin özellikle BÇSÖ kaçınma alt ölçeğinden anlamlı olarak kadınlara göre daha fazla puan aldığı gözlenmiştir.Yapılan bu araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları ile LSFÖ'nün toplam puanı, kaygı alt ölçeği ve kaçınma alt ölçekleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı olmak üzere negatif bir korelasyon saptanmıştır. Bu durum öğrencilerin yaşları artıkça kaygı ve kaçınma düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Ancak bununla birlikte yaş ile BÇSÖ alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Bu durum bize yaşla birlikte problemlerden kaçınmanın sıklığının azaldığını ancak yaş artışıyla birlikte bireysel olarak problem çözme ve sosyal destek aramaya yönelmediklerini düşündürmektedir.

Yapılan bu araştırmaya katılan öğrencilerin sigara kullanımı ile LSFÖ alt ölçekleri ve BÇSÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Adnan Menderes üniversitesi öğrencilerinde yapılan araştırmada LSFÖ'den alınan puanlara göre sosyal fobisi kişilerde daha az sigara kullanımı olduğu gözlenmiş ve bu durum kişilerin daha az sosyal ortama katılmalarının akran gruplarının sigara kullanım yönündeki baskılarına daha az maruz kaldığı şeklinde yorumlanmış (9). Ancak Almanya' da 2000 yılında 3021 ergen ve genç erişkinin katıldığı, sosyal korkuların ve sosyal fobinin sigara kullanımına / bağımlılığına etkisini değerlendiren retrospektif kesitsel ve prospektif izlem çalışmasının sonuçları yayınlanmıştır. Çalışmanın kesitsel bölümünde sosyal korku ve sosyal

fobinin nikotin bağımlılığıyla önemli oranda ilişkisi bulunmuş, 4 yıllık izlem sonucunda ise sosyal korkunun nikotin bağımlılığını başlangıçta sigara kullanmayanlarda 3.85 kat, bağımlı olmayan düzeyde sigara kullananlarda ise 1.5 kat artırdığı bulunmuştur. Dolayısıyla ergen ve genç erişkinlerde sosyal korkuların önemli oranda nikotin bağımlılığı gelişimini etkilediği saptanmıştır. Sigara kullanımının sosyal ortamlarda gerginliği azalttığı ve sosyal olarak kabul edilebilir bir davranış olarak algılanmasının fazla tütün kullanımına yol açtığı belirtilmiştir (10). Araştırmada alkol ve madde kullanım oranlarının sosyal fobisi olanlarda ve olmayanlarda benzer düzeyde olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde Adnan menderes üniversitesinde yapılan araştırmada da alkol ve madde kullanımı ile sosyal fobi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(9). Yine aynı şekilde Nijerya'da yapına bir çalışmada sosyal fobisi olanların %10,3'ünün, olmayanların %7,5'inin halen alkol kullanmakta olduğu belirlenmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı seviyeye ulaşmamıştır(11). Öğrencilerin intihar girişimini düşünceleri ile BÇSÖ'nün alt ölçeklerinden problem çözme ve sosyal destek arama arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre, intihar girişiminde bulunmayı hiç düşünmeyenler ve düşünmesine rağmen girişimde bulunmayanlar, BÇSÖ problem çözme ve sosyal destek arama alt ölçeklerinden daha yüksek puan almıştır. Bu durum, intihar girişiminde bulunmayı hiç düşünmeyenler ve düşünmesine rağmen girişimde bulunmayanların BÇSÖ' den aldıkları puanlar doğrultusunda problem çözme ve sosyal destek arama yoluna gittiklerini düşündürmektedir. Sareen ve arkadaşları tarafından 18-64 yaş grubunda 4796 kişide 3 yıllık toplum temelli izlem çalışmasında sosyal fobide artmış intihar girişimi düşüncesi saptanırken intihar girişimiyle ilişki bulunamamıştır(12). Bu çalışmada evreni temsil eden bireylerin toplamda %74'üne ulaşılabilirdi. Bu durum araştırmanın bir sınırlılığı olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Ülkemizde üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığını ve ortaya çıkışında etkili olan faktörleri araştıran az sayıda çalışma vardır. Akademik başarı, yaşam kalitesi ve kimlik gelişim sürecine olan etkilerini araştıran çalışmalar ise bulunmamaktadır. Sosyal fobinin akademik başarı, okuldan ayrılma ve mezuniyet sonrası başarı seviyelerine etkisini tespit amacıyla kapsamlı izlem çalışmaları ya da retrospektif çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal fobi, üniversite öğrencisi, liebowitz sosyal fobi ölçeği, başa çıkma stratejisi ölçeği.

Kaynaklar:

- 1.Dilbaz N, Güz H. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T (ed.ler). Anksiyete Bozuklukları. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi – No: 4:185-212.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson, C B, Hughes M, Eshelman S, Wittchen H, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Archives of General Psychiatry 1994;51, 8–19.
3. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. DSM-III-R anxiety disorder in children: sociodemographic and clinical characteristics. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1992; 31; 1070–1076.
4. Heimberg RG, Stein MB, Hiripi E, Kessler RC. Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. European 2000; 15: 29-37.
5. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 282-288.
6. Tükel R, Demir T, Kızıltan E, Demir D. Sosyal fobide klinik özellikler. Nöropsikiyatri Arşivi 1997; 34:103-112.
7. Aysan F. Başa çıkma stratejisi ölçeğinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. 1. Eğitim Bilimleri Kongresi Bildiriler Kitabı, Adana, Çukurova Üniversitesi Basımevi, 1994, s.1158-1168
8. Solmaz D, Gökalp PG, Babaoğlu AN. Sosyal fobide klinik özellikler ve eş tanı. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10: 207-14.
- 9.Gültekin B.K, Adnan Menderes Üniversitesi Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri, 2008 Aydın.
- 10.Sonntag H, Wittchen HU, Höfler M, Kesler RC and Stein MB. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? Eur Psychiatry 2000;15: 67-74.
- 11.Bella TT, Omigbodun OO. Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and comorbidity. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008; Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008.
12. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Graaf RD, Asmundson GJG, Have M, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 1249-1257

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FAZ 1 ÖĞRENCİLERİNİN ŞİDDET ALGISI VE ŞİDDETE KARŞI TUTUMLARI

Mustafa Taşdemir, Seyhan Hıdıroğlu, Yusuf Güney, İrem Çelik, Neşe Yürekli, Hacer Arıkan, Eşref Selçuk

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2002: 2) şiddeti, "Kasıtlı olarak; tehdit veya fiilen kendine, diğer bireye veya bir grup ya da topluluğa karşı yaralama, ölüm, psikolojik zarar verme, engelleme veya yoksun bırakma ile sonuçlanan fiziksel güç kullanılması" olarak tanımlamıştır.

Çalışma üniversite öğrencilerinin sahip oldukları şiddet algısını ortaya koyma amacına yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Üniversite öğrencileri "şiddeti nasıl tanımlamaktadır, hangi davranışları şiddet olarak algılamaktadır" sorularına verilen cevaplar çalışmanın ana temasını oluşturmıştır. Temel olarak şiddet algısı ve şiddetin uygulanma yolları ve sıklığı hakkında neler bilinmektedir? Şiddet sonucunda ortaya çıkan davranışlar, önlemler nelerdir? Ortaya konulan veriler ışığında ne tür şiddet önleme yolları kullanılabilir? Marmara Üniversitesi Tıp fakültesi Haydarpaşa yerleşkesi faz I öğrencilerinin şiddet algısı ve davranışlarına yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmek, en sık uygulanan şiddet eğilimlerini nelerdir? Cinsel şiddet ve duygusal şiddet kavramlarının algıları nelerdir?

Gereç Yöntem: Araştırma deseni olarak tanımlayıcı metod seçilmiştir. 2012 Ocak ayında araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu oluşturulmuş öğrencilerin sosyo-demografik özellikler ve şiddet algısı ve tutumları ile ilgili bilgileri bulmaya çalışan anket formu araştırmada kullanılan ölçektir. Araştırma 23 Ocak-3 Şubat tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Faz 1 öğrencileriyle Haydarpaşa yerleşkesinde gerçekleştirilmiştir. Yani Araştırmanın evrenini Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi faz I öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırma Kapsamında Marmara Ü. Tıp Fakültesi faz I de okuyan toplam 435 öğrenciden 313 (%72) öğrenciye ulaşılmıştır. 1. Sınıftan (N=107); 2.sınıftan (N=105); ve 3.sınıftan (N=101) öğrencilere geliştirilen anket uygulanmıştır. Veri toplama yöntemi olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan anket kullanılmıştır. 15'i demografik özellikler ve 36'sı şiddet algısı ile ilgili sorulardan oluşan anket formu, 23 Ocak-3 Şubat tarihleri arasında üniversite yerleşkesinde uygun örnekleme yöntemiyle ulaşılan öğrencilere dağıtılmış ve uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.00 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların Yaş ortalaması 20.39'(SD=1.69)dur. Katılımcıların %51,4 'ü erkek %48,6'sı kadındır.

Katılımcıların 12 yaşına kadar yaşamlarını büyük çoğunlukla geçirdikleri yerleşke türlerinin yüzdelik dağılımı şöyledir; %74,4'ü ilde, %20,2'si ilçede %5,4'ü köyde. Katılımcıların yaşamlarını geçirdikleri coğrafi bölgelerin dağılımı şöyledir; Marmara Bölgesi (%52.2); Güneydoğu Anadolu Bölgesi (%9.9), Akdeniz Bölgesi (%9.6); Karadeniz Bölgesi (%8.3) ve İç Anadolu Bölgesi (%6.4)dir.

Katılımcılardan % 9,9'unun annesi ve babasının ayrı yaşadığını; % 97,1'i ailesinin yanında büyümüş olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar şu anda yaşadıkları yer olarak yüzdelik dağılımları şöyledir; yurt: % 17,6; öğrenci evi: %40,6; aile yanında: %38,7; akraba ile: %3,2dir.

Katılımcıların ebeveynlerinin büyük çoğunluğu üniversite ya da lise mezunudur. Katılımcıların toplam aile gelir aralıkları dağılımı şöyledir; "1001-2000" gelir aralığı %23.7; "3001-4000" gelir aralığı %19.5; "2001-3000" gelir aralığı %19.2.

Katılımcıların şu anda İstanbul'da ikamet ettikleri yer türlerine göre yüzdelik dağılımları şöyledir; yurt (% 17,6); öğrenci evi (%40,6); aile yanında (%38,7) ve akraba ile (%3,2).

Bu araştırmaya katılan katılımcıların alkol kullanma sıklıklarının yüzdelik dağılımı şöyledir: yılda birkaç defa: %13,4; ayda birkaç defa:% 23,6; haftada bir defadan fazla: %9,9; Hiç kullanmayan: %53,0. Uyarıcı, uyuşturucu veya benzeri madde kullanımı sıklığının dağılımı şöyledir; bir defa deneyen: %6,1; bir defadan fazla kullanan: %4,5; hiç kullanmayan: %89,5. Katılımcıların % 39,9'u son 12 ay içinde fiziksel şiddete tanık olurken, bu şiddetin en çok trafik (%36,8) ve toplu taşıma araçlarında(%24) olduğunu , daha çok genç (%34,5) ve erişkin (% 57,7) erkekler tarafından uygulandığını belirtmişlerdir.

Katılımcılara hiç fiziksel şiddete maruz kaldınız mı diye sorulduğunda;%21,4'ü evet, %76,4'ü hayır, %2,2'si yanıt vermek istemiyorum şeklinde cevap verdiği görülmüştür. Katılımcıların %17,3 'ü ise son 12 ay içinde fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Fiziksel şiddete uğrayan 73 kişiden, uğradıkları şiddet sonrası ise 17 kişi aile yardımı aldığını belirtirken, 3 kişi polis yada mahkemeye başvurduğunu,1 kişi çakı,bıçak vb aletler taşımaya başladığını, 41 kişi ise hiçbirsey yapmadığını belirtmişlerdir. Fiziksel şiddet sonrası 11 kişi yaralandığını ifade etmişlerdir. Katılımcılara fiziksel şiddetin en sık uygulandığı yerler sorulduğunda;Trafik(%16); Sokak(%16); Okul(%16); Eğlence merkezi(%12); Ev(%12) cevaplarını vermişlerdir. Son 12 ay içinde şiddete maruz kalan

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

öğrenciler; şiddet uygulayanların en çok erkek olduğunu (%91,3) genç olduğunu (%52,1). Yapılan Ki-Kare analizleri sonucunda erkek öğrencilerde fiziksel şiddete maruz kalma ve uygulama açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) fakat en çok yaşanan yer (il,ilçe,köy) açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır($p>0,05$). Yaşanılan bölge açısından bakılacak olursa Marmara bölgesinde cinsel şiddete tanık olma ve duygusal şiddet uygulama açısından diğer bölgelere göre anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($p<0,05$). Aile yanında yetişmeyenlerde yetişenlere göre cinsel şiddete tanık olma açısından anlamlı olarak daha yüksek olasılığa sahip çıkmışlardır. ($p<0,05$). Akraba evi ve öğrenci evlerinde kalanlarda diğer yerlerde kalanlara göre fiziksel şiddet uygulama olasılığı anlamlı olarak daha fazla çıkmıştır ($p<0,05$). Baba eğitim düzeyi arttıkça cinsel şiddete maruziyetin anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu analize göre ilkokulu bitirememiş babaların çocuklarında cinsel şiddete tanık olma ve cinsel ilişkiye zorlanma istatistiksel olarak daha fazla yüksek çıkmıştır. Aynı şekilde ilkokulu bitirmemiş ve ortaokul mezunlarının çocuklarında cinsel şiddete tanık olma açısından anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$); lise mezunu anne çocuklarında cinsel şiddet uygulamada anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumu açısından bakacak olursak gelir durumu :0-1000tl gelir grubunda cinsel ilişkiye zorlanma diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır ve aile geliri + 5001 tl olan üstü grupta duygusal şiddet uygulama olasılığı fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Madde kullanımı açısından bakacak olursak bir defadan çok kullanmışlarda fiziksel şiddet maruziyet ve uygulama daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$); cinsel şiddete tanık olmada anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Alkol kullanımı açısından bakacak olursak yılda bir kaç defa kullananlarda cinsel şiddete maruz kalma fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$); Haftada birden fazla kullananlarda duygusal şiddete tanık olma fazla olduğu tespit edilmiştir. ($p<0,05$).Son olarak alkol kullanmayanlarda duygusal şiddete maruz kalma olasılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Katılımcıların cinsel şiddet algısı konusunda karşı cinsle olan ilişkileri ile ilgili verdikleri cevaplar şöyledir. %78,6'sı karşı cinsle rahat konuşarak iletişim kurduklarını; % 4,2' si cinsel şiddete tanık olduklarını; tanık olanların %33,7si olaya fiziksel şiddetinde dahil olduğunu belirtmişler; % 3,6'sı cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Maruziyet sonrası 5 kişi aile-arkadaş yardımı aldıklarını, 2 kişi mahkemeye-polise başvurduklarını, 6 kişi ise hiçbirşey yapmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılardan 166 kişinin sevgilisi bulunduğunu ve bunların %8,4'ü sevgilisinin kendisine kasten vurduğunu %3,6'sının cinsel ilişkiye zorlandığını belirtmişler.

Katılımcıların %49,8'i duygusal şiddete tanık olduklarını belirtmişlerdir. Bunları uygulayan kişiler olarak; Arkadaş %42,5; Aile %23,9;Öğretmen %20,2; Yabancı %13,2 olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların %31,3 'ü duygusal şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Duygusal şiddet sonrası %16,8'inin sosyal yaşantısı kısıtlanmış; %36,7'si aile ve arkadaş yardımı alma gereği duyarken, %4'ü polis ve mahkemeye başvurduklarını belirtmişlerdir.

Sonuç ve Tartışma: Yaptığımız araştırmaya göre Schott'un(1971) Erkekler arası (intermale) saldırganlık olarak tanımladığı durumun Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Faz I öğrencileri ya da onların yakın çevresinde şahit oldukları insanlarda da sıklıkla karşılaştıkları görülmektedir. Araştırma sonucunda görülmüştür ki katılımcıların şahit olduğu fiziksel şiddetin büyük çoğunluğu daha çok genç (%34,5) ve erişkin (% 57,7) erkekler tarafından uygulandığını ve yine bu benzer özellikteki kişilerin maruz kaldığı belirtmişlerdir. Özcebe ve arkadaşlarının (2006) da orta dönem ergenlerde sözel şiddetin daha fazla ifade edildiği, yine orta dönem ergenlerde şiddet algısının daha gelişmiş olduğu ve erkek öğrencilerde şiddet davranış sıklığının daha fazla olduğu yönündeki bulguları halihazırdaki çalışmanın bulgularını doğrulamaktadır. Hall ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada da şiddetin uygulanması ve maruz kalma arasında ciddi cinsiyet farklılıkları olduğu belirtilmesi halihazırdaki bulguları destekleyen bir başka bulgudur.

Diğer taraftan katılımcıların %17,3 'ü ise son 12 ay içinde fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Evren, Tokuç ve Ekuklu (2011) yaptıkları çalışmanın bulgularında da katılımcıların %6.3'ü son 12 ayda şiddete maruz kaldığını, %7.2'si son 12 ayda yaralanmalı bir kavgada bulunduğunu, %4.9'u son 30 gün içerisinde kendini güvende hissetmediği için en az bir gün okula gelmediğini belirtmişlerdir. Bu açıdan halihazırdaki çalışmada 17 kişinin aile yardımı aldığını belirtirmesi, 3 kişi polis yada mahkemeye başvurduğunu belirtmesi, 1 kişi çakı,bıçak vb aletler taşımaya başladığını, belirtmesi, 41 kişinin ise hiçbirşey yapmadığını belirtmesi katılımcıların yasal yollara başvurmak yerine içine kapandıklarını, ailelerinden yardım almaya çalıştıklarını fakat yasal haklarını kullanmayı çok fazla seçmediklerini göstermesi bakımından önemlidir. .

Fiziksel şiddet gibi duygusal şiddetin de en önemli kaynağı arkadaşlar (%42,5) yada yakın çevredeki insanlardır (Aile %23,9). Öğretmen (%20,2), Bu araştırmadan elde edilen bir diğer sonuca göre öğrencilerin %15.2'sinin

daha önce arkadaşı/sevgilisi tarafından tokat/yumruk atma şeklinde fiziksel şiddete maruz kaldığı, %12.4'ünün cinsel ilişkiye zorlanma şeklinde cinsel şiddet ile karşı karşıya kaldığı belirlenmiştir.Duygusal şiddet sonrası %16,8'inin sosyal yaşantısı kısıtlanmış; %36,7'si aile ve arkadaş yardımı alma gereği duyarken, %4'ü polis ve mahkemeye başvurduklarını belirtmişlerdir. Yani buradan da anlaşılmaktadır ki şiddetin türü ne olursa olsun başvurulan çözüm yolları ve şiddetin kaynakları genellikle aynıdır. Bu da şiddetin bütünsel yapısını ve genellikle birden çok form da karşımıza çıktığını göstermektedir.

Sonuç olarak şiddetin en sık görüldüğü yerler trafik, toplu taşıma araçları gibi insan sayısının yoğun olduğu ve stresin sık görüldüğü yerler, toplu taşıma araçlarının artırılması, alternatif yollar ve güzergahlar yapılarak sosyal bir rahatlama yaratılabilir.

920

“PUBMED” VERİ TABANINDA DUMANSIZ HAVA SAHASI UYGULAMASI OLAN İKİ ÜLKE KAYNAKLI TÜTÜN KONTROLÜ KONULU MAKALELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: AVUSTURALYA VE TÜRKİYE ÖRNEKLERİ

Gülnaz Ulusoy, Dilek Aslan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Tütün kullanımı sonucu Dünyada her yıl 5,4 milyon kişi hayatını kaybetmektedir. Türkiye’de ise bütün ölümlerin yaklaşık dörtte biri tütün kullanımına bağlıdır(1). Bu alışkanlık akciğer kanseri başta olmak üzere farklı kanser türleri, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları gibi kronik hastalıklar açısından büyük riskler yaratmaktadır.

Tütün kullanımının sadece sağlık üzerinde değil çevre sağlığı ve ekonomi üzerinde de olumsuz etkileri vardır. Dünyada ve ülkemizde en sık kullanılan tütün ürünü olan sigara içilmesi sadece sigara içen kişi üzerinde değil aynı zamanda içmeyenlerin sigara dumanından pasif olarak etkilenmesine ve zarar görmesine neden olur. Yine sigara içilmesi içilen ortamın hava kalitesini bozarak olumsuz etkide bulunur. Sigara dumanından pasif olarak etkilenenlerin kanser, kardiyovasküler hastalıklar, inme nedeni ile ölme olasılığının arttığına dair bilgiler giderek artmaktadır(2). Sigara izmaritleri çevre kirliliğine neden olmakta, bu izmaritlerin söndürülmeden atılması yangınlara neden olmaktadır. Büyük şehirlerdeki yangınların ise üçte biri ile yarısı sigara nedeni olmaktadır(2).Tütün kullanımı bu sonuçlarıyla beraber ciddiyetini korumaktadır. Dolayısıyla bu sorunun çözümü de büyük önem taşımaktadır.

Dünyada tütün kontrolünde bazı ülkeler öncü olmuştur. İrlanda, Kanada, Avusturalya bu ülkelerin başında gelmektedir. Bu ülkelere Avusturalya, 1920’li yıllardan bu yana yaptığı olumlu uygulamalarla bugün de öncü özelliğini sürdürmektedir(3).

Türkiye’de ise tütün kontrolü konusundaki girişimler 1990’lı yılların başlarına rastlamaktadır . (4,5). İlerleyen tarihlerde, 1996 yılında 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” yürürlüğe girmiştir. Bu Kanun Türkiye’deki tütün kontrolü çalışmaları bakımından önemli bir dönüm noktasıdır. Daha sonra Ocak 2008 yılında çıkan tütün kontrolüne ilişkin “Tütün Kontrolü ve Zararlarının Önlenmesine dair Kanun” da bu süreci geliştiren önemli bir yasal zemin olmuştur (6). Bu yasa ve sonrası uygulamaları nedeniyle ülkemiz Dünyada tütün kontrolünde önemli çalışmalar yapan ülkeler arasına girmiştir.

Tütün ve tütün mamulleri kullanımı ile mücadele konusunda politikaların geliştirilmesi ve uygulanması için bilimsel verilere dayalı sonuçların olması gerekir. Bilimsel anlamda kanıtlanmış verilerden elde edilen sonuçlarla tütün ve tütün ürünleriyle mücadelenin yönü, nasıl yapılacağı, sağlık üzerindeki, ekonomik yönden, çevre yönünden zararlarıyla daha kapsamlı, sonuç alıcı, çalışmalar ve politikaların uygulanmasına neden olacaktır. Yapılan bilimsel çalışmaların literatürde yer alması başka ülke deneyimlerinin paylaşılmasına yol açacak, tütün kontrolünde küresel düzeyde bir davranış geliştirebilecektir. Bu nedenle literatüre yansımış olan bilimsel çalışmaların analizi son derece önemlidir.

Bu gerekçelere bağlı olarak, bu araştırmada tütünle ilgili kapsamlı bir yasaya sahip olan Türkiye ve dünyada öncü ülkeler arasında yer alan Avustralya’ da tütün ve tütün kontrolü konulu kimi makalelerin incelenmesi, bu makalelerin içeriklerinde yer alan bilgilerin ülkelerin tütün kontrolü kapsamında yaptıkları ile örtüşme

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

durumlarına ilişkin değerlendirmelerin yapılması, gelişmiş-gelişmekte olan ülkeler açısından konuya yaklaşımın farklı olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla çalışmada tütün ve tütün kontrolü konusunda Türkiye ve Avustralya’ da “PubMed” veri tabanında yayınlanmış olan makaleler taranmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma kapsamında “Pubmed” veri tabanında 06.06.2012 tarihinde ilk basamak olarak “tobacco, “smoking”, “Australia”, “Australian”, “Turkey”, “Turkish” anahtar sözcükleri kullanılmış ve bu anahtar sözcüklerine karşılık gelen 376 makaleye ulaşılmıştır.

Araştırmanın verileri SPSS 15.0 istatistiksel paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın değişkenleri araştırmanın tipi, konusu, yayımlanma yılı, yapıldığı yıl, yapıldığı ülke, çıkar çatışması, hangi cinsiyete uygulandığı, özel bir grupta yapılıp yapılmadığı, bağımlılık ölçümü, öneriler şeklinde belirlenmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamında incelenen makalelerin çoğunluğu Avusturalya kaynaklı araştırmalardır (%85,8; 232 makale). Avusturalya ka ynaklı çalışmalara ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur:

Ulaşılan en eski makale 1938 yılına aittir.

Araştırmaların 154’ü (%77,4) orijinal (özgün) makaleler ve 38’i (%19,1) derlemedir.

Araştırmaların 49’u (%24,6) 3 yazarlı, 34’ü (%17,1) 2 yazarlı, 30’u (% 15,1) 5 yazarlı, 25’i (%12,6) 4 yazarlıdır.

Araştırma sayılarında 1998 yılından sonra artış olmuştur. Çalışmaların 121’i (%60,8) üniversite ve 67’si (%33,7) kamu kuruluşu adreslidir.

Makalelerin 96’sı (%48,2) tanımlayıcı tipte, 52’si (%26,1) kesitsel tipte, 37’si (%18,6) kohort tipinde araştırmadır.

Makalelerin 57’si (%28,6) hastalık ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmaların 50’si (%25,1) tütün ve tütün ürünlerinden korumak amacıyla, 39’u (%19,6) sigara içme sıklığını araştırmak amacıyla ve 19’u (%9,5) izleme amacıyla yapılmıştır.

Kadınlar arasında yapılan araştırmalar (%10,1;20) erkekler arasında yapılan araştırmalardan (%2,5; 5) daha fazladır.

Çalışmaların 116’sının(%58;3) birden fazla kurumda yapılmış olduğu belirlenmiştir (okul, hastane, sağlık kurumu).

Makalelerin 118’nde (%59,3) çıkar çatışması belirtilmemiştir.

Türkiye kaynaklı makalelerin sayısı 32’dir (%14,2). Türkiye kaynaklı çalışmalara ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur:

En eski makale 1998 yılında yayınlanmıştır, araştırmaların yapıldığı en eski tarih ise 1989 yılıdır.

Araştırmaların 31’i (%93,9) özgün araştırmadır.

Makalelerin 25’i (%75,8) üniversite kaynaklıdır.

Makalelerin 18’i (54,5) tanımlayıcı tipte, 10’u (%30,3) kesitsel tipte, 4’ü (%12,1) vaka kontrol tipinde ve 1’i (%3) kohort tipindedir.

Çalışmaların tamamında amaç belirtilmiştir.

Araştırmaların çoğunluğu sıklık (%30,3; 10) ve hastalık ilişkisinin değerlendirildiği (%30,3;10) çalışmalardır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışmaların 23'ü (%69,7) kadınlar ve erkeklerin birlikte değerlendirildiği araştırmalardır.

Makalelerin çoğunda (%90,9;30) çıkar çatışması belirtilmemiştir.

Tartışma ve Sonuç: Avusturalya ve Türkiye kaynaklı "Pubmed" veri tabanının kullanılarak değerlendirmelerin yapıldığı bu çalışma içeriklerinin ve süreçlerinin her iki ülkedeki tütün kontrolü süreçleri ile paralellik gösterdiği söylenebilir. Avusturalya'da tütün ile mücadelenin de daha erken dönemlerde başladığı göz önüne alındığında Türkiye kaynaklı makalelerin günümüze daha yakın dönemlerde olması beklenen bir durumdur.

Avustralya'da yapılan araştırmalarda amaç daha çok hastalık ilişkisi kurmak ve toplumu tütün ve mamullerinden korumaya yönelik sonuçlar çıkarmak üzerine iken; Türkiye'de yapılan araştırmalar daha çok hastalık ilişkisi ve tütün ve mamullerini kullanma sıklığı üzerinedir. Her iki konunun öncelenmesi de önemli olmakla birlikte Türkiye'de araştırmaların "korunma" yöntem ve uygulamaları kapsamlı çalışmalara evrilmesi beklenmektedir. Yapılan araştırmada Avustralya kaynaklı çalışmalarda sadece kadınlar arasında yapılan araştırmaların erkekler arasında yapılan çalışmalardan sayıca daha fazla olduğu saptanmıştır. Türkiye'de ise erkekler üzerinde yapılan araştırmaların kadınlarıninkilere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu farkın nedeninin ortaya konulabilmesi için ayrıntılı incelemelere gereksinim vardır.

Çalışma kapsamında incelenen bir çok araştırmada bağımlılık ölçüm testlerinin yapılmadan sadece düzenli tütün ve mamullerini kullananlar üzerinde yapılması sigara bağımlılığının boyutlarının ortaya konulmasını kısıtlamıştır. Bu kapsamda geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış testlerin ilgili çalışmalarda kullanılması önerilmektedir.

Türkiye kaynaklı makaleler Avusturalya kaynaklı makalelerden sayıca azdır. Bu durum her iki ülkenin istatistiksel açıdan karşılaştırılmasına olanak vermemiştir. Yapılacak istatistiksel karşılaştırmalar ihtiyatlı olmayı gerektirmektedir. Ancak genel bir değerlendirme yapıldığında içerik olarak benzer çalışmaların yapılmış olduğu söylenebilir. Bununla birlikte araştırma hedef grubu, vb. açısından Avusturalya kaynaklı makaleler daha zengindir.

Bütün benzerlik ve farklılıklara rağmen, bu çalışmanın tütün kontrolü süreçlerinin bilimsel araştırma içeriklerine yansıdığı, bu yansımanın da farklı gereksinimlere kanıt oluşturduğu söylenebilir.

Benzer çalışmaların daha farklı ülkelerin de içinde olduğu farklı veri setleri ile tekrarlanması ve yinelenmesi, güncellenmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Tütün kontrolü, veri tabanı, Avusturalya, Türkiye

Kaynaklar :

1. *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması*. Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu, basın bülteni No. 73, 30 Nisan 2009.
2. Bilir N, Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde? *Türk Toraks Dergisi*, 10-1:31-4,2009.
3. Ridolpho B, Stevenson C The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia 1998. AIHW Cat no PHE 29. Canberra: AIHW (Drug statistics series no 7), 2001.
4. Bilir N, Cakır B, Dağlı E, Erguder T, Onder Z: Tobacco Control in Turkey, World Health Organization, Copenhagen, 2009.
5. Bilir N, Ozcebe H, Aslan D: Tobacco Use and Control in Turkey, *Turkish Journal of Public Health*, 7: 61-75, 2009.
6. 4207 sayılı Kanun Hükümlerinin Uygulanması, Başbakanlık Genelgesi, Resmi Gazete 16 Mayıs 2008, Sayı: 26878

731

PROJE DENEYİMİ: HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN KIRSAL BÖLGE HALKININ SAĞLIK DURUMUNUN GELİŞTİRİLMESİ ÜZERİNE ETKİSİ

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Deniz Kocoğlu¹, Dilek Cingil¹, Belgin Akin¹, Emine Sari¹, Burcu Ceylan², Arzu Kocak Uyaroglu²

¹Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, ²Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği

Giriş ve Amaç: Türkiye’de yaşanan büyük göç dalgasına rağmen halen kırsal alandaki nüfusumuz önemini korumaktadır. Bu nüfusun demografik yapısı, kırsal alanın coğrafi olarak sahip olduğu dezavantajlar ve sağlık hizmetlerinin niteliği bakımından yaşanan sorunlar kırsal alandaki sağlık hizmetlerini önemli bir konuma getirmektedir. Dünyadaki örneklerde hemşireler tarafından kırsal alanda sunulan sağlık hizmetlerinin toplum tarafından oldukça kolay kabul gördüğü ve kırsal nüfus tarafından hemşirelik hizmetleri sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Yamashita M ve ark 2005). Ülkemizde kırsal alandaki hemşirelik hizmetlerinin etkin örgütlenmediği, hemşirenin hizmetlerdeki rolünün pasif konumda olduğu, sahip olduğu rol ve yasal düzenlemeler bakımından çağdaş gelişmelerin gerisinde kaldığı söylenebilir. Ayrıca diğer bir gerçekte hemşirelerin kırsal alanda çalışmak bakımından istekli olmamalarıdır. Bunun nedeni de temel hemşirelik eğitiminde kırsal alan hemşireliği ile ilgili uygulamaların yer almaması ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kırsal alanda hemşirenin rol ve sorumluluklarının yeterince tanımlanmamasıdır. Bu nedenlerle bu proje kırsal alanda hemşirelik hizmetlerini değerlendirmek, kırsal bölge halkının genel sağlık durumunu belirlemek ve hemşirelik öğrencilerine kırsal alan hemşireliği deneyimi kazandırmak için yapılmıştır. Projenin ön raporunun yayınlanmasının amacı ise ulusal halk sağlığı kongresinde halk sağlığı uygulamaları için yaşanan deneyimin eğitimciler ve halk sağlığı çalışanları ile paylaşılması ve geliştirilmesi için tartışma ortamı hazırlanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu proje Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı ve Konya Valiliği İl Sosyal Etüt ve Proje Müdürlüğü ortaklığında yapılmıştır. Proje de altı öğretim üyesi/elemanı rehberliğinde 106 hemşirelik son sınıf öğrenci aktif rol almıştır. Proje 14 Mart – 9 Mayıs 2012 tarihleri arasında Konya ilinde bulunan Karadığın ve Kaşınhanı olmak üzere iki kırsal alanda (nüfus < 2300) yürütülmüştür. Karadığın bölgedeki sağlık hizmetleri ebe, Kaşınhanı bölgesinde ise doktor ve hemşirenin çalıştığı aile sağlığı merkezinde sunulmaktadır. Bu bölgelerde halkın temel geçim kaynağı tarım ve tarım işçiliğine dayalıdır. Projenin uygulama kısmında bölge de bulunan ilköğretim okullarında sağlık taraması, bölge halkına yönelik sağlık taraması, gereksinimler doğrultusunda sağlık eğitimleri, risk gruplarına sahip ailelere (bebek, çocuk, adölesan, gebe, loğusa, yaşlı, engelli birey olan) ev ziyaretleri ve bireysel sağlık eğitimi çalışmalarından oluşmaktadır. Uygulama alanı olarak bölgelerde bulunan ilköğretim okulları kullanılmıştır. Her öğrenci için tansiyon aleti, ışık kaynağı, mezura, eldiven ve pansuman malzemeleri içeren halk sağlığı çantası hazırlanmıştır. Gebe takibi için dopler, okul ve yetişkin sağlık taramalarında kullanılmak üzere baskül, snellen eşel skalası, glukometre, pediatrik tansiyon aleti temin edilmiştir. Uygulama aşamasında ilk önce toplum sağlığı süreci uygulamaları yer almıştır. Nüfus bilgileri, coğrafi, tarihsel, ekonomik özellikler değerlendirilmesi, yakın ve uzak çevrede toplum için mevcut hizmet olanakların değerlendirilmesi, çevre sağlığı incelemeleri yapılmıştır. Bu uygulama sırasında öğrencilerin mevcut kaynakları incelemesi, gözlem yapması ve bölgede bilgi verici niteliğinde bölge halkı ve profesyonellerle işbirliği yapması sağlanmıştır. Projenin ikinci ayağını toplum taramaları oluşturmaktadır. Bu kapsamda proje yeri olarak kullanılan okullarda eğitim gören 939 öğrenciye boy, kilo, beden kitle indeksi, tansiyon, görme, duruş bozukluğu ve ağız diş sağlığı taraması yapılmıştır. Bölge halkına yönelik ise kan şekeri, beden kitle indeksi, bel-kalça oranı ve tansiyon taraması yapılmıştır. 18 yaş üstü toplam 674 birey bu taramalardan yararlanmış. Bölgede ayrıca kısa semptom envanteri ile 190 yetişkine ruh sağlığı taraması yapılmıştır. Tarım işçilerine yönelik ise 34 tarımda çalışan kadın işçiye detaylı sistem muayenesini içeren sağlık taraması yapılmıştır ve çeşitli risk gruplarını içeren 104 aileye ev ziyaretleri düzenlenmiştir. Ailelerin seçiminde bölgede hizmet sunan sağlık personeli ve öğretmenlerin yönlendirmesi yanı sıra toplum taramalarında gözlem yoluyla belirlenen aileler yer almıştır. Proje süresince bölgede takip edilen aile sayısı 104’dür. Bu ailelerde sağlık gereksinimlerini saptama, sorunlara yönelik müdahale geliştirme ve bireysel sağlık eğitimlerini yürütmek için 789 ev ziyareti düzenlenmiştir. Hane başına ortalama 7.5 kez ev ziyareti yapılmıştır.

Bulgular: Ailelerin genel özellikleri halk sağlığı açısından risk grupları olarak kabul edilen gruplar açısından değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre aile bireylerinin % 25.7’si (n=129) 15-49 yaş arası doğurgan çağdaki kadınlar oluşturmakta; bunu sırasıyla iş sağlığı açısından riskli olan yetişkin erkekler (% 25.0, n=126), 65 yaş üstü yaşlı bireyler (%15.3, n=77), 7-12 yaş arası okul çağı çocukları (% 14.1, n=71), adölesan (% 7.6, n=38), bebek (% 7.3, n=37), gebe (% 4.8, n=24) ve lohusalar (% 0.2, n=1) izlemektedir. Ailelerin % 44.3’ü (n=46) tarım ve tarım işçiliğine dayalı sanayilerde çalışırken, % 35.6’sı kunduracılık sektöründe çalışmaktadır. Ailelere yapılan ev ziyaretleri sonucu ailelerde 1078 sağlık sorunu belirlenmiştir. Bu sorunlardan büyük bir çoğunluğu (% 96.1)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

belirti ve bulgu gösteren gerçek bir sağlık sorunu ile ilgili olarak belirlenirken; %3.4 sağlığı geliştirme ve % 0.5'i potansiyel risk boyutunda ele alınmıştır. Ele alınan sorunların % 17.0'ı vaka yönetimi yoluyla diğer sağlık profesyonellerinin desteğiyle çözümlenmiştir. Ailelere yönelik 37 farklı konuda 728 bireysel sağlık eğitimi düzenlenmiştir.

Yapılan taramaları sonunda (Öğrenci, toplum ve tarım işçisi) öğrencilerin zararlı alışkanlıklardan korunması, ilköğretim öğrencilerinde çevre bilinci oluşturmak, genel beslenme ilkeleri, kişisel hijyen alışkanlıkları, okul çağı çocuklarında sık görülen rahatsızlıklar ve ailenin yapması gerekenler, diyabet, hipertansiyon, ağız-diş sağlığı, sağlıklı yaşam biçimi, kunduracılıktan kaynaklı sağlık sorunları, tarım ve besicilikten kaynaklı sağlık sorunları, suyun dezenfeksiyonu, sağlıklı konutlarda yaşam, aile planlaması, erken ve akraba evliliklerinin önlenmesi, çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarından korunma ve bakımı, bebekler için anne sütü ve ek besinlere geçiş, beslenme sorunları gibi 19 ayrı konu başlığından oluşan sağlık eğitimleri planlanmış ve farklı zamanlarda düzenlene bu eğitimlere 1391 kişi katılmıştır. Ayrıca yetişkinlere yönelik yapılan sağlık taraması sonucunda tarama yapılan grubun % 11.42'sinde diyabet, % 13.05'inde hipertansiyon, %36.35'inde obezite ön tanısı belirlenmiş (daha önce tanı almayanlar arasında) ve tespit edilen vakalar uygun polikliniklere yönlendirilmiştir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Ülkemizde kırsal alan sorunları anne – çocuk sağlığı sorunları olarak şekillenmekte ve kırsal alan hizmetinde de bu konu öncelikli olarak ele alınmaktadır. Ancak kentsel alana yaşanan göçler, göçe katılmayan grubu kırsal alanda bırakmıştır. Bu nedenle kronik hastalıklar ve yaşlılığı ilgilendiren diğer sorunları daha öncelikli olmaya başlamıştır. Toplum taraması sonucunda bu projeden elde edilen en önemli çıkarım yaşlı nüfusun kırsal alanda önemli bir yaş grubu olduğu, kırsal alan halkında bulgu ve belirtilere sahip sağlık sorunlarının çok sayıda olduğu ancak daha az tıbbi yardım arayışı içinde bulduklarıdır. Ayrıca çevresel ve iş risklerinin de önemli bir sorun başlığı olduğu görülebilir. Bu projenin sonuçlarının değerlendirilmesi daha uzun bir süreci kapsayacağından yapılan her müdahale alanının analizi ayrı ayrı raporlar halinde değerlendirmenin tamamlanmasıyla sunulacaktır.

Göçle ilgili olarak yaşanan diğer bir gerçekte kente göç eden ailelerin kentsel alanda oluşturduğu yeni yerleşim yerlerinin kırsal yaşamın bir benzeri olmasıdır. Ancak hemşirelik okullarında öğrencilerin şehir merkezindeki hastanelerde staj yaptıkları ve kentsel alanın sağlık sorunlarının daha farkında oldukları, bu alanda deneyim kazandıkları bilinmektedir. Kırsal alandaki sağlık sorunları ve bunların hemşirelik hizmeti açısından yönetimi, danışmanlık-öğretim becerileri, sağlık taramasını planlama ve uygulama, acil durumlara müdahale gibi konularda öğrencinin deneyim kazanması ve öğrenci hemşirelerin eğitimleri sırasında mutlaka kırsal çevre ile tanışması sağlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Kırsal alan, hemşirelik, proje deneyimi

Kaynaklar:

1. Yamashita M, Miyaji F, Akimoto R (2005) The Public Health Nursing Role in Rural Japan Public Health Nursing Vol. 22 No. 2, pp. 156—165
2. Vlastos IM, Mpatistakis AG, Gkouskou KK. (2005) Health needs in rural areas and the efficacy and costeffectiveness of doctors and nurses **Aust J Rural Health. Dec;13(6):359-63**
3. Ross J (1999) The Development Of The Advanced Role Of Rural Nurses In New Zealand Australian Journal of Rural Health Volume 7 Issue 4 Page 253-257, November
4. Robert L Rhyne,1 Zina M Daniels,2 Betty J Skipper, Margaret L Sanders3 & Betsy J (2006) VanLeit Interdisciplinary health education and career choice in rural and underserved areas Medical Education, Volume 40, Number 6, June, pp. 504-513(10)
5. Bushy, A (2002) International perspectives on rural nursing: Australia, Canada, USA Australian Journal of Rural Health, Volume 10, Number 2, April , pp. 104-111(8)

347

SAĞLIKLA İLGİLİ DOĞRU BİLİNEN YANLIŞLAR

Rabia Sohbet, Necdet Sansar, Nurdan Seda Kara

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş/Amaç: İnsanın en önemli sorunu olan sağlık, hastalık ve sakatlığın olmayışı bedence, ruha ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. İnsanlar çok eski çağlardan beri sağlığın önemini kavramışlardır. İlk çağlarda insan sağlığının bozulması doğa dışı güçlerin etkisine bağlanıyordu. Hastalığın iyileştirilmesi için büyücüye başvurusu oluyordu. Kulaktan dolma bilgilerle sorunlarla başa çıkmaya çalışıyorlardı. Uygarlığın gelişmesiyle tıp bilimi ilerledi. Hastalıkların nedenleri bulundu, iyileşme yöntemleri gelişti. Buna rağmen halen insanlar kulaktan dolma bilgilerle ilgilenmektedir.

Bu araştırmada Gaziantep Üniversitesi'ne bağlı Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Ebelik Bölümleri ile Fen Edebiyat Fakültesi Biyoloji Bölümü öğrencilerinin "Sağlıkla İlgili Doğru Bilinen Yanlışlar" hakkındaki düşüncelerini değerlendirmek ve sağlıkla ilgili bu yanlışların yaygınlığını belirleyerek insanları doğru sandığımız yanlışları göstermeyi hedefliyoruz.

Metod/Materyal: Tanımlayıcı bu araştırma 1 Kasım-15 Aralık 2011 tarihleri arasında gözlem altında araştırmacılar tarafından uygulanmıştır. Gerekli kurumsal izinler alınmıştır. Anket soruları için öncelikle "Sağlıkla İlgili Yapılan Yanlışlar Nelerdir?" sorusundan hareketle geliştirilen anket formu 10 sosyo-demografik soru ve 18 sağlıkla ilgili sorunlarda neler yapılacağına ilişkin olmak üzere toplam 28 sorudan oluşturulmuştur. Anket ile 3 bölümdeki (Biyoloji, Hemşirelik, Ebelik) 200 öğrenciyle görüşme amaçlanmış 186'sına ulaşılmış bireysel onamları alınarak anket uygulanmıştır. Veri analizi SPSS 16,0 programından gerçekleştirilmiş, istatistik analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan 186 öğrencinin %67,2'si kız öğrencilerinden oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların %71,5'i ilde, %19,9'u ilçede, %7,5'i köyde yaşamaktadır. Araştırmaya katılanların %39,2'si 17-19 yaşları arasında, %55,9'u 20-24 yaşları arasındadır. Araştırmaya katılanların aile yapısının %77,4'ü çekirdek aile, aile maddi gelirinin %26,9'u gelir giderden az, %60,2'si gelir gidere denktir. Araştırmaya katılanların anne eğitimi %20,4'ü okur-yazar değil, %13,4'ü okur-yazar, %40,9'u ilköğretim, %15,1'i lise %9,7'si üniversite mezunu ve %88,7'si mesleği ev hanımıdır. Babaların %4,8'i okur-yazar değil, %9,7'si okur-yazar, %43,5'i ilköğretim, %23,7'si lise, %16,1'i üniversite mezunu; %16,1'i memur, %19,9'u işçi, %32,3'ü serbest meslek sahibidir. Araştırmaya katılanların en çok yaşadığı yerlerin %44,6'sı Gaziantep, %8,6'sı Mersin, %5,9'u Hatay, %5,9'u Adıyaman, %35'i diğer illerdir. Katılımcılar; "Yanık durumuyla karşılaştığınızda ilk olarak yanık bölgesine hangi müdahaleyi yaparsınız?" sorusuna %10,8'i yoğurt sürmek, %5,4'ü diş macunu sürmek, %2,2'si keçap sürmek, %81,7'si suya tutacağını belirttiler. Katılımcılar; "Böcek veya yılan sokmalarında ilk hangi müdahaleyi yaparsınız?" sorusuna %3,2'si bölgeye sıcak kompres yapmak, %27,4'ü bölgedeki zehri emmek, %59,7'si bölgeye soğuk kompres yapmak, %4,3'ü bölgeyi hareket ettireceğini belirttiler. Katılımcılar; "Nefes borusunda kısmî tıkanma olan birine hangi müdahaleyi yaparsınız?" sorusuna %50,5'i sırtına vurmak, %29'u öksürmeye teşvik etmek, %17,2'si su içirmek, %2,7'si çiğnemenen ekmek yutturmak şeklinde cevaplar verdiler. Katılımcılar; "Pişirmek mineralleri yok eder mi?" sorusuna %71,5'i Evet, %26,3'ü Hayır olmuştur. Katılımcılar; "Her zaman her zehirlenmede kusturmak gerekir mi?" sorusuna %30,6'sı evet, %68,8'i hayır cevabını vermiştir. Katılımcıların; "Burun kanamasında baş geriye yatırılır mı?" sorusuna %31,2'i Evet, %66,1'i Hayır dediği saptanmıştır. Katılımcıların; "Grip olunca kalın giysiler giyerek veya yorgana sarılarak terlemek gerekir mi?" sorusuna %64,5'u Evet, %32,8'i Hayır cevabını vermiştir. Katılımcıların; "Yemekten sonra yüzmek tehlikeli midir?" sorusuna %61,3'ü Evet, %32,3'ü Hayır dediği saptanmıştır. Katılımcıların; "Meyve ve sebzelerin posa çekirdek veya kabukları bağırsaklara zarar verir mi?" sorusunu %34,9'u Evet, %64'ü Hayır dediği belirtmiştir. Katılımcıların; "Kulağınız ağrıdığı anda sarımsak sürmek ağrıyı dindirir mi?" sorusunu %9,7'si cevaplamazken, %8,1'i Evet, %82,3'ü Hayır dediği belirlenmiştir. Katılımcıların; "Sara nöbeti geçirenlere soğan koklatılır mı?" sorusunu %11,3'ü cevaplamazken, %41,9'u Evet, %46,8'i Hayır dediği belirlenmiştir. Katılımcıların; "Vücudumuzdaki tüylerin jilet ile alınması, onların daha gür çıkmalarına neden olur mu?" sorusunu %87,6'sı Evet, %8,1'i Hayır dediği belirlenmiştir. Katılımcıların; "Çay, gözdeki şişkinlikleri hemen indirir mi?" sorusunu %53,2'si Evet, %43'ü Hayır dediği belirlenmiştir. Katılımcıların; "Diş macunu, uçuk ve sivilcelere iyi gelir mi?" sorusunu %5,4'ü cevaplamazken, %21'i Evet, %73,7'si Hayır dediği belirlenmiştir. Katılımcıların; "Bol C vitamini almak gripi önler mi?" sorusunu %82,3'ü Evet, %17,2'si Hayır dediği belirlenmiştir. Katılımcılar; "Vajinitte (vajinanın iltihaplanması) perine bölgesini sıcak suyla yıkamak gerekir mi?" sorusunu %21'i cevaplamazken, %44,6'sı Evet, %34,4'ü Hayır dediği belirlenmiştir. Katılımcılar; "Perine bölgesini sabunla temizlemek gerekir mi?" sorusunu %16,7'si cevaplamazken, %45,7'si Evet, %37,6'sı Hayır dediği belirlenmiştir. Katılımcıların; "Sağlıkla ilgili karşılaştığınız sorunlarda genellikle ne yaparsınız?" sorusunu %21'i cevaplamazken, %58,1'i sağlık kuruluşuna

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

gideceği, %4,3'ü araştırma yapacağını, %12,9'u kendi kendine geçmesini beklediğini, %2,7'si yakını arayacağını, %1,1'i ilaç kullanacağını belirttiler.

Yaşla yanık, zehirlenme burun kanaması, perine temizliği; Cinsiyetle sarada yapılan, vajinit, perine temizliği, mineral, gözdeki uygulamalar, Yaşadığı yerle grip, kulaktaki uygulamalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanırken($P<0.05$)diğer değişkenler ve anne baba eğitimi arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.($p>0.05$)

Sonuç/Öneriler: Sağlıkla ilgili eğitim almalarına rağmen öğrencilerin toplum içindeki uygulama ve tutumlara duyarsız kalamadıkları görülmektedir. Sağlık çalışanlarına yapılacak benzer çalışma tüm eğitimlere rağmen toplumsal etkilenmenin sağlığı üzerindeki durumunu daha iyi gösterecektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Doğru Bilgi, Yanlış Bilgi

355

SINIR GİRİŞ NOKTALARINDA HALK SAĞLIĞI RİSK YÖNETİM MODELİ OLUŞTURULMASI

Ahmet Zeki Hürdoğan, Tümer Pala, Adalet Gök

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Aliğa Sahil Sağlık Denetleme Merkezi

Giriş ve Amaçlar: Ülkemizin Avrupa Birliği (AB) uyum çalışmaları kapsamında entegre sınır yönetimi alanında İçişleri Bakanlığı tarafından önerilen ve 2008 Yılı Katılım Öncesi Mali Yardım Aracı (IPA) Programlaması kapsamında kabul edilen "Entegre Sınır Yönetimi Eylem Planı Aşama -II" AB Eşleştirme (Twinning) Projesinde Genel Müdürlüğümüz çalışması olan; Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ile koordineli olarak yürütülen "Sınır Giriş Noktalarında Halk Sağlığı Risk Yönetimi Modeli Oluşturulması" 2.bileşen olarak yer almıştır.

Proje ile Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nün sınırlarda halk sağlığı risk yönetim kapasitesinin artırılması ve sınırlarda Ülkemizin ihtiyaçlarına uygun ve AB uygulamalarıyla uyumlu halk sağlığı risk yönetimi modelinin oluşturulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma müdahale tipi bir araştırma olarak planlanmıştır. Türkiye'deki tüm sınır giriş noktalarında 1 Ocak 2011 – 31 Mart 2012 tarihleri arasında yürütülmüş ve sınır giriş noktalarındaki tüm çalışanlar çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışma süresince tüm çalışanlarla yüz yüze görüşülmüş ve mevcut uygulamalar ile ilgili görüşleri alınmıştır.

1 Ocak 2011 tarihinde resmi açılış toplantısı yapılan ve 16 ay süren Proje süresince ilk olarak; "Sınırlarda AB Uygulamalarıyla Uyumlu Halk Sağlığı Risk Yönetimi Modelinin Oluşturulması İçin Mevcut Durum Tespiti" ve "İhtiyaç Değerlendirilmesi ile Mevzuata Yönelik Tavsiyeler" konulu iki çalıştay gerçekleştirilmiştir. "Sınırlarda AB Uygulamalarıyla Uyumlu Halk Sağlığı Risk Yönetimi Modelinin Oluşturulması İçin Mevcut Durum ve SWOT Analizi" konulu üçüncü çalıştay Temmuz 2011'de gerçekleştirilmiştir.

Proje süresince karşılaştırma yapmak amacıyla altı ayrı AB ülkesi ziyaret edilmiştir. Bu ziyaretler sonucunda AB'deki uygulamalar ve ülke farklılıkları yerinde görülmüş, yerel düzeyde çalışan personelden işleyiş ve aksayan yönler öğrenilmiş, ülke mevzuatları incelenmiş ve buna göre ülkemizde yapılması gerekli değişiklikler (mevzuat ve uygulama değişiklikleri) için yüzyüze görüşerek temel bilgiler edinilmiştir.

Bulgular: Proje süresince ülkemizdeki tüm sınır giriş noktaları ile ilgili durum saptaması yapılmış, kurumsal eksikler ve düzeltilmesi gereken yönler saptanmıştır. AB ülkelerinde yapılan yüzyüze görüşmelerde ise; personelin niteliği, sayısı, çalışma saatleri, diğer kurumlarla işbirliği protokolleri, kullanılan "acil durum tanı yöntemleri ve kriterleri" ile ilgili bilgiler alınmış, organizasyonda ve işleyişte önemli farklılıklar saptanmıştır. Bunun yanında proje ortağı Finlandiya'nın ve ülkemizin sınır giriş noktaları ile ilgili tüm mevzuatı karşılıklı olarak çevrilmiş, uyum sağlaması gereken pek çok nokta saptanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tüm bu çalışmalar sonucunda “Sınır Giriş Noktaları İçin Halk Sağlığı Acil Durum Ulusal Eylem Planı” tamamlanmış ve “Eğitim Modülü”nün taslağı geliştirilmiş; Şırnak, Edirne Kara kapılarında, İzmir Adnan Menderes Havalimanında, Aliğa ve Ambarlı deniz limanlarında bölgesel halk sağlığı acil eylem planları pilot olarak hazırlanmıştır.

Hazırlanmış olan; “Sınırlarda AB Uygulamalarıyla Uyumlu Halk Sağlığı Risk Yönetimi Modeli”, giriş noktalarında halk sağlığı acil durumlarına yanıtla ilgili olarak bir çerçeve/yapı sağlamayı amaçlamaktadır ve Türk ulusal mevzuatı, uluslararası mevzuat ve uygulamalara dayanmaktadır. Söz konusu döküman, yanıt sisteminin geliştirilmesine yönelik tavsiyeleri ortaya koymaktadır.

“Sınır Giriş Noktaları İçin Halk Sağlığı Acil Durum Ulusal Eylem Planı” sınırlarda görev yapan tüm ilgili kurumların katkısıyla hazırlanmış ve bu kurumların acil durum planlarıyla uyumlu olmuştur. Ayrıca, bu kurumların görevlerini ve bu kurumların dahil olduğu operasyonel prosedürleri de içermektedir.

Bu program ile uzun vadede sınır bölgelerinde çalışan tüm kurumların personelinin eğitim alması amaçlanmaktadır. Daha sonra bu eğitimler belli aralıklarla yenilenecektir. Şu aşamada bu eğitimlerin programları hazırlanmaktadır.

İlgili tüm kurum temsilcilerinin bu eğitim faaliyetlerine katılımı planın uygulanma başarısını artırması bakımından büyük önem taşımaktadır. Onbeş aylık süre boyunca eğitimle ilgili altı tane grup çalışması ve üç tane çalıştay yapılmıştır. Grup çalışmalarının ilk üçüne tüm ilgili kurumlardan temsilciler katılmış ve ana çerçeve çizilmiştir. Sonraki üç çalışmada yalnızca kurumumuz çalışanları yer almış ve ağırlıklı olarak proje ortaklarımız olan AB ülkelerinden gelen uzmanlarca, eğitici eğitimleri yapılmıştır. Ayrıca yabancı uzmanlarla birlikte eğitim modülü geliştirilmiş ve eğitim programlarına son durumu verilmiştir. Aynı ekip tarafından İstanbul, Edirne ve Şırnak’dan pilot olarak başlanarak bölgesel-yerel eğitimlerin yürütülmesi planlanmaktadır.

Mayıs ayında bir yandan da, yerel acil eylem planlarını pilot çalışma olarak hazırlamış bölgelerde, tüm kurumların katıldığı tatbikatlar yapılmıştır. Bu tatbikatların amacı; planın eksiklerini görmek ve kurumlararası koordinasyonu geliştirmektir.

Sonuç ve Öneriler: Projenin en önemli çıktısı olan “Sınır Giriş Noktaları İçin Halk Sağlığı Acil Durum Ulusal Eylem Planı” 17.04.2012 tarihinde tüm ilgili kurumlarca yapılan ortak bir protokolle onaylanmıştır.

“Sınır Giriş Noktaları İçin Halk Sağlığı Acil Durum Ulusal Eylem Planı” nın tüm sınır birimleri çalışanlarınca uygulanmasını kolaylaştırmak üzere, proje faaliyetleri kapsamında yerel ve bölgesel düzeyde eğitimler planlanmış ve bu eğitimleri verecek olan personelin “eğitici eğitimi” çalışmaları tamamlanmıştır.

Projenin amacına ulaşması için;

- Uluslararası giriş noktalarındaki kurum ve kuruluşlarda hizmet veren personele, halk sağlığı risklerine ve acil eylem planına yönelik sürdürülebilir hizmet içi eğitim prosedürlerin hazırlanması ve uygulamalarının sağlanması,
- Komşu ülkelerle halk sağlığı risklerine karşı sürdürülebilir bilgi akış prosedürlerinin geliştirilmesi,
- Kurumların halk sağlığı risk bildiriminde buldukları kurum ve kuruluşlardan geri bildirim prosedürlerinin geliştirilmesi,
- Çakışan mevzuatların gözden geçirilerek yeniden düzenlenmesi,
- Tüm bölgelerde bu genel plana uygun yerel planların hazırlanması ve bu planlara ait gerekli eğitimlerin düzenli olarak verilmesi,
- Yerel halk sağlığı eylem planlarının tatbikatlarının düzenli olarak yapılması ve bu tatbikatlara takviye sağlık personelinin katılımının sağlanması,
- Hastanelere sevk edilen hastalarla ilgili geri bildirim prosedürlerinin oluşturulması,
- Halk sağlığı acil eylem planında yer alan kurumlar arasındaki koordinasyon prosedürlerinin geliştirilmesi,

gereklidir.

Bu projenin tamamlanması ile önemli bir adım atılmış olup, bunu tamamlayacak diğer çalışmalar ve projelere ara vermeden devam edilmesi gerekmektedir. Sınır giriş noktalarımızdaki olası bir halk sağlığı acil durumuna hazırlıklı olmak ve küçülen dünyada seyahat ve ticareti aksatmadan sınır güvenliğinin sağlık ayağını sağlamak açısından bu son derece önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Sınır Güvenliği, Risk Yönetimi, Halk Sağlığı Acil Durumu

709

SİVRİHISAR'DA 50 YAŞ VE ÜZERİ ERKEKLERDE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE YAŞAM KALİTESİ

Didem Aslantaş, Fatih Öz, Mehmet Enes Gökler, Alaettin Ünsal

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Alt üriner sistem semptomları (AÜSS) depolama (ertelenemeyen sıkışma hissi, idrar kaçırma, sık idrara gitme, noktüri), boşaltım (kesintili idrar, idrar akımında azalma, bekleme, terminal damlama) ve post miksiyonel (post miksiyonel rezidü hissi) fonksiyon bozukluklarını içerir(1). Sık idrara çıkma ve noktüri gibi alt üriner sistem semptomları ileri yaş erkeklerde ortak bir sorundur ve toplumun ortalama yaşının artması ile alt üriner sistem semptomlarına sahip birey sayısı artmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda özellikle 50 yaşından sonra erkekler arasında AÜSS sıklığının %23,0-%89,0 arasında değiştiği bildirilmektedir(2). İleri yaş erkeklerde Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) terimi geleneksel olarak obstrüktif ve irritatif idrar yolu semptomlarını tanımlamak için kullanılır. Bu semptomların prostat genişlemesi de dahil pek çok sebebi olabilir ve böylece alt üriner sistem semptomları terimi bu semptom kompleksini tanımlamak için BPH'nın yerini almıştır. Bu semptomların değerlendirilmesinde Amerikan Üroloji Birliği tarafından önerilen semptom skoru indeksi yaygın bir şekilde kullanılmıştır(3). Daha sonra 2. Uluslararası BPH Konferansı'nda Amerikan Üroloji Birliği semptom indeksine, BPH'nın yaşam kalitesine etkisini sorgulayan yeni bir soru ilave edilerek Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) geliştirilmiştir (4). AÜSS'nin prevalansının belirlenmesinde IPSS skalası yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışma, Sivrihisar ilçe merkezinde yaşayan 50 yaş ve üzeri erkekler arasında AÜSS'nin sıklığının saptanması ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, 03 Temmuz - 21 Ağustos 2011 tarihleri arasında Eskişehir ili Sivrihisar ilçe merkezinde yaşamakta olan 50 ve üzeri yaş grubundaki erkekler üzerinde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Bu çalışma için örneklem hacmi, evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan örneklem büyüklüğü formülü ile 450 kişi olarak hesaplandı (olayın görülme sıklığı %30,0, hata payı 0.04 ve güven düzeyi %95,0). Çalışma grubu ilçe merkezinde gelişigüzel bir şekilde seçilen hanelere gidilerek evlerinde bulunan ve sözlü onamları alınan 450 kişiden oluşmuştur. Çalışmanın amacına uygun olarak önceden hazırlanan anket formlar, yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacılar tarafından dolduruldu. Bu çalışmada AÜSS'nin varlığı ve şiddetinin değerlendirilmesi için IPSS kullanılmıştır. Amerikan Üroloji Birliği tarafından geliştirilen IPSS skalasının Türkçe versiyonu Türk Prostat Sağlığı Konseyi tarafından düzenlenmiştir. Bu ölçekten "0" puan alanlar semptom yok, 1-7 arasında puan alanlar hafif, 8-19 arası puan alanlar orta, 20-35 arası puan alanlar ise şiddetli derecede semptom var olarak kabul edildi. Çalışmamızda yaşam kalitesi, SF-36 sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Ölçek, 1992 yılında Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiş olup, Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyigit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Yaşam kalitesini 8 alanda (fiziksel işlev, fiziksel rol, sosyal işlev, emosyonel rol, mental sağlık, vitalite, ağrı, genel sağlık algısı) değerlendiren ölçekten alınabilecek alan puanları 0-100 arasında değişmekte olup, puanlar arttıkça sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi iyi yönde artmaktadır(5). Veriler bilgisayar ortamında SPSS (versiyon 15.0) İstatistik Paket Programında değerlendirilmiştir. Analizler için Ki-kare testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 50-89 arasında değişmekte olup, ortalama 62.71 ± 9.83 yıl idi. Bu çalışmada AÜSS'u olan kişi sayısının 354 (%78,7) olduğu bulundu. Bunlardan AÜSS şiddeti hafif olanların sayısı 208 (%58,7), orta derecede olanların sayısı 105 (%29,7), ağır derecede olanların sayısı ise 41 (%11,6) idi. Yaş arttıkça AÜSS sıklığının da anlamlı bir şekilde arttığı saptanmıştır ($X^2=21.57$; $p < 0.05$). Çalışmamızda AÜSS sıklığının diüretik kullananlarda, ailesinde AÜSS öyküsü olanlarda ve hekim tanılı kronik hastalık öyküsü olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (her biri için; $p < 0.05$). Çalışma grubundakilerin medeni durumu, öğrenim durumu, aile gelir durumu, aile tipi, sosyal güvence durumu, sigara içme durumu ve enürezis nokturna öyküsü ile AÜSS sıklığı arasında bir ilişki bulunamadı ($p > 0.05$). AÜSS'nin şiddeti arttıkça SF-36 sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeğinin alt alanlarından alınan puanların anlamlı bir şekilde azaldığı saptanmıştır (her biri için

p<0.05).

Tartışma: İleri yaşlarda erkeklerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen AÜSS'ları önemli morbidite nedenlerinden biridir. Bu çalışmada orta-ciddi derecede AÜSS sıklığı %32.4 olarak saptandı. Dört ülkedeki toplum tabanlı bir çalışmada orta-ciddi derecede AÜSS sıklığının %14.0 - 56.0 arasında değiştiği rapor edilmiştir(6). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise orta-ciddi derecede AÜSS sıklığının %24.9 - 29.6 arasında değiştiği bildirilmektedir (7-8). Çalışmalardaki farklı sonuçların nedenleri arasında kullanılan tanı yöntemlerinin farklı olması ve çalışmaların farklı yaş gruplarında yapılmış olması sayılabilir. Erkeklerde yaş ilerledikçe BPH görülme sıklığının artmasına paralel olarak AÜSS sıklığının da artması beklenen bir durumdur. Çalışmamızda AÜSS sıklığının özellikle 60 ve üzeri yaş grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çeşitli çalışmalarda da yaş ilerledikçe AÜSS sıklığının arttığı rapor edilmiştir. İdrar oluşumunu hızlandıran ve AÜSS'larına neden olan çok sayıda ilaç vardır. Bunlardan en dikkat çeken diüretik grubu ilaçlardır. Çalışma grubunda diüretik ilaç kullananlar arasında AÜSS sıklığının kullananlara göre önemli derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir. Aynı ailede yaşayan bireylerin benzer yaşam tarzına sahip olmaları ve BPH'in otozomal dominant geçişli bir hastalık olması gibi nedenlerle aile öyküsü olanlar arasında BPH 'in daha sık görülmesi beklenen bir durumdur. Bu çalışmada ailesinde AÜSS öyküsü olanlarda AÜSS sıklığının olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer sonuç bildiren araştırmacılar da vardır. Herhangi bir kronik hastalık nedeniyle kullanılan ilaçların yan etkileri ve hipertansiyon, diabet gibi hastalıkların direkt etkileri sonucu AÜSS'larında ciddi artışlar olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Çalışmamızda AÜSS sıklığının kronik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda da kronik hastalık öyküsü olanlar arasında AÜSS sıklığının daha yüksek bulunduğu bildirilmektedir. Yaşam süresinin uzamasına paralel olarak kişilerde AÜSS'larının artması ve bunun sonucu olarak yaşam kalitelerinin daha kötü olması beklenen bir sonuçtur. Sagnier ve arkadaşlarının yaptıkları çok merkezli uluslararası bir çalışmada AÜSS'ları olanlar arasında yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bildirilmektedir (6). Bizim çalışmamızda da AÜSS'u olanlar arasında yaşam kalitesinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Çalışma grubunda AÜSS şiddeti arttıkça sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin kötüleştiği görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda da AÜSS şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği rapor edilmiştir (9).

Sonuç ve öneriler: Çalışmamızda 50 ve üzeri yaş grubu erkekler arasında AÜSS'larının yaygın olduğu saptanmıştır. AÜSS şiddeti arttıkça sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kötüleşmektedir. Sivrihisar'da bu yaş grubu erkekler arasında AÜSS'ları ile ilgili olarak belli aralıklarla taramalar yapılması ve konu hakkında bireylerin bilgilendirilmesi erken tanı ve tedavide yararlı olacaktır.

Anahtar sözcükler: Yaşlı erkekler, IPSS, SF-36

Kaynaklar:

- 1-Abrams P,Cardozo L,Fall M,et al.The standardization of terminology of lower urinary tract function:report from the standardization sub-commitee of the International Continence Society.Neurd Urodyn 2002;21:167-78.
- 2-Chen TI, Hsu YS, Wu TT. Lower urinary tract symptoms and uroflow in community-based sample of Taiwanese men. J Chin Med Assoc 2003;66:84-88.
- 3- Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebust WK, Cockett AT. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. J Urol 1992 148 (5): 1549-1557
- 4-Mebust WK, Rozio R, Schroeder F and Williers A;Corredations between pathology,clinical symptoms and the course of the disease In:Proceedings of the International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia,pp.53-62,1991.
- 5-Koçyiğit H,Aydemir O,Fişek G,Ölmez N,Memiş A:Valiaty and reability of Turkish of SF-36 ilaç ve tedavi dergisi 1999;12 102-106

636

SİVRİHİSAR'DA 20-50 YAŞ ARASI ERKEKLERİN KANSER BİLGİ DÜZEYİ

Fatih Öz, Didem Arslantaş, Alaettin Ünsal

Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Vücuttaki hücrelerin anormal ve kontrolsüz bir şekilde çoğalması kanser olarak tanımlanmaktadır. Kanser oluşumunda çevresel faktörlerle birlikte genetik yapının da önemli bir rolü olduğu ileri sürülmektedir. Bazı kanser türlerinin kesin nedeni bilinmektedir. Örneğin asbest mezotelyomaya, benzen

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

lösemiye, Human Papilloma Virüs'ü ise serviks kanserine neden olmaktadır. Kanser için bilinen risk faktörleri arasında ileri yaş, sigara, alkol, güneş ışınları, çeşitli kimyasallar ve hormonlar, yetersiz ve dengesiz beslenme, fiziksel aktivite eksikliği ve obezite yer almaktadır. Kanser önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kardiyovasküler hastalıklardan sonra en çok görülen ve en çok öldüren hastalık kanserdir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 2008 yılında 12.4 milyon yeni kanser vakası, 7.6 milyon kanser nedeni ölüm meydana geldiğini bildirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü tüm dünyada 2020 yılında kanser tanısı alan hasta sayısının 17 milyona, 2050 yılında ise 24 milyona ulaşacağını tahmin etmektedir. Vücutta aniden oluşan şişlikler, anormal kanamalar, geçmeyen ağrılar, büyüyen ve renk değiştiren benler, uzun süreli öksürük ve ses kısıklığı, dışkıda kan görülmesi kanser şüphesi uyandıracak erken belirtiler olabilir. Bu belirtilerin farkında olunması durumunda ilgili kanserler erken dönemde tespit edilebilir ve tedavi olasılıkları artabilir. Kanser hakkında bilgi sahibi olmanın kanserin erken tanısında ve kanserden korunmada önemli bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Bu çalışma, Sivrihisar ilçe merkezinde yaşayan 20–50 yaş arası erkeklerin kanser hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 1 Ocak–28 Şubat 2012 tarihleri arasında Eskişehir ili Sivrihisar ilçe merkezinde yaşayan 20-50 yaş arası erkekler üzerinde yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışma grubu ilçe merkezinde haneler tek tek dolaşarak evde bulunan ve çalışmayı kabul eden toplam 904 (%65.2) erkekten oluştu. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden bilgilendirilmiş sözlü onamları alındıktan sonra daha önce hazırlanmış olan anket form yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından dolduruldu. Çalışmanın amacına yönelik literatürden faydalanılarak hazırlanan anket formda yer alan kanser ile ilgili bilgi sorularının değerlendirilmesinde doğru bilinen her soruya 1 puan verildi. Bireylerin alabilecekleri puanlar 0-45 arasında değişir. Bilgi sorularından alınan puanlar K-Means kümeleme analizi ile 2 kümeye ayrıldı. Daha sonra bu küme özellikleri referans alınarak elde edilen puanlar Roc Analizi ile değerlendirildi. Roc Analizine göre 26,5 puan ve üzeri alanlar kanser bilgi düzeyi yeterli olarak kabul edildi. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (version 15.0) ve Minitab (version 15.0) İstatistik Paket Programlarında değerlendirilmiştir. Analizler için Student t testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 20-50 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 36.19 ± 9.15 yıl idi. Çalışmada kanser ile ilgili en çok doğru bilinen bilgi sorusu %95.4 ile " sigara içenlerde en sık akciğer ve gırtlak kanserinin görüldüğü" en az doğru bilinen ise %19.7 ile "ısırgan otunun kanser tedavisinde faydasının kanıtlandığı" yanlış önermesi idi. Çalışma grubundakilerden 527'sinin (%58.4) kanser hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu saptandı. Bireylerin kanser ile ilgili bilgi sorularından aldıkları puanlar 4-44 arasında değişmekte olup, ortalama 27.74 ± 7.80 puan idi. Çalışma grubundakilerin öğrenim düzeyi arttıkça kanser bilgi düzeyi de artmaktadır ($p < 0.05$). Aile gelir durumu iyi olanlarda, sosyal güvencesi olanlarda, çekirdek tipi aile yapısına sahip olanlarda, ailesinde kanser öyküsü olanlarda ve kanser hakkında önceden bilgisi olanlarda kanser bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (her biri için; $p < 0.05$). Bu çalışmada yaş grubu, medeni durum, çalışma durumu, sigara içme durumu, alkol tüketme durumu ve ailesinde sağlık çalışanı varlığı ile kanser bilgi düzeyi arasında bir fark bulunamamıştır (her biri için; $p > 0.05$).

Tartışma: Kanser hakkında bilgi sahibi olan bireylerin kanserin erken belirtilerini ve kanserden korunma yöntemlerini daha iyi bildikleri bilinen bir gerçektir. Çalışmamızda kanser hakkındaki bilgi sorularından en çok doğru bilineni " sigara içenlerde en sık akciğer ve gırtlak kanserinin görüldüğü" önermesi idi. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir. En az doğru bilinen ise "ısırgan otunun kanser tedavisinde faydasının kanıtlandığı" yanlış önermesi idi. Yapılan çeşitli çalışmalarda en az bilinen bilgi sorularının farklılık gösterdiği bildirilmektedir. Bu durumun nedenleri arasında çalışmalardaki bilgi sorularının benzer olmaması olabilir. Çalışma grubundakilerin yarısından fazlasının kanser hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu saptandı. Gültekin ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise erkeklerin kanser hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu rapor edilmiştir. Öğrenim düzeyi arttıkça genel bilgi düzeyinin de artması beklenir. Bu durum kanser hakkında bilgi düzeyi için de geçerlidir. Çalışmamızda öğrenim düzeyi attıkça kanser bilgi düzeyinin de arttığı saptandı ($p < 0.05$). Yapılan bazı çalışmalarda da öğrenim düzeyi attıkça kanser bilgi düzeylerinin arttığı bildirilmektedir. Sosyoekonomik durumun göstergelerinden olan gelir durumu ve sosyal güvence varlığı bilgiye erişimi ve genel bilgi düzeyini etkileyen önemli faktörlerdendir. Bu çalışmada aile gelir durumu iyi olanlar ve sosyal güvencesi olanlar arasında kanser bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (her biri için; $p < 0.05$). Yapılan çeşitli çalışmalarda da aile gelir durumu iyi olanların ve sosyal güvencesi olanların

kanser bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda çekirdek aile yapısına sahip olan bireylerin sosyokültürel ve ekonomik düzeylerinin daha yüksek olduğu rapor edilmektedir. Çekirdek aile yapısına sahip olanların genel bilgi düzeylerinin yanında kanser hakkında bilgi düzeylerinin de yüksek olması beklenebilir. Bu çalışmada da çekirdek aile yapısına sahip olanların kanser ile ilgili bilgi düzeylerinin geniş aile yapısına sahip olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmamızda ailesinde kanser öyküsü olanların kanser bilgi düzeyinin, olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuç rapor edilmiştir. Bu durumun nedenleri arasında ailesinde kanser öyküsü olan bireylerin kanser hakkında bilgiye daha fazla ihtiyaç duyması ve bu konuda çeşitli kaynaklardan bilgi edinmiş olması yer alabilir. Herhangi bir konuda daha önceden bilgi alanların bilgi düzeylerinin yüksek olması beklenen bir durumdur. Bu çalışmada kanser hakkında daha önceden bilgi alanların kanser bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bazı çalışmalarda da önceden kanser hakkında bilgi alanların kanser ile ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada Sivrihisar'daki erişkin erkeklerin yarısından fazlasının kanser hakkında bilgi düzeylerinin yeterli olduğu saptandı. Öğrenim düzeyi arttıkça kanser bilgi düzeyi de artmaktadır. Aile gelir durumu iyi olanlarda, sosyal güvencesi olanlarda, çekirdek tipi aile yapısına sahip olanlarda, ailesinde kanser öyküsü olanlarda ve kanser hakkında önceden bilgisi olanlarda kanser bilgi düzeyi daha yüksektir. Sivrihisar ilçe merkezinde erişkin erkeklere yönelik kanser ile ilgili bilgilendirme çalışmalarının yapılması kanserle mücadelede duyarlılığı ve farkındalığı arttıracaktır.

Anahtar kelimeler: Kanser, bilgi düzeyi, 20-50 yaş grubu erkek, Sivrihisar

Kaynaklar:

- 1-Brunswick N, Wardle J, Jarvis MJ. Public Awareness of Warning Signs for Cancer in Britain, Cancer Causes & Control 2001; 12 (1): 33-7
- 2-Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Kanser ve kanser risk faktörleri hakkında Türk halkının bilgi düzeyinin ölçülmesi ve araştırılması. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology. 2011; 8: 57-61
- 3- Breslow RA, Sorkin JD, Frey MC, Kessler LG. American's knowledge of cancer risk and survival 1997; 26: 170-7
- 4- Viswanath K, Breen N, Meissner H, Moser RP, Hesse B, Steele WR, Rakowski W. Cancer Knowledge and Disparities in the Information Age, Journal of Health Community 2006; 11 (1) : 1-17
- 5- Yıldırım M, Parlak C, Yıldız M, Demirci H, Çetin O, Akgül B. Cancer risk factors and factors affecting cancer awareness. Gaziantep medical journal 2012;18(1):17-20
- 6- Özdamar K. Paket programlar ile İstatistiksel veri analizi-2 (çok değişkenli analizler). Yenilenmiş 5. Baskı, ETAM A.Ş: Matbaa Tesisleri, KAAAN KİTAPEVİ, Eskişehir, 2004; 324-54

814

TEMMUZ 2005 – MAYIS 2012 ARASINDA HALK SAĞLIĞI UZMANI OLANLARIN DEVLET HİZMET YÜKÜMLÜLÜĞÜNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Sabanur Çavdar, Ebru Yücel Tüfekçioğlu, Ethem Erginöz

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa, 5371 sayılı Kanun ile eklenen ek maddeler uyarınca, 05.07.2005 tarihinden itibaren; uzmanlık eğitimini tamamlayarak uzman hekim unvanını kazanan her hekim devlet hizmet yükümlüsüdür. Bu görevlerini tamamlamadan mesleklerini icra edemezler (1).

Uzmanların yükümlülüklerini gerçekleştirecekleri yerler Devlet Hizmet Yükümlülüğü (DHY) kurası ile belirlenir. DHY kurasında kişiye, ilan edilen münhal kadrolar içinden tercih hakkı verilmektedir. Eş durumu veya sağlık nedeni ile mazeret beyan eden hekimlerin mazeretlerinin kabul edilmesi durumunda yerleştirilmeleri ayrı bir kura (mazeret kurası) ile yapılmaktadır (1).

Bu uygulamaya, tıpta uzmanlık eğitimini tamamlayıp Halk Sağlığı Uzmanı ünvanı alan hekimler de dahildir. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), halk sağlığı uzmanı tanımını şöyle yapmaktadır: "Halk Sağlığı uzmanı,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

toplumun sağlık düzeyini, var olan ve gelişebilecek sorunlarını, bu sorunların nedenlerini ve toplumun sağlık gereksinimlerini bilimsel teknikler kullanılarak saptar; Halk Sağlığı politikaları geliştirerek çözümler üretir; Halk Sağlığı programlarının kontrol ve değerlendirmelerini yapar, bu programların yürütülmesinde görev alır ve sağlık hizmetlerinin her kademesinde yöneticilik yapar.”

Bu tanıma göre, Halk Sağlığı Uzmanının kamuda istihdam edilmek üzere yetiştirildiği ve Sağlık Bakanlığı yönetim birimlerinin Halk Sağlığı Uzmanının doğal çalışma alanı olduğu HASUDER Sağlık politikaları ve istihdam çalışma grubu tarafından belirtilmiştir (2).

Bu çalışma, Temmuz 2005 – Mayıs 2012 tarihleri arasında uzmanlık eğitimlerini tamamlayarak devlet hizmet yükümlüsü olan Halk Sağlığı uzmanlarının sayılarını, mezuniyet eğitim yerlerini, kurada yerleştirildikleri kurum ve illeri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlayıcı tiptedir. 2012 yılı Haziran ayı içinde yapılmıştır. Her yıl belirli aralıklarla Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü resmi internet sitesinde ismi ilan edilen personel için, DHY kurası ve mazereti kabul edilenler için ayrı bir mazeret kurası ile yerleştirme yapılmaktadır. Devlet hizmet yükümlülüğü kuraları ve uzman hekimler ile ilgili bilgilere Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün resmi internet sitesinden ulaşılmıştır. DHY dönemi, uzman olan kişi sayısı, cinsiyet, mezuniyet tarihi, yerleştirilen kurum, yerleştirilen il/ilçe, mazeret (eş/sağlık durumu) başvurusu, mazeret kabul durumu verilerine ulaşılmıştır. (2 kişinin cinsiyet, isim, mezuniyet, yerleştirildiği il/ilçe bilgisine ulaşılamamıştır.) DHY kuralarından 1'i hariç diğer 44 kuranın verilerine ulaşılmıştır. Mazeret kuralarının ilk 20'sinin sonucuna internet sitesinde mevcut olmadığından ulaşılamamıştır. Bu nedenle, mazeret kurasına katılan 7 kişinin sadece yerleştirildiği kurum ve il bilgisine ulaşılamamıştır. Çalışmanın kapsadığı zaman dilimi içerisinde mazereti biterek (istifa/müstafi sonrası) tekrar DHY kurasına katılan 5 kişinin ikinci kuraları ile ilgili veriler değerlendirme kapsamına alınmamıştır. Yerleştirilen illerin değerlendirilmesinde Sağlık Bakanlığı'nın ilan ettiği bölge hizmet grup sıralaması kullanılmıştır (3). İlçelerin değerlendirilmesinde ise, Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan, sosyoekonomik gelişmişlik endeksine göre yapılan gruplandırma kullanılmıştır (4). Çalışmada tanımlayıcı istatistik yöntemler ve hipotez testi olarak ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Ülkemizde, Temmuz 2005 – Mayıs 2012 tarihleri arasında Halk Sağlığı Uzmanı olan hekim sayısı 140'tır. Bu kişilerin 89'u (%63,6) kadın, 49'u (%35,0) erkektir. 2 kişinin (%1,4) cinsiyet bilgisine ulaşılamamıştır.

2005 yılında Temmuz ayı sonrası uzman olup devlet hizmet yükümlüsü olarak ilan edilen 3 uzman hekim vardır. 2006-2011 yılları arasında devlet hizmet yükümlüsü olarak ilan edilen hekimler, aynı yıllarda ülkemizde halk sağlığı uzmanlığını alan hekim sayısını vermektedir. Uzmanlığını alan hekim sayısı 2006 yılında 14 (%10), 2007 yılında 18 (%12,9), 2008 yılında 29 (%20,7), 2009 yılında 22 (%15,7), 2010 yılında 21 (%15), 2011 yılında 26 (%18,6)'dır. 2012 yılı içinde Mayıs ayına kadar uzman olan hekim sayısı 7 (%5)'dir.

Bu süre içerisinde uzmanlığını alan 140 kişiden 5'i mazereti (istifa/müstafilik sonrası ceza süresi) bittikten sonra tekrar kuralara katılmıştır.

Halk Sağlığı Anabilim dallarının bağlı olduğu üniversiteler değerlendirildiğinde, Uludağ Üniversitesi'nde 13; Marmara Üniversitesi'nde 11; Çukurova ve Hacettepe Üniversiteleri'nde 9'ar; Gazi Üniversitesi'nde 8; Erciyes Üniversitesi'nde 7; Gaziantep Üniversitesi'nde 6; Adnan Menderes, Ankara, Celal Bayar, Dokuz Eylül, Ondokuz Mayıs Üniversiteleri'nde 5'er; Dicle, Ege, Süleyman Demirel Üniversiteleri ile İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp ve Cerrahpaşa Tıp Fakülteleri'nde 4'er; Akdeniz, Karadeniz Teknik, Kocaeli, Osmangazi ve Pamukkale Üniversiteleri'nde 3'er; Abant, Atatürk, Fırat, İnönü, Selçuk Üniversite'lerinde 2'şer; Başkent, Karaelmas, Kırıkkale ve Trakya Üniversiteleri'nde ise 1'er hekim Temmuz 2005 – Mayıs 2012 tarihleri arasında uzmanlık eğitimini tamamlamıştır. 3 hekimin üniversite bilgisine ulaşılamamıştır.

Ülkemizde, Temmuz 2005 – Haziran 2012 tarihleri arasında 45 kez DHY ve mazeret kurası yapılmıştır. İlk DHY kurası 30.09.2005'te, sonuncusu ise 21.06.2012'de yapılmıştır.

Belirtilen tarihlerde, 41 kişi (%29,3) eş durumu nedeniyle, 2 kişi (%1,4) de sağlık durumu nedeniyle mazeret kurasına başvurmuştur. Eş durumu nedeniyle başvuran 31 kişinin, sağlık nedeniyle başvuran 2 kişinin mazereti

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kabul edilmiştir. Toplamda mazeret başvurusunda bulunan 43 kişiden 33'ünün (%76,7) başvurusu kabul edilmiş ve bu kişiler mazeret kurası ile yerleştirilmiştir.

Uzmanların yerleştirildikleri kurumlar değerlendirildiğinde, 82 kişinin (%58,6) İl Sağlık Müdürlüğü (İSM)'ne, 41 kişinin (%29,3) Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)'ne, 4 kişinin (%2,9) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (TSHGM)'ne, 3 kişinin (%2,1) Halk Sağlığı Müdürlüğü (HSM)'ne, 2 kişinin (%1,4) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi'ne, 1 kişinin (%0,7) Meslek Hastalıkları Hastanesi'ne yerleştirildiği görülmüştür. Mazeret kurası ile atanan 7 kişinin yerleştirildiği kurum bilgisine ulaşılamamıştır. Halk Sağlığı Müdürlükleri'nde kadrolar 2012 yılında açılmıştır. İSM'e 7 kişi, TSM'ye 12 kişi, TSHGM'e 4 kişi, AÇSAP Merkezi'ne 2 kişi, Meslek Hastalıkları Hastanesi'ne 1 kişi mazeret kurası ile yerleştirilmiştir.

Yerleşim birimine göre değerlendirildiğinde, 126 uzmanın (%90) il merkezine, 7 uzmanın (%5) ise ilçe merkezine yerleştirildikleri görülmüştür. 7 kişinin yerleştirildikleri yerleşim birimi bilgisine ulaşılamamıştır.

Bölge hizmet grubu sıralamasına göre iller değerlendirildiğinde, 22 kişinin (%15,7) 1. bölge illere, 15 kişinin (%10,7) 2. bölge illere, 21 kişinin (%15) 3. bölge illere, 16 kişinin (%11,4) 4. bölge illere, 22 kişinin (%15,7) 5. bölge illere, 35 kişinin (%25) 6. bölge illere yerleştirildiği görülmüştür. 9 kişinin yerleştirildiği il bilinmemektedir. Mazeret kurasına katılanlar ayrı değerlendirildiğinde, 15 kişinin 1. bölge illere, 5 kişinin 2. bölge illere, 3 kişinin 3. bölge illere, 3 kişinin 5. bölge illere yerleştirildiği görülmüştür.

İllere yerleştirilme durumu, mazeret kurasıyla yerleştirilenler ve DHY kurasıyla yerleştirilenler için ayrı olarak; 1., 2., 3. bölgeler ve 4., 5., 6. bölgeler 2 grup oluşturularak değerlendirildi. Mazeret kurası ile %88,5 üst bölge illere, %11,5 alt bölge illere yerleştirilmiştir. DHY kurası ile %33,3 üst bölge illere, %66,7 alt bölge illere yerleştirilmiştir. Mazeret kurası ile alt bölgelere yerleşme durumu anlamlı olarak düşüktür ($p<0.001$).

Sosyoekonomik gelişmişlik sıralamasına göre ilçeler değerlendirildiğinde, 28 kişi (%20) 1. grupta, 66 kişi (%47,1) 2. grupta, 34 kişi (%24,3) 3. grupta, 2 kişi (%1,4) 4. grupta, 1 kişi (%0,7) 5. grupta yer almaktadır. 9 kişinin yerleştirildiği ilçe bilgisine ulaşılamamıştır. Mazeret kurasına katılanlar ayrı değerlendirildiğinde, 18 kişinin 1. grup ilçelere, 5 kişinin 2. grup ilçelere, 3 kişinin 3. grup ilçelere yerleştirildiği görülmüştür. İlçe gruplarına yerleştirilme durumu analizi, mazeret kurasıyla yerleştirilenler ve DHY kurasıyla yerleştirilenler için ayrı olarak yapılmamıştır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Temmuz 2005 – Mayıs 2012 tarihleri arasında Halk Sağlığı Uzmanı olan 140 hekimin cinsiyetlerine bakıldığında kadın uzman sayısının erkeklerden fazla olduğu görülmüştür.

Bu tarihlere en fazla uzman mezun eden tıp fakülteleri: Uludağ (13), Marmara (11), Çukurova (9) ve Hacettepe (9) Üniversitesi Tıp Fakülteleri'dir.

Mazeret başvurusunda bulunan 43 kişiden 33'ünün (%76,7) başvurusu kabul edilmiştir.

Uzmanların yerleştirildikleri kurumlar değerlendirildiğinde, en çok İSM (%58,6) ve TSM'ye (%29,3) yerleştirildikleri görülmektedir. 2010 yılında HASUDER Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu tarafından hazırlanan, "Sağlık Bakanlığı Bünyesinde (Alanda) Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Envanteri"nde Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, İl Sağlık Müdürlükleri, Sağlık Grup Başkanlığı/TSM, Halk Sağlığı Laboratuvarı kadroları Halk Sağlığı Uzmanları için görev tanımına uygun yerler olarak belirtilmiştir (3). Çalışma grubu tarafından 2003 yılında yapılan envanterde Halk Sağlığı uzmanlarının %49,5'inin, 2010 yılında yapılan envanterde ise %23,4'ünün görev tanımına uygun olmayan birimlerde çalıştıkları ifade edilmiştir (3). Çalışmamıza göre, Temmuz 2005'ten bu yana yapılan DHY yerleştirmelerinde, yerleştirme kurum bilgilerine ulaşabildiğimiz uzmanların %98,4'ü görev tanımına uygun yerlere yerleştirilmiştir. Ancak, çalışmamızda sadece yerleştirildikleri kadronun bağlı olduğu kurum bilgilerine ulaşılmıştır. Bu uzmanların göreve başladıktan sonra kurum içinde hangi pozisyonlarda çalıştıkları bilinmemektedir.

AÇSAP, TSHGM ve Meslek Hastalıkları Hastanesi için kadrolar sadece mazeret kurası için açılmış, genel DHY kurasında açılmamıştır. Halk Sağlığı Müdürlükleri'nde kadrolar 2012 yılında açılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bölge hizmet grubu sıralamasına göre iller değerlendirildiğinde, mazeret kurası ile 6. Bölge illere yerleştirme yapılmadığı görülmüştür. Mazeret kurası ile alt bölgelere yerleşme durumu anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre belirlenen ilçe gruplarında mecburi hizmet süresi, 1. grup ilçelerde 600 gün, 2. grup ilçelerde 550 gün, 3. grup ilçelerde 500 gün, 4. grup ilçelerde 450 gün, 5. grup ilçelerde 400 gün, 6. grup ilçelerde 350 gündür. Yapılan tüm kuralarda, en çok 2. grup ilçelere (%47,1), daha sonra 3. grup (%24,3) ve 1. grup (%20) ilçelere yerleştirme yapılmıştır. 6. grup ilçelere halk sağlığı uzmanı kadrosu açılmamıştır. Mazeret kurası ile 4. ve 5. grup ilçelere yerleştirme olmamıştır.

DHY yerleştirmelerinden sonra uzmanların göreve başlama veya başlayıp istifa etme durumu bilinmemektedir. Göreve devam verileri alınarak, istifa/göreve başlamama durumunun il bölgeleri ve ilçe gruplarına göre farklılık oluşturup oluşturmadığı incelenebilir.

Temmuz 2005 tarihi itibarıyla Halk Sağlığı uzmanları, devlet hizmet yükümlülüğü kurası ile yerleştirildikleri kurumlarda göreve başlamaktadırlar. Buradan yola çıkarak, göreve başlayıp aktif sahada çalışan uzmanlara ulaşılarak, görev yerleri ve konumlarının belirlenmesi ile mevcut iş gücünün daha verimli kullanılması Halk Sağlığı alanına büyük katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Devlet Hizmet Yükümlülüğü, Halk Sağlığı Uzmanı, Mecburi hizmet kurası.

Kaynaklar:

- (1) 5371 Sayılı Kanun, http://personel.saglik.gov.tr/UserFiles/File/Mevzuat/Kanunlar/5371%20Sayili_Kanun.pdf, erişim: 04/07/2012
- (2) T.C. Sağlık Bakanlığı Bünyesinde (Alanda) Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Envanteri <http://hasuder.org.tr/anasayfa/index.php/gruplar/politika/381-hsuzmanlarienvanteri>, erişim: 05/07/2012
- (3) Sağlık Bakanlığı İllerin Bölge Hizmet Grupları, <http://personel.saglik.gov.tr/2012-yili-haziran-donemi-bolge-hizmet-gruplari--saglik-bakanligi-ve-bagli-kuruluslar--id3606-46.html>, erişim: 05/07/2012
- (4) Sosyoekonomik Gelişmişlik Endeksine Göre İlçelerin Sıralaması, Gruplandırılması ve Mecburi Hizmet Süreleri, <http://www.gaziantepsaglik.gov.tr/ilcelermecburi.xls>, erişim: 05/07/2012

940

TIP EĞİTİMİ VE DEPRESYON

H.Ezgi Aksu, Seda Baş, Berna Karabina, Mandana Karaminikoo, Utkan Kızıltaç, Hande Gürün, Dilşad Save

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Uzun ve zorlu tıp eğitiminin öğrencilerin ruh sağlığı üzerinde negatif etkileri olduğu düşünülmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalarda öğrencilerde stres ,anksiyete ve depresif semptomların sık görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca meslekteki hekimler arasındaki tükenmişliğin nedenlerinden birisinin de tıp fakültesi eğitim süreci olduğu düşünülmektedir (1-3). Yapılan çalışmalarda tıp fakültesi öğrencileri arasında depresyon görülme oranının genel topluma göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Uzun çalışma saatleri, iş yoğunluğu, derslerin ağır olması ve öğrenci geri bildirim eksikliği gibi faktörlerin bu durumla ilişkili olduğu yönünde bulgular vardır.(2)

Bu çalışmanın amacı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri arasında depresyon sıklığını bulmak, sınıflar arasında depresyon görülme oranındaki farklılıkları incelemek ve depresyona neden olabilecek olan etkenlerle ilişkisini araştırmaktır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Anketin uygulanacağı öğrenciler sınıf listelerinden basit rastgele yöntemle seçilmiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken beklenen depresyon oranı var olan literatüre dayanarak %30 olarak alınmış, %15'lik sapmayla, %99 güven aralığında sınıflara göre alınması gereken örneklem büyüklükleri saptanmıştır. Buna göre 42'si 1. sınıf (n:128), 47'si 2. sınıf (n:180), 44'ü 3. sınıf (n:144), 45'i 4. sınıf (n:157), 44'ü 5. sınıf (n:152) ve 44'ü 6. sınıf (n:141) olmak üzere toplam 266 kişinin çalışmaya alınması planlanmıştır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre olduğundan katılmak istemeyenler ve yabancı uyruklu öğrenciler çalışmanın dışında tutulmuştur. Araştırmanın yapılması için fakülte yönetiminden izin alınmıştır. Randomizasyonla ulaşılamayan veya çalışmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler yerine yedek öğrenciler seçilmiştir. Bununla birlikte çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, anketi doldurmayan veya derse gelmediği için bulunamayan öğrencilere ulaşılamamıştır. Bu nedenlerle 266 kişinin çalışmaya alınması planlanmışken 225 kişiden veri toplanabilmiştir. Çalışma 2012 yılında ocak-şubat aylarında yapılmıştır. Veriler anket yoluyla toplanmış, tamamlanması yaklaşık 1 ay sürmüştür.

Ankette öğrencilere sosyal aktivitelere zaman ayırıp ayırmadığı, mesleki bilgi düzeyinden ve meslek seçiminden memnuniyet durumları, mesleki açıdan gelecek beklentileri ile ilgili sorular sorularak depresyona yol açabilecek nedenler saptanmaya çalışılmıştır. Öğrencilerin depresyon durumlarını saptamak amacıyla 'ICD 10 Major Depresyon Envanteri' kullanılmıştır.

Veri analizleri SPSS 17.0 istatistik programıyla yapılmıştır. Sınıflanmış verilerin karşılaştırılmasında ki kare testi kullanılmıştır. ICD-10 depresyon envanterinden alınan veriler normal dağılım göstermediği için sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ alınmıştır. Gruplar arasında fark saptandığında anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi yapılarak anlamlılık düzeyi $p < 0.003$ olarak belirlenmiştir. Öğrencilerde depresyona neden olabilecek faktörlerin bağımsız etkilerini saptamak amacıyla Lojistik regresyon uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların % 43'ü (n=96) kız, % 57'si (n=128) erkek öğrenciden oluşturmaktadır (n=225). Katılımcıların %15,6'sı (n=35) birinci sınıf, %15,1'i (n=34) ikinci sınıf, %20'si (n=45) üçüncü sınıf, %20'si (n=45) dördüncü sınıf, %16,4'ü (n=37) beşinci sınıf, %12,9'u (n=29) altıncı sınıf öğrencileridir. Çalışmamıza katılan 225 öğrenciden 215'i ICD-10 depresyon ölçeğini doldurmuştur. Tüm katılımcıların depresyon skoru ortalaması 16.64 ± 10.34 olarak bulunmuştur. ICD-10 depresyon envanterine göre toplam skoru 19 ve altında olanlarda depresyon bulunmamaktadır. Toplam skoru 20-24 hafif depresyon, 25-29 orta düzeyde depresyon, 30 ve üzeri ciddi düzeyde depresyon olarak kabul edilmektedir. Buna göre araştırmada öğrencilerin %66,5'inde depresyon bulunmazken, %12,1'sinde ciddi düzeyde depresyon gözlenmiştir. Sınıfları klinik öncesi(1, 2, 3.) ve klinik eğitim(4, 5, 6.) alanlar olmak üzere iki gruba ayrıldığında, iki grup arasında depresyon durumları bakımından anlamlı farklılık saptanmıştır(ki kare testi $\chi^2, p:0.019$). Klinik öncesinde öğrencilerin %43'ü depresif semptom gösterirken, klinik dönemde bu oran %24,1 olarak bulunmuştur. ICD-10 depresyon ortalamaları incelendiğinde de preklinik eğitim almakta olan öğrencilerin ortalaması (19.21 ± 10.52) klinik eğitim alan öğrencilerin ortalama depresyon skorundan (14.18 ± 9.53) anlamlı olarak yüksektir.(Mann-Whitney U testi, $p < 0.001$)

Sınıfların depresyon ortalaması ayrı ayrı incelendiğinde en yüksek skor ortalaması 1. sınıf öğrencilerinin(20.93 ± 11.45), en düşük ortalama ise 5. sınıf öğrencilerininidir (11.52 ± 7.67). Sınıflar arasında, depresyon ortalamaları bakımından Kruskal Wallis testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.001$)

Mann-Whitney U testine göre 1. ,2. , ve 3. sınıf öğrencilerinin depresyon skoru ortalaması, 5. sınıf öğrencilerinininkine kıyasla anlamlı olarak yüksektir(1. sınıf için $p < 0.001$, 2. sınıf için $p < 0.000$, 3. sınıf için $p = 0.001$). Buna ilaveten 1. ve 2. sınıf öğrencilerinin depresyon ortalaması 4. sınıf öğrencilerinininkinden de anlamlı derecede yüksektir (1. sınıf için $p = 0.013$ 2. sınıf için $p = 0.022$). Diğer sınıfların depresyon ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Erkek öğrencilerin depresyon skoru ortalaması(17.24 ± 10.96) kız öğrencilerinkinden (15.97 ± 9.44) daha yüksek olmakla birlikte arada anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. (Mann-Whitney U testi, $p = 0.59$).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcılara dağıtılan soru formundaki bağımsız değişkenlerin depresyon durumunu nasıl etkilediğinin araştırılması amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken olarak, depresyonu olan (ICD-10 skoru ≥ 20.00) ve depresyonu olmayan (ICD-10 skoru < 20.00) olmak üzere veri dikotom olarak kodlanmıştır. Buna göre 1. sınıf ve 2. sınıf öğrencilerinde depresyon riski, 5. sınıf öğrencilerine göre anlamlı olarak daha fazladır. Daha önce psikolojik destek almış olanlarda, almamış olanlara göre depresyon riski 2.71 kat daha fazladır (p: 0.024, %95 GA: 1.14- 6.47). Okulla ilgili dersleri konuşup, çalıştığı arkadaşları olmayanlarda çok fazla arkadaşı olanlara göre depresyon riski 6,3 kat daha fazladır (p: 0.017, %95 GA: 1.38- 28.98).

Tartışma ve Sonuç: Araştırmaya katılan öğrencilerin %33,5'inde depresif semptom bulunmaktadır, %12,1'inde ICD-10 envanterine göre ciddi düzeyde depresyon saptanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütünü' nün eşgüdümünde 14 ülkede yapılmış olan "Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar" araştırmasında en yaygın görülen ruhsal bozukluğun %10,4 ile depresyon olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmanın Ankara-Gölbaşı verileri ise %11,6 oranında depresyon tanısı konulduğunu göstermektedir.(4)

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada depresif semptom sıklığı %43,8, ciddi depresyon sıklığı ise %6,9 olarak bulunmuştur. (1)

Bu çalışmanın verileri tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan diğer çalışma verileriyle paralellik göstermekle birlikte, tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon sıklığının genel popülasyona oranla daha yüksek olduğu görülmektedir.

Genel popülasyonda yaşam boyu depresyon prevalansı kadınlarda daha fazla olmasına rağmen; bu çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Pamukkale Üniversitesinde 1999-2000 eğitim ve öğretim yılında, Eğitim Fakültesi, Mühendislik Fakültesi, İktisat Fakültesi ve Fen Edebiyat Fakültesi'nde yapılan çalışmada erkek öğrencilerde 12.90 ± 6.94 olan depresyon puanı, kız öğrencilerde 12.90 ± 7.54 olup, cinsiyetle depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmada cinsiyetler arasında fark bulunmamasının nedeni, toplumda hemcinslerine göre üniversite eğitimi almayı başarmış kızların kendilerini daha iyi ifade edebilmeleri, daha güvenli ve daha fazla hakka sahip olduklarının bilincinde olmalarından kaynaklanabileceği vurgulanmıştır. (5) Tıp Fakültesi öğrencileri arasında yapılan birçok çalışmada depresyon düzeyinin cinsiyetler arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. Ancak genel popülasyonda olduğu gibi kadınların depresyon riskinin erkeklerden daha yüksek olduğunu saptayan çalışmalar da mevcuttur.(1,2)

Preklinik öğrencilerde depresif semptom sıklığının klinik öğrencilerden anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmiştir. En yüksek depresyon skoru ortalaması birinci sınıf öğrencilerinde, en düşük ortalama ise beşinci sınıf öğrencilerinde bulunmuştur. ABD'de fakültenin ilk dört yılını kapsayan ve Beck Depresyon Ölçeği kullanan bir prospektif çalışmada, öğrencilerin eğitimlerinin herhangi bir döneminde %12 oranında depresif belirtiler gösterdiği ve bu durumun ikinci sınıf ortalarında pik yaparak %25'e ulaştığı görülmüştür. (2) Ayrıca tıp öğrencileri arasında depresyon sıklığının ilk iki yıl içerisinde iki kat arttığını saptayan prospektif çalışmalar da vardır. (1) Bu duruma alıştığı çevreden, aileden ayrılma, yeni sosyal çevreye uyum sağlama gibi faktörler neden olabileceği gibi tıp fakültesinin zorlu müfredatı ve performans kaygısı yol açıyor olabilir (2,3).

Tıp fakültesi öğrencilerinde yaygın olarak bulunan kaygılardan alınan eğitimin mesleki açıdan yeterli olmaması, mesleki geleceğin belirsizliği, uzun çalışma saatleri, mecburi hizmet yükümlülüğü, uzmanlık seçimiyle ilgili belirsizlikler, hekimlik mesleğinin saygınlığının azalması ve mesleki mevzuatla ilgili yapılan düzenlemeler yapılan lojistik regresyon analizinde depresyonla ilişkili bulunmamıştır.

Çalışmamızda preklinik dönemde tıp fakültesi öğrencilerinde depresyonun daha sık saptandığı, klinik dönemde azaldığı belirlenmiştir. Tıp fakültesine başlayan öğrencilere oryantasyon eğitimleri verilmesi, geri bildirimlerine başvurulması, erken depresif semptomları ve kaygı düzeylerini azaltmada yardımcı olabilir. Bununla birlikte tıp eğitiminin her döneminde depresyon sıklığı genel popülasyondan yüksek olduğundan stresle başa çıkma ve depresif belirtileri önlemek amacıyla psikolojik destek sağlanması yönünde çalışmalar yapılması yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Tıp Fakültesi Öğrencileri, Tıp Eğitimi

Kaynaklar:

1. Marakoğlu K, S. Çivi, S. Şahsıvar ve S. Özdemir et al. Tıp Fakültesi Birinci ve İkinci Sınıf Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu Ve Depresyon Yaygınlığı Arasındaki İlişki. *Bağımlılık Dergisi*. 2006; 7 (3), 129-134.
2. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD (2006). Systematic review of depression, anxiety and other indicators of psychological distress among U.S and Canadian medical students. *Acad Med*.2006;81: 354-373.
3. Dahlin M,Joneborg N.,Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ*. 2005;39
4. WHO (2001) The World Health Report 2001-Mental Health:New Understanding, New Hope. World Health Organization, Geneva,Switzerland. (<http://www.who.int/whr/2001/en/> 10.03.2003).
5. Ozdel L ,Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanoglu KN, Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002; 3:155-161

520

TRABZON İL MERKEZİNDEKİ BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NDEN SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN MEMNUNİYETİ

Havva Karadeniz Mumcu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş ve Amaç: Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, hastanın beklediği hizmet düzeyi ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanır. Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler verir. Bu çalışmada Trabzon il merkezinde bulunan bir Aile Sağlığı Merkezinden(ASM) sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyetinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Trabzon il merkezinde Mayıs 2012'de yürütülen tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini il merkezindeki bir ASM'ne kayıtlı bireyler, örneklemini ASM'de görev yapan 10 aile hekiminin her birinin kayıtlarından seçilen 20 olmak üzere toplam 200 aile oluşturmuştur. Aile hekimlerinden adresler alınarak evlere gidilmiştir. Adreste bulunan, daha önce hastalık nedeniyle ASM'ne başvuran, görüşmeyi kabul eden, 20 yaş üzerinde ve iletişim kurulabilen bireyler ile görüşülerek toplam 175(%87.5) birey ile araştırma tamamlanmıştır. Bireylere, sosyo-demografik özellikleri, ASM'nin fiziki koşulları, aile sağlığı elemanları(ASE) ve aile hekimlerinin(AH) verdiği hizmetlerden memnuniyet durumlarının yer aldığı anket formu yüz-yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan 'iyi', 'orta', 'yetersiz' ve 'fikrim yok' olarak belirtilen 4'lü likert tipi anket formu yardımıyla toplanmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde ortalama ve yüzdelikler kullanılmıştır.

Bulgular: Bireylerin yaş ortalaması 46.3±16.9(min:20, max:92), %94'3'ü kadın, %84.4'ü ilköğretim ve üzerinde eğitime sahip idi. Bireylerin %65.7'si ASE , %72.6'sı AH tarafından kendilerine aktarılan bilgiyi 'iyi' bulduğunu ifade etti. Bireylerin %72.0'nun ASE'nin tedavi, bakım ve diğer işlemler için kendilerine ayırdığı süreyi, %81.7'sinin AH'nin muayene için kendilerine ayırdığı süreyi 'iyi' bulduğunu belirledi. Bireylerin %49.1'i ASE'nin, %72.6'sı AH'nin kendilerine diyet, çalışma, tedavi süreci, ilaçlar ve kontrol hakkında verdiği bilgiyi iyi bulduğunu saptandı. Bireylerin %80.0'ı ASE'nin, %87.3'ü AH'nin mahremiyetlerine gösterdiği özeni 'iyi' bulduğunu ifade etti. AH'nin 'iyi' olarak değerlendirildiği diğer hizmetler; işlemlerden önce onay alma(%70.9),muayene sırasında soru sorma fırsatı verme(%81.1), reçete ettiği ilacın nasıl kullanılacağı hakkında bilgi verme(%68.6), hastalıktan korunma ve sağlıklı kalma hakkında bilgi verme(%54.6), sevk sonrası yapılacak işlemler hakkında bilgi verme(%48.0) olarak saptandı. Bireylerin %43.7'si laboratuvar tetkikleri için bekleme süresini, %32.4'ü laboratuvar tetkiklerinin yeterliliğini, %57.6'sı muayene öncesi bekleme süresini 'iyi' bulduğunu belirtti. Bireylerin %55.4'ü ASM'nin fiziki koşullarını(temizlik, sıcaklık, aydınlık, gürültü), %23.4'ü lavaboların sayısı ve temizliğini, %17.7'si otomobil park imkanını 'iyi' bulduğunu belirtti. Sünter ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların %92.9'u sağlık ocağı temizliğini 'yeterli', %33.4'ü muayene olmak için bekledikleri süreyi 'az' olarak değerlendirmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %79.1'i hekimin muayene için

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ayırdığı süreyi 'yeterli bulurken', %91.4'ü hekimlerin, %82.2'si hekim dışı personelin ilgi ve davranışını 'iyi-çok iyi' olarak değerlendirmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Bireylerin ASE ve AH'nin verdiği hizmetlerden memnuniyetlerinin genellikle iyi olduğu, ASM'nin fiziki koşulları ve laboratuvar hizmetlerinden memnuniyetlerinin düşük olduğu görülmektedir. İyi olan hizmetlerinin devamlılığının sağlanması ve iyileştirilmesi, fiziki koşulların iyileştirilmesi ve eksikliklerin giderilmesinin hasta memnuniyetini artıracacağı ve tercih nedeni olacaktır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimi, aile sağlığı elemanı, hasta memnuniyeti

Kaynaklar:

Sünter AT, Dabak Ş, Canbaz S, Peşken Y. Samsun İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. O.M.Ü. Tıp Dergisi, 2003;20(3):135-139

413

ÜNİVERSİTE MEDİKO SOSYAL BİRİMİNDE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK ALAN ÖĞRENCİLERİN GERİYE DÖNÜK DEĞERLENDİRİLMESİ

Hicran Demirhan¹, Gülşah Yapıcı¹, Ferruh Ayoğlu²

Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi¹, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü²

Giriş ve Amaç: Üniversite eğitimi, genç bireyin özgürlük ve özerkliğinin değiştiği, aileden ayrılma, yeni ve farklı arkadaşlıklar edinme, vb. gibi, bireyin ruh sağlığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilecek sosyal ve kültürel çevre değişimlerinin yaşandığı bir süreci kapsamaktadır. Yeni bir sosyal ve kültürel çevre ile karşılaşan genç bireylerin söz konusu yeni çevreye uyumlarının sağlanması ve bu yeni süreçte karşılaşılabilecekleri olumsuzlukların aşılabilmesi onlara sunulan danışmanlık hizmetleri ile yakından ilintilidir. Bu anlamda düşünüldüğünde, üniversitelerin mediko sosyal birimlerinde sunulan ya da sunulacak olan psikolojik danışmanlık hizmetleri önemli bir rol oynamaktadır. Hizmetin gereken niteliğe kavuşturulması için, hizmetten yararlanacak kişilerin özellikleri, başvuru gerekçeleri, istek ve beklentilerini dikkate alan modellemeler geliştirilmesi gerekmektedir. Bu çalışma, üniversite Mediko Sosyal Birimine başvuran öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini ve başvuru gerekçelerini değerlendirebilmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, tanımlayıcı tipte geriye dönük bir araştırmadır. Araştırmada Bülent Ecevit Üniversitesi Merkez Kampusunda bulunan Mediko Sosyal Birimi'ne 2010-2011 yıllarında psikolojik danışmanlık amacıyla başvuran öğrencilere ait görüşme formları geriye dönük olarak incelenmiştir. Görüşmeler, haftanın bir gününde ilgili birimde psikolojik danışmanlık amacıyla görevlendirilen aynı psikolog tarafından gerçekleştirilmiştir. Birimde, başvuran her öğrenci için görüşme formu düzenlenmekte ve tekrarlayan görüşmeler aynı formda kayıt altına alınmaktadır. Herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadan tüm formlara ulaşılması planlanmış ve 116 başvuruya ait formların tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Ortalama değerler "aritmetik ortalama±standart sapma" şeklinde gösterilmiş, gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-kare testi ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmış, analiz sonuçları %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Mediko Sosyal Birimi'ne 2010-2011 yıllarında başvuran 116 öğrenciden %33.6'sı (n=39) erkek, %66.4'ü (n=77) kadındır, ortalama yaş 21.8±2.5'dir. Başvuranların %10.3'ü (n=12) önlisans, %89.7'si (n=104) lisans öğrencisidir. Mediko Sosyal Birimi'ne başvuran öğrencilerin %31'i (n=36) hazırlık ya da 1. sınıf, %50.9'u (n=59) 2 ya da 3. sınıf, %18.1'i (n=21) 4 ya da üstündeki sınıflardadır, %41.4'ü (n=48) yurttadır. Başvuran 116 öğrenci ile gerçekleştirilen toplam görüşme sayısı 172'dir ve öğrencilerin %28.4'ü (n=33) ile birden fazla görüşme yapılmıştır. Öğrencilerin %36.2'sinin (n=42) daha önceden tespit edilmiş psikiyatrik yakınması olduğu, %26.7'sinin (n=31) ailesinde psikiyatrik öykü varlığı saptanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Mediko Sosyal Birimi'ne yapılan başvurularda ifade edilen 212 yakınmadan en sık tespit edilen yakınmalar mutsuzluk (%22.2), akademik başarı ile ilgili kaygılar (%16) ve duygusal problemlerdir (%11.8); duygusal problemler özellikle karşı cins ile yaşanan flört sorunlarına dayanmaktadır.

Erkek ve kız öğrenciler arasında geldikleri bölge ($p=0.093$), okudukları sınıf ($p=0.394$) ve ailede psikiyatrik öykü varlığı ($p=0.622$) yönünden farklılık saptanmazken, ortalama yaş ($p=0.001$) ve barınma ($p=0.010$) yönünden anlamlı farklılık bulunmaktadır; ortalama yaş erkeklerde 22.8 ± 3.1 , kızlarda 21.2 ± 1.9 'dur; erkek öğrencilerin %71.8'i evde arkadaş ile, kız öğrencilerin %51.9'u yurttadır. Ailede psikiyatrik öykü varlığı gözlenen 31 öğrenci incelendiğinde en sık psikiyatrik öykü annede (%58.1) bulunmaktadır; aile bireylerinde en sık gözlenen psikiyatrik öykü %54.8 ile depresyondur.

Öğrencilerden 42'si (%36.2) daha önce psikiyatrik yakınma ile hekime başvurmuş, bu öğrencilerden 17'sinde (%40.5) depresyon, 15'inde (%35.7) anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir ve 37'sine (%88.1) bu başvuruları sonucunda ilaç önerilmiştir (%59.5 antidepresan, %32.4 anksiyolitik, %8.1). Buna karşılık, söz konusu 37 öğrenciden önerilen ilacı kullananların sayısı 24'dür (%64.9). Daha önce psikologa başvuran öğrenci sayısı 7'dir (%6.0).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Üniversite öğrencilerine yönelik danışmanlık hizmetlerinin sunumunda mediko sosyal birimleri önemli bir işlevi üstlenmektedir. Bu birimlerde, öğrencilerin gereksinim duyduklarında ulaşabilmelerine olanak tanıyacak şekilde sürekli olarak sağlık personeli bulundurulmalıdır. Söz konusu sağlık personeli hekim ve hemşire dışında psikolog da içerecek şekilde planlanmalıdır. Öğrencilerin ailelerinde var olan psikiyatrik yakınmaların ve öğrencilerin geçmiş öykülerinin düzenli bir kayıt sistemi ile bilinmesi ve izlenmesi hizmet kalitesine olumlu katkı sağlayacaktır. Psikiyatrik yakınmalarda uzun süreli ilaç kullanılması gerekebileceği dikkate alındığında, doğru, güvenli ve sürekli bir kayıt sisteminin varlığı, daha önce kendilerine ilaç kullanması önerilmiş olan öğrencilerin izlenebilmesine de olanak sağlayacaktır. Araştırmada öğrencilerin %36.2'sinin psikiyatrik yakınma ile daha önce hekime başvurduğu, buna karşılık psikologa başvuran öğrenci oranının %6 olduğu saptanmıştır. Bu durum, psikiyatrik yakınmalarda psikologlar tarafından sunulabilecek hizmetlerin yaygınlaştırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Başvuran öğrencilerin %50.9'u 2. ve 3. sınıfta, başka bir ifade ile eğitim sürecinin orta döneminde olan öğrencilerdir. Bu dönem, eğitimin ilk yılında değişik bir sosyal ve kültürel çevre ile karşılaşan öğrencilerde sorunların ve danışmanlık gereksiniminin belirginleştiği bir dönem olarak değerlendirilebilir ve bu durumda, üniversite eğitimine başlayan öğrencilerin henüz eğitimin başlangıcındayken "sorunlarla başa çıkma" yönünden eğitilmesini gerektirecektir.

Araştırmanın yapıldığı üniversitede 2010-2011 eğitim öğretim yılında kayıtlı öğrenci sayısı güz döneminde 16746, bahar döneminde 15962'dir ve araştırmada incelenen görüşmeleri gerçekleştiren psikolog haftada bir gün bu birimde görev yapmaktadır. Aynı dönemde mediko sosyal biriminde öğrencilere yönelik 4334 poliklinik hizmeti verilmiştir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde, psikolojik danışmanlık alan 116 öğrenci ortalama öğrenci sayısının %0.7'sini, psikolojik danışma için gerçekleştirilen 172 görüşme de söz konusu poliklinik hizmetlerinin %4'ünü oluşturmaktadır. Üniversitenin araştırmanın yapıldığı Merkez Kampus dışında 6 farklı bölgede de kampusu bulunması ve görevli psikologun sadece Merkez Kampusde ve eğitim öğretim devam ettiği dönemde haftada bir gün görev yapması başvuru sayısının beklenenden ya da gerçek gereksinimden daha düşük olmasına neden olabilir.

Psikolojik danışmanlık hizmetlerine süreklilik ve yaygınlık kazandırılması, söz konusu hizmetlerin öğrencilere etkin bir biçimde duyurulması ve öğrencilere yönelik eğitim programlarıyla desteklenmesi hizmetin niteliğini ve ulaşılabilirliğini olumlu etkileyecektir. Hizmet niteliği ve ulaşılabilirliğinin artırılmasında, hizmet için kullanılacak fiziksel mekanların başvuru kolaylaştırarak biçimde, örneğin, öğrencilerin kolaylıkla ulaşabilecekleri şekilde kurgulanması da önemle dikkate alınmalıdır; psikolojik danışma hizmeti sunulacak birimin/birimlerin sağlık sorunlarında "genel" bir başvuru yeri olma özelliğindeki mediko sosyal birimlerinden "ayrı" olarak kurgulanması da bu bağlamda özenle değerlendirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Mediko sosyal birimi, üniversite öğrencisi, psikolojik danışma

YAŞILARIN YAŞADIKLARI YALNIZLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE YAŞLILIK ALGILARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Serap Parlar Kilic¹, Gulendam Karadag¹, Hatice Serap Tasdemir¹, Aynur Bahar¹, Esra Akin Korhan²

¹Gaziantep Üniversitesi, ²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Yaşlı açısından aile başlıca psikolojik ve sosyal destek kaynağı olmasına karşın, ülkemizdeki toplumsal değişime ve aile içinde bakım güclüğü nedeniyle yaşlılar kendilerini yalnız ve soyutlanmış hissetmektedir. Çocuklarının yanında yaşasalar bile aile üyelerinin çalışması nedeniyle yaşlılar yine yalnız kalabilmektedir ve birtakım ruhsal sorunlar yaşayabilmektedirler. Yaşlılarda sık gözlenen ruhsal bozuklukların başında ise depresyon gelmektedir. Bu çalışmada, kendi evinde eşyle, kendi evinde yalnız ve çocuklarının yanında yaşayan bireylerin yaşadıkları yalnızlık ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi ile yaşlılık algılarının karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Ocak-Haziran 2012 tarihleri arasında Gaziantep il merkezinde bulunan dört sağlık ocağı bölgesinde 65 yaş ve üstü bireylere yapılmış kesitsel tipte bir çalışmadır. Bu sağlık ocakları bölgesine kayıtlı olup evinde yalnız yaşayan, evinde eşyle birlikte yaşayan ve çocuklarının yanında yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerden rastgele örnekleme yöntemi ile seçilenler araştırma evrenini oluşturmuştur. Çalışma örneklemini ise; evinde yalnız yaşayan 46, evinde eşyle birlikte yaşayan 108 ve çocuklarının yanında yaşayan 74 olmak üzere toplam 228 birey oluşturmuştur. Çalışma öncesi Gaziantep Üniversitesi Etik Kurulundan yazılı izin ve çalışmaya katılan bireylere ve ailelerine açıklama yapılarak sözlü onamları alınmıştır. Çalışmaya iletişim kurulabilen, Anket formu çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından dolduruldu. Sorular her bir kişiye tek tek, yüksek sesle anlaşılır biçimde okundu ve cevaplar kaydedildi.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, yaşlı bireylerin yalnızlık ve depresyon düzeyleri ile yaşanan yer; araştırmanın bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, yaşamından memnuniyeti, sağlığını değerlendirme durumu, kronik hastalık varlığı, günlük yaşam aktivitelerini yapmaya engel olan durum, yaşlılığı algılayışı.

Tanımlayıcı istatistiklerde yüzde, ortalama±standart sapma, ölçüm verilerinin karşılaştırılmasında student's testi, One Way Anova varyans analizi ile pearson korelasyon analizi, sayımla ifade edilen verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Veriler SPSS programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Araştırmada veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanan yaşlılara ilişkin 26 sorudan oluşan birey tanım formu, 3 sorudan oluşan yaşlı algılayışını içeren form, yalnızlık ölçeği (UCLA) ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) kullanıldı.

UCLA Yalnızlık Ölçeği: Bireyin genel yalnızlık derecesini belirlemek amacıyla Russel ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Demir (1989) tarafından yapılmıştır (1). Bu ölçek, 10'u düz, 10'u ters yönde kodlanmış 20 maddeden oluşan 4'lü likert tipi bir ölçektir (1=Hiç yaşamam, 2=Nadiren yaşarım, 3=Bazen yaşarım, 4=Sık sık yaşarım). Ölçekten alınan en yüksek puan 80, en düşük puan 20'dir. Puan arttıkça yalnızlık düzeyi artmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı .96 hesaplanmıştır (1).

Geriatrik Depresyon Ölçeği: Yesavage ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, özellikle yaşlı nüfustaki depresyonu ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış öz bildirim dayalı bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve arkadaşları tarafından (1997) yapılmıştır (2). Ölçek; uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, vücutta ağrı ve sızılar gibi somatik belirtiler olmak üzere yaşlı nüfus için depresyon dışı nedenlerle de oluşabilecek belirtilerin yer almadığı 30 sorudan oluşan, yaşlıların kolayca işaretleyebileceği "evet" ya da "hayır" olarak yanıtlayabilecek biçimde hazırlanmıştır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-30 arasındadır. Çalışmacılar ölçeğin yüksek bir iç tutarlılık gösterdiği (0.92) ve geçerliliğinin yüksek olduğunu saptamışlar ve ölçeğin kesme puanını, 0-11 puanı "depresyon yok"; 11-14 puanı "olası depresyon"; 14 ve üzerindeki puanları "kesin depresyon" olarak belirlemişlerdir (2).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Araştırma örneklemindeki bireylerin %47.4'ü eşiyile birlikte, %32.5'i çocuklarının yanında, %20.2'si kendi evinde yalnız yaşamaktadır. Bireylerin yaş ortalaması 72.03±5.70 (min:65±max:90) olup, %57.5'i evli, %61.0'ı kadın, %61.4'ü okur yazar değil, %92.2'sinin sosyal güvencesi vardır. Bireylerin %67.9'u çocuklarıyla sık görüştüğünü, %52,6'sı nadiren ziyaretçilerinin geldiğini, %66.7'si yakınlarını ziyaret ettiğini belirtmiştir. Boş zamanlarını değerlendirme durumları incelendiğinde; bireylerin %33.3'ünün evde zaman geçirdiğini, %18.0'ının park ve sokaklarda dolaştığını, %13.2'sinin komşu ve arkadaşlarıyla birlikte olduğunu, %10.5'inin ibadet ettiğini belirttiği saptanmıştır. Bireylerin 79.8'inin sosyal aktivitelere katılmaya isteksiz oldukları, %42.1'inin yaşamından kısmen memnun olduğu, %50.9'unun psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığı, %61.0'ının sağlı durumunu "orta" olarak değerlendirdiği, %76.3'ünün herhangi bir kronik hastalığının olduğu, %85.5'inin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesine engel olabilecek bir durumun olmadığı belirlenmiştir. Bireylerin %32.5'inin yaşlılığı "kötü bir durum" olarak değerlendirdiği, %60.5'inin kendi yaşını yaşlı olarak algıladığı belirlenmiştir.

Yapılan istatistiksel analizde; eşi ölmüş bireylerin bekar ve eşiyile birlikte yaşayanlara göre anlamlı derecede yalnızlık (47.27±13.26) ve depresyon (17.38±6.52) düzeylerinin daha yüksek olduğu (p<0.001) saptanmıştır. Kronik hastalığa sahip olan yaşlıların depresyon (16.01±6.6) düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenirken (p<0.001), günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede engel bir durum olan bireylerin hem yalnızlık (46.93±12.51) ve hem de depresyon (19.93±5.83) düzeylerinin daha yüksek olduğu (p<0.001) belirlenmiştir. Yalnız yaşayan bireylerin yalnızlık (49.01±14.79) ve depresyon (17.71±7.32) düzeylerinin daha yüksek olduğu, eşiyile birlikte yaşayan bireylerin yaşamlarından daha memnun olduğu ve kendilerini yaşlı olarak görmedikleri, çocuklarının yanında ve yalnız yaşayanların yaşlılığı kötü bir durum olarak algıladıkları belirlenmiştir (p<0.05). Eşiyile ve çocuklarıyla yaşayanların sağlı durumlarını "orta" yalnız yaşayanların ise "kötü" olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir (p<0.05).

Tartışma: Araştırmamızda bireylerin %47.4'ü eşiyile birlikte, %32.5'i çocuklarının yanında, %20.2'si kendi evinde yalnız yaşamaktadır. Aksüllü ve Doğan (2004) yaptıkları çalışmada evde yaşayan yaşlıların %69.8'inin eşi ve/veya çocukları ile birlikte yaşadığını, Arslantaş ve Ergin (2011) bireylerin 89.7'sinin evde yakınlarından biri ile yaşadığını bildirmişlerdir. Ülkemizde modernleşme ve çekirdek aileye geçiş olmasına rağmen kültürel olarak hala yetişkinlerin ve yaşlıların büyük bir kısmı çocuklarının yanında kalmakta ya da sırayla bütün çocuklarını ziyaret etmektedirler (4). Çalışmamızda evinde yalnız yaşayan bireylerin hem yalnızlık ve hem de depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu beklenen bir durumdur. Çünkü aileleriyle birlikte yaşayan bireyler herhangi bir problem ile karşılaştıklarında öncelikli olarak sorunlarını eş ve yakınlarıyla paylaşmanın verdiği rahatlık ve yalnız olmamanın verdiği güven duygusu nedeniyle daha az yalnızlık ve depresyon yaşıyor olabilirler (4). Çocuklarının yanında ve yalnız yaşayan bireylerin yaşlılığı kötü bir durum olarak algıladıkları belirlendi. Bu durum yalnız yaşayan yaşlının ev içerisinde kendisine yardımcı birinin olmaması ve çocuklarıyla birlikte yaşayan yaşlının ise kendisini başkalarına bağımlı hissetmesi ve çocuklarına yük olma duygusu yaşamasından kaynaklanabileceği şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda; eşi ölmüş bireylerin bekar ve eşiyile birlikte yaşayanlara göre daha yüksek oranda yalnızlık ve depresyon yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda evlilik durumu ile yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (4). Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede engel bir durum olan bireylerin daha yüksek oranda yalnızlık ve depresyon yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da bedensel yetersizliğin depresyon düzeyini arttırdığı saptanmıştır (5).

Anahtar sözcük: yaşlı, yalnızlık, depresyon, yaşlılığı algılama

Kaynaklar:

1. Demir A (1989). UCLA Yalnızlık Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi. 7 (23):14-18.
2. Ertan T, Eker E, Şar V (1997). Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi. 34:62-71.
3. Aksüllü N, Doğan S (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılana sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anatolian Journal of Psychiatry, 5:76-84.
4. Arslantaş E, Ergin F (2011). 50-65 yaş arasındaki bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. Turkish Journal of Geriatrics. 14 (2):135-144.
5. Bekaroğlu M, Uluotku N, Tanrıöver S, Kıpınar I (2001). Depression in elderly population in Turkey. Acta Psychiatr Scand. 84:174-178

YAŞLI BİREYLERDE DEPRESYON, YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nihal Bakar, Rabia Hacıhasanoğlu Aşlar

Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Dünya ülkelerinde ve ülkemizde yaşlı nüfus sayısı giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 nüfus sayımı sonuçlarına göre ülke nüfusunun % 7.2'sinin 65 ve üzeri yaş grubunda yer aldığı bildirilmiştir¹. Yaşlılıkta görülen fizyolojik, anatomik ve psikososyal değişiklikler kronik hastalıklarda artışa neden olmaktadır. Depresyon yaşlılarda görülen en yaygın ruhsal bozukluklardan biri olup, yaşam kalitesi ve üretkenliği olumsuz etkileyen, var olan kronik hastalıkların kötüleşmesine ve ekonomik kayıplara yol açan bir sağlık sorunudur. Depresyonun erken tanı ve tedavisi yaşam kalitesini, günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesini artırmakta ve erken ölümleri önlemektedir². Bu araştırma yaşlı bireylerde depresyon, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı türde yapılan araştırmanın örneklemini, Ekim 2010-Mart 2011 tarihleri arasında Erzincan il merkezinde bulunan Karaağaç, İnönü ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkez'lerine herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üstü 450 birey oluşturmuştur. Veriler tanımlayıcı form, Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) ve Avrupa Sağlık Etki Ölçeği-Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EUROHIS-QOL.8)-(WHOQOL-8.Tr) kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Yaşlı bireylerin % 40'ı 65-69 yaş grubunda olup, % 62.2'sinde (23.06±4.40) yüksek düzeyde, tamamında orta düzeyde (17.31±8.43) depresyon olduğu saptanmıştır. İleri yaş, kadın, bekar ve dul olma, düşük eğitim ve gelir düzeyi, ilde yaşamama, yalnız yaşama, çevreden sosyal destek almama, sağlığı kötü algılama ve herhangi bir kronik hastalığa sahip olma depresyon puan ortalamasını istatistiksel olarak olumsuz yönde etkilerken ($p<0.001$), sigara içmenin olumlu yönde etkilediği saptanmıştır ($p<0.001$). Araştırmaya katılan yaşlıların WHOQOL-OLD duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş ve bugün gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık ve toplam puan ortalamaları sırasıyla 11.8, 12.9, 10.8, 11.0, 10.0, 13.1, 47.0 olarak bulunmuştur. Kadın olmak, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, sağlığı kötü algılama ve herhangi bir kronik hastalığa sahip olma WHOQOL-OLD yaşam kalitesinin her alanını ve toplam puanı, EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasını olumsuz ($p<0.05$, $p<0.001$), sigara içmenin ise WHOQOL-OLD yaşam kalitesinin tüm alanlarını, toplam puanı ve EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasını olumlu yönde etkilediği ($p<0.05$, $p<0.001$) saptanmıştır. İleri yaş, bekar ve dul olma, ilde yaşamama, yalnız yaşama, çevreden sosyal destek almama WHOQOL-OLD yaşam kalitesinin özerklik alanı dışındaki tüm alt alanlarını, toplam puan ortalamasını ve EUROHIS-QOL.8 yaşam kalitesi puan ortalamasını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir ($p<0.001$). Bireylerin WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 ölçeği puan ortalamaları ile GDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, WHOQOL-OLD ve EUROHIS-QOL.8 ölçeği puan ortalamaları arttıkça GDÖ puan ortalamalarının düştüğü ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($r= -.870$, $r= -.830$, $p<0.001$). Bireylerin WHOQOL-OLD ölçeği alt alanlarından duyuşal işlevler; geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri; sosyal katılım; ölüm ve ölmek; yakınlık alanları ve toplam puan ortalamaları ile GDÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r= -.738$, $r= -.774$, $r= -.836$, $r= -.840$, $r= -.714$, $r= -.870$, $p<0.001$), WHOQOL-OLD ölçeği alt alanlarından özerklik alanı puan ortalaması ile GDÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r= -.315$, $p<0.001$).

Tartışma: Bu çalışma sonucuna göre yaşlı bireylerin % 62.2'sinde (23.06±4.40) yüksek düzeyde depresyon belirlenmiş olup, tamamında depresyon puan ortalamaları orta düzeyde (17.31±8.43) bulunmuştur. Evde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada depresyon puan ortalamasının düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir³. Araştırmaya katılan yaşlıların WHOQOL-OLD duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş ve bugün gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık ve toplam puan ortalamaları Eser ve arkadaşlarının⁴ Manisa'da yaptığı WHOQOL-OLD'un geçerlilik güvenilirlik çalışma sonuçlarından daha düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar farklı sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada depresyon varlığının yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada da depresyon varlığının yaşam kalitesini önemli düzeyde olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir⁵.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada yaşlıların çoğunluğunun yüksek düzeyde depresyon yaşadığı, depresyonun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda yaşlılarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlere yönelik sağlık çalışanlarının ve toplumun farkındalığının artırılması ve bu yönde eğitimlerin verilmesi, yaşlıların öncelikli risk grubu olarak kabul edilmesi, yaşlılara yönelik rutin genel

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sağlık ve depresyon taramalarının yapılması, geriatri hastanelerinin ve polikliniklerinin yaygınlaştırılması, ruhsal sağlığı geliştirmeye, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik evde bakım projelerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı bireyler, depresyon, yaşam kalitesi, hemşirelik.

Kaynaklar:

1. Türkiye İstatistik Kurumu. Çevrimiçi: <http://www.tuik.gov.tr/>. Erişim tarihi: 29.09.2011.
2. Nease DE Jr, Maloin JM. Depression screening: a practical strategy. J Fam Pract.2003;52(2):118-124.
3. Hacıhasanoğlu R, Trkleş S. Depression and affecting factors in the old at the age of 65 and over. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2008;11(2):55-60.
4. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık rgt Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD): Türkiye alan alışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi.2010;21(1):37-48.
5. şahin M, Yalçın M. Huzurevinde veya kendi evinde yaşayan bireylerde depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Türk Geriatri Dergisi.2003;6(1):10-13

2-Sağlık Yönetimi

691

30 İLDE SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNİN 2000-2006 YILLARINI KAPSAYAN YEDİ YILLIK DÖNEMDE BAZI YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İSTATİSTİKLERİNİN İNCELENMESİ

Cavit Işık Yavuz

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Türkiye’de yataklı tedavi kurumları, yapısal ve organizasyonel değişiklikler de dahil olmak üzere hemen her yönüyle bir değişim ve dönüşüm süreci içerisinde bulunmaktadır. Kasım 2007’de TBMM’ye sunulan “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” ile başlayan süreç 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 2011 tarihinde tamamlanmış ve yeni düzenleme yürürlüğe girmiştir. Bu çalışma, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Sağlık Bakanlığı hastaneleri üzerine etkilerini, 30 ilde faaliyet gösteren hastaneler ve Bakanlık istatistikleri üzerinden yedi yılı kapsayan(2000-2006) bir süre içerisinde değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlayıcı bir çalışmadır. İncelemeye esas oluşturan veriler, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından her yıl yayımlanan “Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı” verilerinden elde edilmiştir. Bu istatistiklerde ülke toplamı ve iller bazında kamu/özel tüm yataklı tedavi kurumlarına ilişkin veriler sunulmaktadır. Bu kapsamda 2000-2006 yılları istatistikleri incelemeye alınmıştır. Çalışmada 30 ilin verileri incelenmiştir. Bu otuz il sosyoekonomik gelişmişlik sırası ve coğrafi bölgelerine göre seçilmiştir. Devlet Planlama Teşkilatı(DPT) “İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması”nda illeri beş sosyoekonomik bölgeye ayırmaktadır(**DPT 2003**). İllerin seçiminde, sosyo ekonomik gelişmişlik ve coğrafi bölgesel konum birlikte göz önünde bulundurulmuştur. Bunun temel nedeni, hastane istatistiklerinin illerin bölge ve sosyo-ekonomik düzeylerden kaynaklanabilecek farklılıklarını belli bir ölçüde bertaraf etme hedefidir.

İl seçiminde sosyoekonomik gelişmişlik ile idari bölge bir matris haline getirilerek kullanılmıştır. Buna göre;

1. Marmara Bölgesi’nde birinci dereceden 3, ikinci dereceden 8 il (toplam 11 il),
2. Ege bölgesinde birinci dereceden 1, ikinci dereceden 4, üçüncü dereceden 3 il,
3. Akdeniz bölgesinde ikinci dereceden 3, üçüncü dereceden 3, dördüncü dereceden 2 il,
4. İç Anadolu bölgesinde birinci dereceden 1, ikinci dereceden 2, üçüncü dereceden 5, dördüncü dereceden 5 il,
5. Karadeniz bölgesinde ikinci dereceden 2, üçüncü dereceden 8, dördüncü dereceden 6, beşinci dereceden 2 il,
6. Doğu Anadolu bölgesinde üçüncü dereceden 2, dördüncü dereceden 3 il, beşinci dereceden 9 il,
7. Güney Doğu Anadolu bölgesinde, ikinci dereceden 1, dördüncü dereceden 3 il, beşinci dereceden 5 il yer almaktadır.

Üç büyük il (İstanbul, Ankara ve İzmir) çalışma kapsamına alınmış, seçilen diğer iller, oluşturulan çaprazlamadan her bölge ve sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinden en az bir il olmak üzere, sayı arttıkça üçte birlik bir oran göz önünde tutularak kura ile belirlenmiştir. Böylece yukarıda sıralanan bölgelerden sırasıyla 3,7,7,7,6 il belirlenmiştir.

Böylece çalışma kapsamı, Ankara, İstanbul, İzmir (I.derece), Gaziantep, Zonguldak, Eskişehir, Adana, Muğla, Edirne, Bilecik(II.derece), Afyon, Burdur, Kırıkkale, Kırşehir, Karabük, Artvin, Malatya (III.derece), Osmaniye, Kilis, Erzurum, Sinop, Giresun, Aksaray, Yozgat(IV.derece), Iğdır, Ardahan, Ağrı, Siirt, Mardin, Bayburt(V.derece) illeri olarak belirlenmiştir.

Seçilen illerin hastane sayısı, yatak sayısı (fiili yatak), uzman ve pratisyen hekim sayısı, ayaktan bakılan hasta sayısı, operasyon sayıları (büyük, küçük ve orta operasyon), doğum sayıları incelenmiştir. İstatistiklerden elde edilen sayısal veriler yıllara göre karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analizlerde verilerin normal dağılıma uygunluğu kontrol edilerek Kruskal Wallis testi kullanılmış, anlamlı çıkan analizlere Mann-Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Karşılaştırmalarda SPSS for Windows Ver.15.0 paket programı kullanılmış, anlamlılık düzeyi gruplar arası karşılaştırmalarda 0.05 alınmıştır. Analizlerde ihtiyaç duyulan yerlerde karşılaştırma sonuçları Bonferoni düzeltmesi yapılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: İstatistik yıllıklarında belirtilen nüfus verilerine göre, araştırma kapsamındaki otuz ildeki nüfus 2000 yılında 30.8 milyondan 2006 yılında 34.1 milyona çıkmıştır.

I. Hastane ve Yatak Sayıları

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İncelenen otuz ilde hastane sayıları yedi yıllık dönemde değişkenlik göstermektedir. Hastane sayıları, 2001, 2003, 2004, 2005 yıllarında bir önceki yıla göre sırasıyla %0.4, %2.0, %0.8 ve %23.8 düzeyinde artmış, 2003 ve 2006 yıllarında ise bir önceki yıla göre azalmıştır(sırasıyla %8.9 ve %3.8). Yatak sayılarında bir önceki yıla göre artış oranlarında 2005 yılı %53.2'lik artışla dikkat çekmektedir. Diğer yıllardaki artış yüzdeleri ise %2.6(2001), %2.3(2002), %1.6(2003), %4.2(2004) ve %4.4'tür(2006).

II. Hekim Sayıları

Yedi yıllık dönemde incelenen illerdeki uzman hekim sayısı 6999'dan 13016'ya, pratisyen hekim sayısı ise 5848'den 10636'ya çıkmıştır. Hekim sayıları bir önceki yıla göre uzman hekimlerde yıllara göre sırasıyla %3.6, %5.7, %9.2, %8.5, %39.8, %2.6 olarak gerçekleşmiş, pratisyen hekimlerde ise 2004 yılında %0.3 azalma dışında, 2001, 2002, 2003, 2005 ve 2006 yılı için %4.1, %8.1, %2.8, %50.3 ve %4.9 artış saptanmıştır.

III. Poliklinik Sayıları

Otuz ilde incelenen hastanelerde 2000 yılında 24.5 milyon poliklinik başvurusu olmuş, bu rakam 2006 yılında 84.1 milyona çıkmıştır. Bir önceki yıla göre artış yüzdeleri %8.1(2001), %3.2(2002), %6.0(2003), %30.5(2004), %92.8(2005) ve %15.1(2006) olarak belirlenmiştir. Yıllıklardaki nüfus verileri kullanılarak kişi başı poliklinik başvurularının değişimine bakıldığında 2000-2003 yılları arasında 0.8-0.88 aralığında bir artış izlenirken, 2004 yılından itibaren kişi başı başvuru sayısı sırasıyla 1.13, 2.17 ve 2.46 olarak belirlenmiştir.

IV. Operasyon sayıları

Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları'nda büyük, orta ve küçük operasyon değişimleri illerin toplamları alınarak değerlendirilmiştir. Bu illerde 2000 yılında 149 bin büyük, 110 bin orta 212 bin küçük operasyon yapılmışken 2006 yılında bu sayılar sırasıyla 654 bin, 374 bin ve 534 bin olmuştur. Yıllara göre artışlar incelendiğinde büyük operasyonlarda artışlar bir önceki yıla göre %6.4(2001), %6.1(2002), %24.3(2003), %52.3(2004), %74.1(2005) ve %15.9(2006) düzeyindedir. Orta operasyonlar için bu rakamlar 2003 yılı dışında artış yönündedir: %8.9(2001), %6.7(2002), %38.2(2004), %61.5(2005) ve %34.2(2006). İki bin üç yılda orta operasyonlarda bir önceki yıla göre %2.3'lük bir azalma gerçekleşmiştir. Küçük operasyonlarda bir önceki yıla göre artışlar %10.9(2001), %4.5(2002), %15.2(2003), %39.7(2004), %92.2(2005) ve %57.9(2006) düzeyindedir.

V. Karşılaştırmalar

Hastane, yatak sayısı(fili yatak), uzman sayısı, pratisyen sayısı, poliklinik sayısı, operasyon sayıları(büyük, orta, küçük operasyon), doğum sayıları yıllara göre karşılaştırıldığında, 2000, 2001, 2002, 2003 ve 2004 yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır($p>0.05$). Bu yıllara 2005 yılı eklenerek 6 yıl analize alındığında, poliklinik sayıları($p=0.002$), büyük operasyon sayıları($p=0.002$) ve küçük operasyon sayıları($p=0.03$) arasında anlamlı farklılık izlenirken, diğer başlıklarda herhangi bir anlamlı farklılık yoktur. İncelenen dönemin son yılı olan 2006 yılı eklenerek 7 yıllık dönem analize alındığında da yukarıda belirtilen üç başlıkta anlamlı farklılık olduğu görülmüştür(Her üçünde de $p=0.001$).

Yedi yıllık dönemde anlamlı farklılık çıkan başlıkların(poliklinik, büyük ve küçük operasyon sayıları) ikili karşılaştırmalarında aşağıdaki sonuçlar dikkat çekmektedir:

- Poliklinik sayılarında yıllar arasındaki farklılıklar: 2001-2005($p=0.001$), 2002-2005($p=0.001$), 2003-2005($p=0.003$), 2001-2006($p=0.001$), 2002-2006($p=0.001$), 2003-2006 ($p=0.001$).
- Büyük operasyon sayılarında yıllar arasındaki farklılıklar: 2001-2005($p=0.001$), 2002-2005($p=0.001$), 2001-2006($p=0.001$), 2002-2006($p=0.001$).
- Küçük operasyon sayılarında yıllar arasındaki farklılıklar: 2001-2005($p=0.002$), 2002-2005($p=0.001$), 2003-2005($p=0.002$), 2001-2006($p=0.001$), 2002-2006($p=0.001$), 2003-2006 ($p=0.001$).

Üç büyük il(İstanbul, Ankara, İzmir) çıkarılarak yapılan analizde de poliklinik ve operasyon sayıları(büyük ve küçük) arasındaki farklılık sürmekte, diğer başlıklarda farklılık izlenmemektedir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Analizler sonucunda yedi yıllık dönemde hastane, yatak, uzman, pratisyen hekim, orta büyüklükteki operasyon ve doğum sayılarında anlamlı farklılık yokken poliklinik, büyük operasyon ve küçük operasyon sayılarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılıklar bir çok yılın birbirinden farkından kaynaklanmakla birlikte, farklılıkların özellikle 2005 ve 2006 yılını kapsayan ikili karşılaştırmalarda ön planda olduğu ve bu karşılaştırmalarda farkların çoğunlukla 2004 öncesi yıllarla ortaya çıktığı dikkat çekmektedir.

Bilindiği gibi, 2005 yılında SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve Sağlık Bakanlığı hizmet unsurları ve kapsamı genişlemiştir (**Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun, 19.01.2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete**). Bu nedenle SSK hastanelerinin devri, 2005 ve 2006 yılları katılınca belirli başlıklarda farklılığın ortaya çıkışını açıklayıcı bir gelişme olarak ele alınabilir. Ancak, burada dikkati çeken, hastane, yatak ve hekim sayılarında anlamlı bir değişim saptanmamışken poliklinik ve operasyon sayılarında(büyük ve küçük operasyon) farklılığın ortaya çıkmasıdır. Bu durum, hastanelerin altyapılarının ve insan gücünün(hekim temelinde) anlamlı bir biçimde değişmeksizin verilen hizmet sayısının ciddi düzeyde arttığının göstergesidir. Kişi başı başvuru sayılarında 2003 ve sonrasındaki artış ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

özellikle son iki yıldaki başvuru düzeyi bu durumu desteklemektedir. Üç büyük il çıkarılarak yapılan analizlerde de benzer bir manzara ile karşılaşılmaktadır. Farklı sosyoekonomik gelişmişlik ve coğrafi özellikler gösteren illerde benzer değişimlerin yaşandığı düşünülebilir.

Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili dokümanlarda hastanelerdeki değişimin bir çok başlığına değinilmektedir. Bu başlıklar arasında 2008 yılına kadar 20 bini aşkın hasta yatağının mevcut kapasiteye eklenmesi de yer almaktadır (**Sağlık Bakanlığı İlerleme Raporu 2008**). Buna karşın çalışmada yatak sayıları arasında yıllara göre bir farklılık saptanmamıştır. Artan yatak kapasitesine karşın, artışın incelenen 30 ilde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık doğurmadığı izlenmektedir.

Dönem içerisinde bir diğer değişiklik “performansa göre ek ödeme” uygulamaları olmuştur. Ek ödeme sisteminde gerek ödenen miktarın tavanı gerekse de ek ödeme biçiminde değişimler yaşanmıştır. Ödeme tavanı maaşın %100’ünden %150-800 aralığına yükseltilmiştir. Sağlık Bakanlığı bu değişimi “öncelikle yapılan işle maddi katkı arasında bir paralellik kurularak, zamanın ve potansiyelin daha verimli kullanılabileceği bir sistem” olarak nitelemekte ve “hizmeti üretenlerin katkıları oranında bunun karşılığında pay almaları hakkaniyete uygun” bulunmaktadır. Buna göre hastanelerde verilen hizmetler “ölçülebilir” hale getirilmiştir (**Sağlık Bakanlığı İlerleme Raporu 2008**). Performansa dayalı ek ödeme sistemi, bakılan hasta, yapılan ameliyat, cerrahi girişim vb işlemler için her biri ayrı olmak üzere bir puanlama sistemi getirmektedir. Hekimlerin ek gelir elde etme düzeyleri verdikleri “ölçülebilir hizmet”lerle ve bu hizmetlerin kayda geçmesiyle doğrudan bağlantılı olduğundan hastanelerde yürütülen hizmetler çeşitli biçimlerde etkilenmektedir. Bu araştırmada incelenen diğer başlıklarda ortaya çıkmamasına rağmen poliklinik, büyük ve küçük operasyonlarda anlamlı artışların olması performansa dayalı ek ödeme sisteminin hizmete etkilerini düşündürülebilir. Ancak bu çalışmada bu etkinin olup olmadığını ortaya koyabilecek bir değerlendirme yapma olanağı yoktur. Uzmanlık Dernekleri saptamalarına göre, performansa dayalı ek ödeme uygulamalarının sağlık sistemi üzerine etkileri “tıbbi hizmet sunumuna etkileri, hasta haklarına etkileri, hekimlerin özlük haklarına etkileri, tıp eğitimine etkileri, bilimsel araştırma ve yayın etkinliklerine etkileri” olmak üzere beş başlıkta toplanmaktadır. Tıbbi hizmet sunumuna etkiler başlığında performans sisteminin “hekimleri, emeklerinin karşılığını almak adına tıbbi endikasyon dışı ya da zorlama endikasyonlu işlem yapmaya yöneltebil”diği belirtilmekte, bu durumun da hizmet sunumuna yandığı ifade edilmektedir (**UDEK Raporu 2011**). Son dönemi de kapsayan 10 yıllık bir süreçte gerek Sağlık Bakanlığı gerekse de tıp fakülteleri ve özel hastanelerde hastane yataklarının daha yoğun kullanımı, toplam başvurular içerisinde yatan hasta oranlarının azalması ve daha çok ayaktan başvuru artışının dikkate çektiği belirtilmektedir (**Yavuz C.I. 2010**). Hastane, yatak ve hekim sayılarında değişim olmaksızın poliklinik ve operasyon sayılarının anlamlı artışı yukarıda sıralananlara ek olarak, hastanelerdeki kayıt sistemi değişiklikleri ve hekimlerin kayıt davranışları, hekimler özelinde yarı süreli çalışma oranlarındaki değişimler, çalışma sürelerinin değişimi vb faktörlerden etkilenmiş olabilir.

Değişen nüfus yapısı, değişen hastalık profili ve sağlık sistemlerinin belirleyicisi çok faktörlü dinamiklerin varlığı hastanelerin sağlık hizmetleri içerisindeki yeri ve işleyişini etkilemektedir. Hastaneler yapısal olarak değişime zorlayıcı bazı unsurlarla karşı karşıyadır. Bu unsurlar arasında, gerek hizmet maliyetlerinin gerekse de geri ödeme sistemlerinin baskısı ile maliyetlerin sınırlandırılması ve verimlilik artışı, teknolojinin hastane hizmetlerinin çok farklı alanlarına yoğun bir şekilde girişi ve hızlı değişimi başlıkları yer almaktadır(**Edwards N., Wyatt S., McKee M., 2004**).

Sonuç olarak farklı coğrafi bölge ve sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerinden seçilen iller üzerinden yapılan bu değerlendirme, çalışmanın tanımlayıcı olma özelliğine karşın ülke genelinde benzer değişimlerin yaşandığını düşündürmektedir. İncelenen dönem içerisinde ve 30 ilde altyapı ve hekim-insan gücünde anlamlı bir değişim olmaksızın poliklinik ve bazı operasyon türlerinin(büyük ve küçük) sayılarında anlamlı artışlar olmuştur ve bu durum bir çok faktöre bağlanabilir. Sağlık istatistiklerinin illere göre ayrıntılı olarak yayınlanması farklı sosyoekonomik düzeylerdeki illerin karşılaştırılması açısından yararlıdır.

Anahtar sözcükler: Hastane, hastane istatistikleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri.

Kaynaklar :

Devlet Planlama Teşkilatı, 2003. “İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması”. Yayın no: DPT 2671, Mayıs.

Edwards N., Wyatt S., McKee M., 2004. Policy brief. Configuring the hospital in the 21st century. European observatory on health systems and policies <http://www.euro.who.int/document/e84697.pdf>, erişim tarihi: Nisan 2011

Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair Kanun 19 Ocak 2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete. Resmi Gazete web sayfası <http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx> Erişim:Nisan 2011.

İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı 2008. Ed:Akdağ R.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Ağustos.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Uzmanlık dernekleri eşgüdüm Kurulu(UDEK), 2011. "Sağlık sisteminde performans uygulamalarının mesleki değerlere etkileri ve etik sorunlar" çalıştay raporu ve sonuç bildirgesi, TTB-UDEK Çalışma Grubu. www.ttb.org.tr/udek/images/.../ttb_udek_etik_calistay_sonuc_bildirgesi.doc Erişim tarihi: Haziran 2012.

Yavuz C.I., 2010. İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinde Değişim: Hastanelere Bakış. Almanak 2009, İstanbul 2010.

Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2000, SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 2001.

Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001, SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 2002.

Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2002, SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 2001.

Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2003, SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 2004.

Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2004, SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 2005.

Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005, SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 2006.

Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2006, SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 2007

928

ANKARA'DA ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNDAKİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN HASTA HAKLARI HAKKINDA BİLGİ, TUTUMLARI

F. Nur Aksakal, Remzi Aygün, Tuğba Özdemirkan, Seçil Özkan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

Giriş-Amaç: İnsan haklarının içerdiği en temel haklardan biri olan hasta hakları; hastayla sağlık çalışanları arasında bireysel, toplumsal düzeyde ortaya çıkan, karşılıklı görev ve sorumlulukları içeren hekimlerin öncülüğünde ortaya atılmış bir kavramdır. Toplumda, insan haklarının ve sağlık hakkının yerleşmesini, kişilere bu hakların eksiksiz ulaşmasını sağlamak, başta hekimler olmak üzere, tüm sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluğudur. Bu sorumluluklarını gözetmeyen, yerine getirmeyen sağlık çalışanı, tedavi edici hizmetler alanındaki sorumluluklarını da yerine getiremez. Toplumların ve ülkelerin yasalarındaki değişimler, tıpta ve hasta hakları konusundaki ilerlemeler bu hakların geliştirilmesinde, deneyime dayalı ölçümleri zorunlu kılmaktadır. Hasta haklarının geliştirilmesi ve ihlallerden korunmasının sağlanmasını teminen, mevcut araçların sürekli biçimde gözden geçirilip güncellenmesi gerekmektedir. Bu nedenle sağlık kurum ve kuruluşları, çalışanlarının hasta hakları konusunda bilgi düzeylerini ve bu konudaki tutumlarını belirli aralıklarla değerlendirmelidirler.

Bu çalışmanın amacı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlilerin hasta hakları konusunda bilgi düzeylerini, tutumlarını ve hasta hakları yönetmeliğinden alınan önermeler hakkında düşüncelerini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Haziran 2010'da yapılan kesitsel-tanımlayıcı tipteki bu araştırma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde görev yapmakta olan araştırma görevlilerinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Dahili, cerrahi tıp bilimlerinde çalışan toplam 544 araştırma görevlisinin tamamına ulaşılmak hedeflenmiş, 426'sına (%78.3'üne) ulaşılmıştır. Temel tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlileri hasta bakmadıkları gerekçesiyle araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Katılımcılara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, olurları alındıktan sonra çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Geliştirilen anket formu yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmış olup, anketin uygulama süresi ortalama 15 dakikadır. Ankette; kişinin tanımlayıcı özellikleri, çalıştığı birim, meslekte toplam hizmet süresi, günlük ortalama çalışma saati, günlük muayene sayısı, hastaya ayrılan ortalama süre, hastayı bilgilendirmek için ayrılan ortalama süre, hasta hakları konusundaki genel bilgi düzeyi sorgulanmıştır. Hasta hakları yönetmeliği hakkındaki düşünceleri içeren 24 önermeye katılma durumu 5'li Likert Ölçeği kullanılarak araştırılmıştır. Araştırma verisi SPSS 15.0 istatistik paket programına girilerek değerlendirilmiştir. İstatistiksel analiz olarak, tanımlayıcı istatistikler (frekans, ortalama), χ^2 testi ve Fischer'in Kesin Testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı veri ortalama(\pm)standart sapma, frekans dağılımı, yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: İncelenenlerin yaş ortalaması 28.5 ± 2.9 olup %59.4'ü 24-28 yaş grubunda, %40.6'sı 29 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %55.2'si kadın, %44.8'i erkektir. İncelenenlerin %61.0'ı dahili bilimlerde, %39.0'ı cerrahi bilimlerde ihtisas yapmakta, %57.0'ı serviste, %43.0'ı poliklinikte çalışmaktadır. Meslekteki hizmet süresi ortalama 3.7 ± 2.6 yıl olup %36.6'sının 3-4 yıl arasında, %36.4'ünün 1-2 yıl arasında değişmekte, %27.0'ının 5 yıl

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ve üzerindedir. Kurumda çalışma süresi ortalama 2.5 ± 1.4 yıl olup %55.2'sinin kurumda çalışma süresi 1-2 yıl arasında değişmekte, %44.8'inin 3 yıl ve üzerindedir. Günlük ortalama çalışma süresi 10.6 ± 2.8 saattir. Günlük ortalama çalışma süresi %39.0 ile 9-10 saat, %37.6 ile 11 saat ve üzerinde, %23.4 ile 7-8 saattir. Günlük muayene sayısı ortalama 31.9 ± 18.6 'dır. Günlük muayene sayısı 25 ve altı olanlar %38.5, 26-49 arasında %38.7, 50 ve üzeri olanlar %22.8'dir. Bir hastaya ayrılan süre ortalama 15.8 ± 11.7 dakikadır. Bir hastaya ayrılan ortalama süre %43.0 ile 10 dakika ve daha az, %42.8 ile 11-20 dakika arasında, %14.2 ile 21 dakika ve daha fazladır. Bir hastayı bilgilendirmek için ayrılan süre ortalama 5.3 ± 4.4 dakikadır. Bir hastayı bilgilendirmek için ayrılan süre %41.3 ile 4-6 dakika, %38.5 ile 1-3 dakika arasında, %20.2 ile 7 dakika ve daha fazladır. İncelenenlerin hasta haklarıyla ilgili %50.0'ı kısmen, %37.7'si bilgi sahibi olduğunu, %12.3'ü bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %63.7'si hasta haklarıyla ilgili eğitim almadığını, %36.3'ü aldığını belirtmiştir. İncelenenlerden hasta haklarıyla ilgili bilgisi olduğunu belirtenlerin %84.1'i bilgi kaynağı olarak mezuniyet öncesi dersleri, %64.4'ü interneti, %40.1'i gazeteleri, %39.7'si televizyonu, %30.5'i mezuniyet sonrası aldığı eğitimi belirtmiştir. Hasta haklarıyla ilgili eğitim aldığını belirtenlerin %87.6'sı mezuniyet öncesi, %28.8'i mezuniyet sonrası eğitim aldığını belirtmiştir. Hasta haklarıyla ilgili bilgi düzeyinin %26.1'i yeterli, %49.6'sı orta, %24.2'si yetersiz olduğunu belirtmiştir. İncelenenlerin %66.5'i hasta haklarıyla ilgili eğitime ihtiyacı olduğunu, %83.1'i hasta ve hasta yakınlarının hasta haklarıyla ilgili eğitim alması gerektiğini, %91.1'i sağlık personelinin hasta haklarıyla ilgili eğitim alması gerektiğini düşünmektedir. "Hasta hakları ile ilgili ne biliyorsunuz?" sorusuna cevap verenlerin %52.3'ü sağlık kuruluşunu/doktoru seçebilme, %45.1'i aydınlatılmış onam, %34.3'ü tedaviyi reddetme, %17.9'u mahremiyete saygı, %11.7'si sağlık hizmetine kolay ulaşabilme, %7.9'u tedaviyle ilgili bilgi alma, %5.8'i dava etme, %2.0'ı etik değerlere uyulması, %1.6'sı sır saklama, %1.2'si ötenazi ve %0.8'i sağlık güvencesi hakkını bildiklerini belirtmişlerdir. "Çalıştığınız kurumda hasta hakları ile ilgili bilgilendirme yapılıyor mu?" sorusuna katılımcıların %8.1'i evet, %46.9'u hayır, %44.9'u fikrim yok yanıtını vermiştir. Evet diyenlerin %57.6'sı bilgilendirmeyi araştırma görevlilerinin, %42.4'ü öğretim üyeleri/görevlilerinin yaptığını, %66.7'si bilgilendirmenin sözlü, %18.2'si yazılı, %15.1'i İSO belgeleriyle yaptığını belirtmiştir.

"Hasta hakları yönetmeliğini duydunuz mu?" sorusuna yanıt verenlerin %64.9'u duyduğunu, %35.1'i duymadığını belirtmiştir. "Hasta hakları yönetmeliğini okudunuz mu?" sorusuna yanıt verenlerin 405 kişiden %84.4'ü okumadığını, %15.6'sı okuduğunu belirtmiştir. "Çalıştığınız kurumda hasta hakları ile ilgili bir kurul ya da birim var mı?" sorusuna yanıt veren incelenen 408 kişiden %14.2'si çalıştıkları kurumda hasta hakları ile ilgili bir kurul ya da birim olmadığını, %34.3'ü olduğunu, %51.1'i fikri olmadığını belirtmiştir. "Sağlık kuruluşlarında hasta ve yakınlarının hasta hakları için yönlendirileceği bir birim olmalı mı?" sorusuna %80.1'i evet, %8.6'sı hayır, %11.3'ü fikri olmadığını yanıtını vermiştir. İhtisas yapılan alan ve çalışılan birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$). Dahili bilimlerde ihtisas yapanlardan (%15.0'ı) bilgili olmadığını belirtenlerin sıklığı cerrahi bilimlerde ihtisas yapanlardan (%6.3'ü) bilgili olmadığını belirtenlerin sıklığından, serviste çalışanlardan (%54.1'i) kısmen bilgili olduğunu belirtenlerin sıklığı, poliklinikte çalışanlardan (%44.5'i) kısmen bilgili olduğunu belirtenlerin sıklığından daha fazladır. Çalışılan birim ve kurumdaki çalışma süresi ile hasta haklarıyla ilgili eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p > 0.05$), ihtisas yapılan alan ve meslekteki hizmet süresi arasında fark vardır ($p < 0.05$). Dahili bilimlerde ihtisas yapanların %30.8'i, cerrahi bilimlerde ihtisas yapanların %45.8'i hasta haklarıyla ilgili eğitim aldığını belirtmiştir. Meslekteki hizmet süresi 1-2 yıl olanların %38.2'si, 3-4 yıl olanların %41.6'sı, ≥ 5 yıl olanların %41.6'sı eğitim aldığını belirtmiştir. İhtisas yapılan alan, çalışılan birim, meslekteki hizmet süresi ve kurumdaki çalışma süresi ile hasta haklarıyla ilgili eğitim ihtiyacı olduğunu düşünme durumu, hasta ve yakınlarının hasta haklarıyla ilgili eğitim alması gerektiğini düşünme durumu, sağlık personelinin hasta haklarıyla ilgili eğitim alması gerektiğini düşünme durumu, çalışılan kurumda hasta haklarıyla ilgili bilgilendirme yapılma, hasta haklarıyla ilgili yönetmeliği duyma, yönetmeliği okuma, sağlık kuruluşlarında hasta ve yakınlarının hasta hakları için yönlendirileceği bir birim olması gerektiğini düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). İhtisas yapılan alan, çalışılan birim, meslekteki hizmet süresiyle çalışılan sağlık kuruluşunda hasta haklarıyla ilgili bir kurul ya da birim varlığını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), kurumda çalışma süresi arasında fark yoktur. Dahili bilimlerde ihtisas yapanlar, poliklinikte çalışanlar çalıştıkları kurumda kurul ya da birim olduğunu daha fazla sıklıkta belirtmişlerdir.

"Hasta, hangi sağlık kuruluşlarından hangi hizmeti ne şartlarda alabileceği konusunda bilgi isteyebilir" önermesine yanıt veren 399 kişiden %88.7'si, "Hasta sağlık kuruluşunu seçebilir ve değiştirebilir" önermesine %89.5'i, "Hasta kendisine müdahale eden sağlık personelinin tanıma hakkına sahiptir" önermesine %83.8'i, "Hastanın sağlık hizmeti verecek personeli seçme ve değiştirme hakkı vardır" önermesine yanıt veren 423 kişiden %89.2'si, "Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhis, tedavi ve bakım hakkına sahiptir" önermesine %88.9'u, "Tıbbi gereklilikler dışında hastaya müdahale edilemez" önermesine

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

%68.6'sı, "Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları inceleyebilir ve bir suretini alabilir" önermesine %79.2'si, "Hasta, sağlık durumu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemler, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir" önermesine yanıt veren 424 kişiden %88,0'ı, "Bilgi hastanın anlayabileceği şekilde, hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilmelidir" önermesine %88.9'u, "Hasta mahremiyetinin korunması gereklidir" önermesine %90.1'i katıldığını, "Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez" önermesine yanıt veren 423 kişiden %10.8'inin katılmadığını belirtmiştir.

Tartışma: Hasta hakları, insan hak ve değerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade eden hakları kapsamakta olup, oldukça geniş boyutludur. Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan Hasta Hakları Yönetmeliği, baz alınarak yapılan bu çalışmada, Gazi Hastanesi'ndeki araştırma görevlilerinin hasta hakları konusunda bilgi düzeyleri, tutumları değerlendirilmiştir. Bu çalışmada hekimlerin çoğunluğu hasta hakları konusunda kısmen bilgi sahibi olduğunu düşündüğünü, ancak bu konuda eğitim almadığını, eğitime ihtiyacı olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Hekimlerin çoğunluğu hasta hakları yönetmeliğini duyduğunu ancak yönetmeliği okumadığını belirtmiştir. Turla ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hekimlerin %63,1'inin ülkemizde hasta hakları ile ilgili yasal bir düzenlemenin varlığından haberdar olduğunu, ancak, yasayı tam olarak bilmedikleri belirtilmiştir (1). Özdemir ve arkadaşlarının yaptıkları benzer bir çalışmada; yasal düzenleme olduğunu bilenlerin sıklığı %49,0, bu yasal düzenlemeleri okuyanların sıklığı %22,2 olarak bildirilmiştir (2). Bu çalışmada ülkemizde hasta hakları ile ilgili yasal bir düzenlemenin varlığından haberdar olma sıklığı Turla ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmayla benzer, Özdemir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın sıklığından daha yüksek olmasına karşın yasal düzenlemeleri okuyanların sıklığı Özdemir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmadan daha düşüktür. Yapılan bu çalışmalardan elde edilen veriler, hasta hakları konusunda bilgi eksikliği olan, yasal düzenlemelerden haberdar olmayan hekimlerin, hasta-hekim ilişkilerinde yaşanabilecek yasal sorunlara zemin hazırladıklarını göstermektedir. Bu çalışmada araştırma görevleri en fazla sıklıkta "Hasta, hangi sağlık kuruluşlarından hangi hizmeti ne şartlarda alabileceği konusunda bilgi isteyebilir", "Hasta sağlık kuruluşunu seçebilir ve değiştirebilir", "Hasta kendisine müdahale eden sağlık personelinin tanıma hakkına sahiptir", "Hastanın sağlık hizmeti verecek personeli seçme ve değiştirme hakkı vardır", "Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhis, tedavi ve bakım hakkına sahiptir", "Hasta, sağlık durumu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemler, bunların faydaları, muhtemel sakıncaları konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir", "Bilgi hastanın anlayabileceği şekilde, hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilmelidir", "Hasta mahremiyetinin korunması gereklidir" önermelerine katıldıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum hekim seçme hakkı, tedavi hakkı, bilgilendirme hakkı, mahremiyet ve gizlilik hakkını daha çok benimsediklerini göstermektedir. Sur ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hekimlerin hasta hakları sorgulandığında ilk sıralarda hekim seçme (%18.7) ve bilgilendirme hakkını (%18.0), daha sonra tedaviyi reddetme (%10.4), tedaviyi seçme (%10.2), eşit hizmet görme (%7.1), mahremiyet ve gizlilik hakkını (%4.8) ifade ettiklerini bildirmişlerdir (3). Hasta Hakları Yönetmeliği'nde (4) belirtilen hasta haklarının önermeler halinde sorulmasında hekimlerin verdikleri yanıtların değişik yüzdeler göstermesi, yönetmeliği okuma sıklığının düşük olması hekimlerimizin yönetmeliği tam olarak bilmediklerini göstermektedir. "Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez" önermesine yanıt veren 423 kişiden %10.8'inin katılmadığını ifade etmesi çarpıcı bir sonuçtur. Hekim hastasını bilgilendirmekle yükümlüdür. Bu bilgilendirme açık, anlaşılabilir bir dille ve hastanın kültür düzeyine uygun şekilde sevecen bir yaklaşımla anlatılmalıdır. Bunun sonrasında da mutlak bir onam alınmalıdır. Hekim bu sorumluluğunu ancak bilgi sahibi olarak yerine getirebilir. Bu çalışmada hekimlerin orta düzeyde bilgi sahibi olduğu söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler: Hasta haklarının sağlık hizmeti sunan sağlık personeline bilinmesi, verilen hizmetin kalitesinin artırılması için son derece önemlidir. Bu konuda yasal düzenlemeler yapılmış olması tek başına yeterli değildir. Yapılmış olan düzenlemelerin hayata geçirilebilmesi de önemlidir. Bu nedenle başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgili, duyarlı ve uygulayıcı olması, kurumların personeline konuyla ilgili eğitim vermesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Hasta hakları, hekim, bilgi, tutum, hasta hakları yönetmeliği

Kaynaklar:

1. Turla A., Karaarslan B., Dabak F., "Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Görev Yapan Hekimlerin "Aydınlatılmış Onam" Konusundaki Bilgi ve Tutumları", Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp ve Halk Sağlığı Anabilim Dalları, SAMSUN

2. Özdemir H., Salaçin S., Ergöner A. Hasta Hakları Yönetmeliği ve Hekim Duyarlılığı. T.Klin. Tıp Etiği. 2000; 8: 32–37.
3. Sur H., Söylemez D., Özkan E., Belirgen M., Toker S., Ercan H., Hayran O., Hekim ve Hastaların ‘Hasta Haklarına’ Yaklaşımları, 1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000 Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumlar Yönetimi, Bildiri Kitabı, S:403-407, 20-21 Mayıs, 2000, Ankara.
4. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete, No:23420, 01.08.1998, sayfa: 67-76.

625

ANKARA’DA AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA İLİŞKİN BİLGİ TUTUM VE MEMNUNİYET DEĞERLENDİRMESİ

Sefer Aycan, Seçil Özkan, Emine Avcı, Tuğba Özdemirkan, Emine Füsün Civil

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Doğan her canlı, sağlıklı yaşama hakkı ile birlikte dünyaya gözlerini açar. Bu hakkın korunabilmesi için olabildiğince kaliteli ve yeterli sağlık hizmetini vatandaşlarına sunmak, devletin ve hükümetlerin görevidir. Hükümetlerin bu görevlerini yerine getirmedeki başarısı, toplumun gerçek sağlık ihtiyaçlarına; ülkenin coğrafik, ekonomik ve kültürel koşullarına uygun düzenlemeler yapmasına bağlıdır

Aile hekimliği sistemi ile birlikte Türkiye’de sağlık ocağı modeli ve hizmet anlayışı sona ermiştir. Birinci basamak tedavi hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu hizmetlerden bazıları aile hekimine, diğer tüm hizmetler toplum sağlığı merkezine verilmiştir. Böylece önce aile sağlığı merkezleri ve sonra toplum sağlığı merkezleri kurulmuştur. Aslında iç içe olan ve olması gereken koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetleri, hatta bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri birbirinden tamamen ayrılmıştır. Aile sağlığı merkezlerinin görevleri bir hekim ve yardımcı sağlık personeline yüklenerek, ekip anlayışı ilkesinden de vazgeçilmiştir.

Ülkemizde pilot uygulama olarak başlanan aile hekimliği Türkiye’ye genellenmiştir. Bu durum hizmet alan halkımız açısından önem arz etmektedir. Genelleştirmeler yapmadan önce hizmeti her yönüyle değerlendirmeye yönelik araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu nedenle çalışmada aile hekimliği uygulamasını Ankara’da değerlendirmenin yararlı olacağı düşünülmüştür.

Bu çalışmada, Ankara il merkezindeki bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran ve hizmet alan 18 yaş üstü kişilerin aile hekimliği uygulamasına ilişkin bilgi, tutum ve memnuniyet durumlarını saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 5-21 Ekim 2010 tarihleri arasında Ankara il merkezinde Etimesgut, Sincan ve Gölbaşı Grup Başkanlığı bölgesindeki Gölbaşı 2 No’lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Sincan 9 No’lu ASM, Eryaman 2 ve 3 No’lu ASM’lerine herhangi bir nedenle başvuran ve hizmet alan on sekiz yaş üstü kişilere uygulanmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırma dönemi içerisinde Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran on sekiz yaş üstü kişi sayısı 3880 kişidir. 3880 kişilik evrenden %50 bilinmeyen sıklık alınarak, %3 sapma ve %95 güven aralığında 837 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Ulaşılan ve anket uygulamasını kabul eden 850 kişidir. Bu kişilere araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verildikten ve onayları alındıktan sonra hazırlanmış olan anket formu yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Anketin uygulanma süresi yaklaşık 10 dakikadır.

Veriler bilgisayara SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığı ile yüklenmiş ve istatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Veriler ortalama(±)standart sapma, frekans dağılımı yüzde olarak sunulmuştur.

Bulgular: Araştırma kapsamında 850 kişiye ulaşılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcıların %56.0'sı kadın, %44.0'ü erkektir. Yaş ortalaması 38.41±13.78 olup %25.2'si 27-35 yaş gurubunda, %75.4'ü evli, %37.2'si lise mezunu, %38.2'si ev hanımı, %38.2'si sosyal güvencesinin SSK olduğunu, % 39.4'u aylık gelirinin 1201-1800 TL olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılardan Aile Sağlığı Merkezinde hangi hizmetlerin verildiğini bildiğini belirtenlerin %91,6'sı aile sağlığı merkezinin görevini reçete yazmak, %76,8'i poliklinik muayenesi, %56,8'i aşı yapmak, %26,9'u gebelik takibi, %24.6'sı sağlam çocuk izlemi, %23,0'ı aile planlaması danışmanlığı, %19,0'ı aile planlaması hizmetleri, %1'i diğer hizmetler(rapor, koruyucu sağlık hizmetleri) olarak ifade etmiştir.

Aile Sağlığı Merkezine başvuru sebebini belirten katılımcıların % 4'ü sağlam çocuk izlemi, % 6.6'sı bağışıklama, % 44.6'sı reçete yazdırmak, % 1.1'i gebelik takibi, % 50.0'si poliklinik muayenesi, % 0.4'ü aile planlaması danışmanlığı, % 0.6'sı aile planlaması yöntemi almak, %4.3'ü yakın arkadaşına eşlik etmek amacıyla başvurduğunu belirtmiştir(İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir, yüzdeler yanıt veren 818 kişi üzerinden hesaplanmıştır).

Aile hekimliği ile ilgili bilgiyi katılımcıların % 57.7'si televizyondan, % 12.8'i gazeteden, % 6.1'i broşürlerden, %10.1'i sağlık çalışanlarından, %14.1'i internetten, %24.8'i yakın çevrelerinden aldığını ifade etmiştir.

Katılımcıların %84.6'sı Aile hekiminin kim olduğunu bildiğini, %4.4'ü Aile hekimliği ile ilgili bilgi vermek için kendilerini ziyarete gelen olduğunu, ziyarete gelen olduğunu bildirenlerin %8.8'i doktorları tarafından ziyaret edildiğini, %4.8'i bilgi vermek için kendilerini arayan kişilerin olduğunu, kendilerini arayan kişiler olduğunu bildirenlerin %4.9'u doktorları tarafından arandığını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %71.8'i Aile Sağlığı Merkezine her başvurularında zorunlu olarak hep aynı doktora muayene olmaları gerektiğini bildiğini, %81.1'i her gelişlerinde hep aynı doktora muayene olmayı istediklerini, %6.6'sı istemediklerini belirtmişlerdir.

Aile hekiminin değiştirilmesi konusunda fikir beyan eden(%99.4) katılımcılardan %84.5'i değiştirmeyi düşünmediğini, %7.0'ı değiştirmeyi düşündüğünü, %8.3'ü ise kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Aile sağlığı merkezinde tıbbi alet ve donanımın yeterli olduğunu düşünüyorum önermesine %32.7'si katılmadığını, aile hekiminin benimle yeterince ilgilendiğini düşünüyorum önermesine %76.8'i katılmadığını, aile hekiminin teşhis ve tedavilerinin doğruluğundan bazen şüphe duyuyorum önermesine %57.1'i katıldığını, olabilecek sağlık sorunlarına karşı buradaki uygulama sayesinde kendimi güvende hissediyorum önermesine %55.7'si katılmadığını, aile hekimime muayene olabilmek için uzun süre bekliyorum önermesine %68.1'i katıldığını, aile hekiminden aldığım sağlık hizmetinden genel olarak memnunum önermesine %77'si katılmadığını, aile hekimimin bana yeterli zaman ayırdığını düşünüyorum önermesine %76'sı katılmadığını, aile hekimimin beni sağlığımla ilgili kararlara dahil ettiğini düşünüyorum önermesine %58.7'si katılmadığını, aile hekimimin şikayetlerim ve hastalığımı hakkında yeterli açıklama yaptığını düşünüyorum önermesine %68.8'i katılmadığını, sağlığımla ilgili konuları danışabilmek için aile hekimime kolaylıkla ulaşabiliyorum önermesine %59.8'i katılmadığını, ülkemizdeki sağlık sisteminin yeniden düzenlenmesi gerektiğini düşünüyorum önermesine %36.3'ü katılmadığını, %38.1'i kararsız olduğunu, hastaneye gitmeden de ihtiyacım olan sağlık hizmetini buradan alabiliyorum önermesine %42.2'si katılmadığını ifade etmiştir.

Aile hekiminin kendilerine karşı davranışlarından memnun olan katılımcılardan en az bir neden belirtenlerin %43.0'ü aile hekiminin yakın davranışını, %23.4'ü kendisiyle yeterince ilgilenmelerini memnuniyet sebebi olarak ifade etmiştir.

Aile hekiminin kendilerine karşı davranışlarından memnun olmayan katılımcılardan en az bir neden belirtenlerin %24.3'ü genel olarak memnuniyetsiz olduğunu, %27.0'ı aile hekimlerinin kendilerine yeterince ilgi göstermediğini, %16.2'si ise kendilerine karşı kötü davranışta bulunulduğunu ifade etmiştir.

Tartışma: Aile hekimliği hizmetini kullananların aile hekimliği hakkında bilgi, tutum ve memnuniyeti belirlemek amacıyla yapılan araştırmada araştırmaya katılan 850 kişinin Aile Sağlığı Merkezine başvuru sebeplerinin %94.6 muayene olmak veya ilaç yazdırmak amacıyla olduğu görülmektedir. Her ne kadar Aile hekimliği uygulamasına

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yönelik pilot kanunda aile hekiminin görevinin kişiye yönelik koruyucu hizmet ve birinci basamak tedavi hizmeti olduğu belirtilmiş olsa da kişiye yönelik koruyucu hizmet talebi ile başvuru %12.7 düzeyindedir. Hatta başvuranların %44.6'sının amacını "reçete yazdırmak" olarak ifade etmesi aile hekimliğinden beklentiyi ve algılamayı göstermektedir. 2005 yılında Ankara'da Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda sağlık reformu öncesi yapılan bir çalışmada ise başvuru sebeplerini katılımcıların % 39,8'i poliklinik hizmeti/ tedavi hizmeti, % 22,4'ü reçete yazdırmak olarak belirtmiş koruyucu hizmet ile beklentinin %25 düzeyinde olduğu saptanmıştır (1). Bu durum halkın sağlık ocaklarından daha çok koruyucu sağlık hizmeti beklentisi içinde olduğunu göstermektedir.

Aile hekimliği ile ilgili bilgiyi nerden edindikleri incelendiğinde en yüksek yüzdeye televizyon sahipken, sağlık çalışanlarının düşük bir yüzdeye sahip olduğunu görmekteyiz. Telefon ile aranmanın %4.9, eve gidilmenin %4.4 olması da bunu doğrulamaktadır. Bu durum sağlık kuruluşlarının yeni bir sistem olan Aile Hekimliği Sistemi ile ilgili halkımızı bilgilendirme konusunda yetersiz kaldığını göstermektedir. İzmir'de 2006 yılında aile hekimliği sistemi ile ilgili birinci basamakta yapılan bir çalışmada görsel ve yazılı medyanın bilgilendirmede büyük bir role sahip olması bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir(2).

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu Aile Sağlığı Merkezine her başvurduklarında zorunlu olarak hep aynı doktordan hizmet almak zorunda olduklarını bilmektedir. Hep aynı doktordan hizmet almak zorunda olmanın oluşturabileceği bir takım sıkıntıları göz ardı etmemek gerek. Özellikle mobil hizmete sahip aile hekimlerinin bölgelerinde, aile hekimi mobil hizmete çıktığında aile hekiminden sağlık hizmeti almak isteyen bireyler aile hekimini yerinde bulamadığından hizmetten mahrum kalmaktadır.

Önermeler incelendiğinde, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun aile hekimlerinin teşhis ve tedavisinin doğruluğundan bazen şüphe duyduklarını ve olabilecek sağlık sorunlarına karşı Aile Sağlığı Merkezindeki uygulama ile kendilerini güvende hissetmediklerini görmekteyiz. Bu durum, Aile Hekimliği Sistemine geçişin halkımızın birinci basamakta verilen tedavi hizmetlerine olan güvenini değiştirmedeğini göstermektedir.

Önermeler incelendiğinde, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun aile hekimine muayene olabilmek için uzun süre beklediğini ve aile hekimlerinin kendilerine yeterli zaman ayırmadığını görmekteyiz. Türkiye'de bekleme süresi hakkındaki çalışmaların sayısı az olmakla beraber, hekime ulaşma ve muayene için bekleme süresinin memnuniyeti etkilediği bilinmektedir(3).

Önermeler incelendiğinde, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun, aile hekimlerinin kendilerini sağlıklarıyla ilgili kararlara dahil etmediğini, şikayetleri ve hastalıkları hakkında kendilerine yeterli açıklama yapmadığını ifade ettiklerini görmekteyiz. 2007-2008 yılları arasında Van'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada hastaların yarısından fazlası hekimin tedavi kararlarına arzu ettikleri kadar dahil olmadıklarını ve yarıya yakını hastalıklarıyla ilgili yeterince bilgi alamadıklarını ifade etmişlerdir(4). İki çalışmanın bulguları birbirine benzemekle birlikte, ülkemizde birinci basamakta tanı, tedavi ve tetkikler hakkında bilgi almanın zor olması durumunun Aile Hekimliği Sistemine geçiş ile birlikte değişmediğini görmekteyiz(4).

Araştırma kapsamında memnuniyet sebebi olarak, aile hekimlerinin yakın ve yeterince ilgili davranmalarını, memnuniyetsizlik sebebi olarak ilgili davranılmamasını görmekteyiz. Düzce'de aile hekimliği ile ilgili yapılan bir çalışmada da memnuniyet açısından ilgili davranma en yüksek yüzdeye sahiptir(5). İki çalışma da hasta memnuniyeti açısından personelin tutum ve davranışının büyük bir öneme sahip olduğunu göstermektedir..

Ülkemizdeki sağlık sisteminin yeniden düzenlenmesi gerektiğini düşünüyorum önermesine katılımcıların %36.3'ü katılmadığını, %38.1'i kararsız olduğunu, %25.6'sı katıldığını ifade etmiştir. Katılımcıların yaklaşık 1/4'ü sağlık sisteminin yeniden düzenlenmesi gerektiğini düşünmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Aile hekimliği ülkemizde uzun yıllardır gündemde olan ve pilot uygulama ile başlanan ve tüm ülkeye yaygınlaştırılmış bir sistem olmakla beraber birçok aksaklığın ve yetersizliğin gözlemlendiği yeni bir sistemdir. Sistemin eksiklikleri ve aksaklıkları ile ilgili yeni araştırmalar yapılarak düzenlemeler yapılması hizmet alan halkımızın memnuniyeti açısından yararlı olacaktır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Aile hekimlerine sağlık hizmeti almak için başvuran bireylere yeterli zaman ayırmalarının, şikayetleri ve hastalıkları hakkında yeterli bilgi vermelerinin, sağlıkları ile ilgili kararlara onları da dahil etmelerinin ne kadar önemli olduğuna yönelik farkındalık yaratmak açısından eğitimler düzenlenebilir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, bilgi düzeyi, memnuniyet

Kaynaklar:

1. İlhan, M.N., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F.N., Özkan, S. (2006). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 25(3):33-41

2. Türk Sağlık-Sen web sayfası (2006). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarından Hizmet Alanların Aile Hekimliği ile İlgili Görüş ve Düşünceleri Memnuniyet Anketi Değerlendirme Raporu, Ulaşım Tarihi Haziran 2012, <http://www.turksaglikksen.org.tr/indir/izmirhalkanket.doc>

3. Nesanur, N., İlhan, Ö., Dalloğlu, S., Manısalı, B., Erdoğan, A., Başyurt, H.U., Dinç, G., (2005). Manisa'da Bir Gecekondu Bölgesinde Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Hizmet Kullanımı Üzerinde Etkili Faktörler. Sağlık ve Toplum, 15: 18-24.

4. Edirne, T., Kuşaslan Avcı, D., Atmaca, A. (2009). Van İlinde Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti: Ankete Dayalı Kesitsel Çalışma. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 13(3): 137-147.

5. Türk Sağlık-Sen web sayfası (2007). Düzce İli Aile Hekimliği Uygulaması Anketi Raporu. Ulaşım Tarihi Mayıs 2011.

<http://www.turksaglikksen.org.tr/haberler/aile-hekimligi/3727-dce-ae-eklugulaması-anketraporu.html>

807

AVRUPA BİRLİĞİ SAĞLIK POLİTİKALARI VE TÜRKİYE’NİN UYUMU

Melike Yalçın Gürsoy¹, Mustafa Görün²

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, ²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Biga İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi

Günümüzün en önemli ekonomik güçlerden birisi olan Avrupa Birliği kuruluşundan bu yana çalışmalarına, sağlık ve sağlık politikaları alanlarını da kapsayacak biçimde devam etmektedir. Sağlık, ülkelerin adaylık, müzakere ve katılım süreci ile birlikte, doğrudan veya dolaylı olarak etkilendiği ve uyum sağlaması gereken alanlardan biridir.

Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne, katılım müzakereleri Ekim 2005'te başlamıştır. Bu süreçte Türkiye'nin karşılaşılabileceği sorunlardan biri de sağlık alanındaki mevzuat uyumu konusudur. Türkiye, Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı'nın sağlığı ilgilendiren başlıkları altında belirtilen taahhütler doğrultusunda uyum çalışmalarını sürdürmektedir.

Sağlık alanında AB'ye uyumda Türkiye, şimdiye kadar, ağırlıklı olarak mevzuat uyumuna yoğunlaşmıştır. Mevzuatın uygulanması noktasında çalışmalar iyi düzeydedir. Sağlıkla ilgili olan göstergeler AB üyesi ülkelerle karşılaştırıldığında, "Türkiye'nin henüz kısa ve orta vadede AB'ye üye olmaya hazır olmadığı" tespiti yapılabilmektedir. Ancak son yıllarda sağlık alanında geçmiş yıllara oranla gözlenen iyileşmelere bakarak bu farklılığın kapanabileceği konusunda iyimser düşünmek olasıdır.

AB üyesi ülkelerin sağlık alanındaki seviyesine erişme çalışmaları doğrultusunda; halkın sağlık durumunun düzeltilmesi, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin azaltılması, hizmetlerin kalitesinin ve ulaşılabilirliğinin arttırılması ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmesi sorunların aşılmasında önemli rol oynayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Türkiye, Avrupa Birliği, Sağlık Politikaları,

481

AİLE HEKİMLERİ ÇALIŞMA ORTAMI VE ÖZLÜK HAKLARI HAKKINDA NE DÜŞÜNÜYOR? GELECEĞE NASIL BAKIYOR?

Zeliha Aslı Öcek, Meltem Çiçeklioğlu, Meral Türk, Şafak Taner, Işıl Aktaş

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Ülkemizde son on yıldır hız kazanan özelleştirme ve kamusal hizmetlerin sermayeye açılması süreci sağlık sektöründe Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde hayata geçirilmektedir. SDP sağlık emek gücünün istihdam ve çalışma biçimlerinde kökten bir değişime yol açmakta, bu değişimin en çarpıcı biçimde gerçekleştiği grupların başında birinci basamak sağlık hizmeti çalışanları gelmektedir (1). Aile hekimlerinin çalışma koşullarını, iş ile ilişkili tutumlarını ve anksiyete düzeylerini il bazında değerlendiren çalışmaların sonuçları önemli sorunlara işaret etmiştir (2,3,4). Diğer yandan halen çok yeni bir model olması, olumlu ve olumsuz özelliklerinin süreç içinde ortaya çıkması nedeniyle niceliksel verilere dayalı çalışmalar aile hekimlerinin durumunu sadece araştırmacıların öngördüğü değişkenler tarafından irdeleme sınırlılığı taşımaktadır. Bu nedenle niteliksel verilere dayalı ve aile hekimli modelini hem BBSH'nin temel özellikleri hem de aile hekimlerinin çalışma koşulları açısından değerlendiren bir proje gerçekleştirilmiştir. Bu bildiride sunulan çalışma da bu projenin bir bölümüdür. Çalışmada aile hekimlerinin çalışma ortamlarına, görev tanımlarına, özlük haklarına, iş ve gelecek güvencelerine yönelik değerlendirmelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Fenomenolojik özellikte olan ve niteliksel verilere dayanan bu çalışmada örnekleme yöntemi olarak maksimum çeşitlilik uygulanmıştır. İllere göre çeşitliliğin sağlanmasında İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması dikkate alınmış, Düzey 1'i oluşturan her bir 12 alt bölgeden en az bir ili içerecek şekilde 22 farklı ilden aile hekimi çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca aile hekimlerinin, cinsiyetlerine (18 kadın) ve uzmanlık durumlarına (7 aile hekimi uzmanı, 2 halk sağlığı uzmanı) göre çeşitlilik göstermesi sağlanmıştır. Veriler doygunluğa ulaşıncaya ve yeni bilgi saptanmadığına emin olunana dek araştırmaya yeni katılımcıların dahil edilmesine devam edilmiştir. İki aile hekimi görüşmeye katılmayı reddetmiştir. Araştırmanın verileri 37 derinlemesine görüşme ve dört odak grup görüşmesi aracılığı ile toplanmıştır. Görüşmelerde kullanılan yarı-yapılandırılmış soru formunun hazırlanması amacıyla öncelikle literatür taraması yapılmış ve konuyla ilgili tema ve başlıklar belirlenmiştir. Soru formu hakkında biri aile hekimliği derneği yöneticisi olmak üzere üç aile hekiminin görüşü alınmış, iki aile hekimi ile pilot görüşme yapılarak, soruların anlaşılabilirliği ve alan için geçerliliği belirlenmiştir. Görüşmeler mesai saatleri dışında gizliliğin sağlanabildiği ve ses kaydı almaya uygun ortamlarda gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler katılımcıların aile hekimi olmaya karar vermelerinde rol oynayan etmenleri aktarmaları ile başlamış, mesleklerinin kendilerini en çok tatmin eden, ardından da en çok mutsuz eden özelliklerini açıklamaları ile devam etmiştir. Aile hekimlerinin çalışma koşulları, diğer BBSH çalışanları ve hastaları ile ilişkileri ve gelir düzeyleri hakkındaki görüşleri alınmış, görüşmeler hekimlerin iş güvencelerine ve geleceklerine dair düşüncelerini aktarmaları ile tamamlanmıştır. Tüm görüşmelerin ses kaydı alınmış ve bire bir çözümleri yapılmıştır. Tüm görüşme metinlerinin iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı okunmasının ardından temaların kavramsal çerçevesi belirlenmiştir. Tüm görüşmelerin kodlanmasının ve temaların sınıflandırılmasının ardından katılımcılardan yapılacak alıntılar seçilmiştir. Bu sırada, analizin doğruluğu tüm araştırmacıların katılımı ile kontrol edilmiştir.

Bulgular: Görüşmelerin sonunda, 1) aile hekimi olma süreci, 2) iş doyumu, 3) mesleki kimlik, 4) çalışma koşulları, 5) diğer aile hekimleri ve TSM hekimleri ile ilişkiler 6) hastalarla ilişkiler 7) gelir düzeyi 8) iş güvencesi ve 9) gelecek belirsizliği olmak üzere dokuz tema belirlenmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcıların büyük bölümü aile hekimi olmalarında gönüllülük dışındaki etkenlerin daha belirleyici rol oynadığını açıklamıştır. Aile hekimleri “*hekimlik yapabilecek başka bir yer kalmamıştı*” ifadesini kullanmış, durumunu “*gönüllü zorunluluk*” olarak adlandıran katılımcılar olmuştur. Ücret artışının da aile hekimi olma kararını destekleyen bir faktör olduğu açıklanmıştır.

Tüm aile hekimleri hastalarıyla sürekli bir ilişki kurabilmelerini ve uygulamalarının sonuçlarını izleyebilmelerini en önemli meslek tatmin nedeni olarak açıklarken, iş doyumlarının olumsuz yönde etkileyen pek çok sorunu dile getirmiştir. Bunların başında bakım, onarım işleri, idarecilik ve bürokratik işlemler gibi hekimlik dışı görevleri gerçekleştirme zorunluluğu gelmektedir. Yalnızlaşma, sürekli değişen uygulamalar ve kurallar, kendilerinden beklenen yeni sorumluluklar sık bildirilen diğer sorunlar arasındadır.

“Her şeyin tepesindeki, her şeyi kontrol eden sensin, teksin, tek başına sen hesap veriyorsun.”

Aile hekimlerinin bir bölümü artık mesleki kimliklerinin bir değişime uğradığını, hekim kimliklerinin yanı sıra işletmeciyeye dönüştüklerini, bu durumun toplumsal sorumluluk duygularını ve verdikleri hizmetlerin niteliğini ister istemez etkilediğini açıklamıştır.

“Şey gibi oluyor. Sana bir dükkân vermişler, onu işleteceksin. Onu işletmek de o kadar basit değil. Eldeki ekonomik durumla, sınırlı kaynaklarla burayı idare etmek çok zor. ... Başka şekilde çözümler üretmeye çalışıyorsun”

“Şöyle yapabiliyoruz mesela; alkolümüz bitti, alkol almayalım batikonla idare ederiz. Hekime bırakırsan böyle olur, yani en azından pansuman, ağrı kesici masraflarını devletin karşılaması, malzemeleri göndermesi gerekiyor. Bize kalınca, elimizde olmadan kısıtlıyoruz.”

“Artık ekonomi girdi işin içine. Eskiden gelen herkesi muayene ediyorduk. Ama ben şimdi gelen her hasta için bilgisayara bakıyorum, bana kaydı var mı diye. Kaydın yoksa ne işin var burada. Böyle bir sistem doğdu. Bu, sağlığın doğasına aykırı aslında.”

Çalışma koşulları sorgulandığında aile hekimlerinin önemli bölümünün dile getirdiği ilk konu günlük poliklinik sayısının yüksekliği olmuştur. Fakat bu konuda aile hekimleri arasında önemli farklılıkların olduğu, poliklinik sayısının günlük 50 ile 120 arasında değişebildiği gözlenmiştir. Ara vermeye olanak tanımayan aynı hızlı tempo ile her gün çalışma zorunluluğunun belli bir sürenin ardından tükenmişliğe yol açtığı açıklanmıştır.

“7 – 24 poliklinik yapma durumunda olmak son derece yıpratıcı. Bir hafta, bir ay değil, sürekli olan bir şey. Kendinizi geliştirecek hiç bir zaman kalmıyor.” Özellikle az sayıda aile hekiminin bulunduğu merkezlerde çalışan katılımcılar izin kullanamamaktan yakınmıştır. *“Tek olmak çok zor. Üç yılda 25 gün izin kullandım.”*

“30 gün yıllık izin yasal hakkımız. Ama ben 20 gün bile kullanamadım. Aylamıyorsun yerine birini bulmadan. “

Aile hekimlerinin önemli bir kısmı ASM’de diğer hekimlerle karşılıklı bir sorun yaşamadıklarını belirtmiş, ama bunun en önemli nedenini sağlık ocağındaki ekip geleneğini sürdürme çabasına bağlamıştır. Diğer yandan iş yoğunluğu nedeniyle hem aynı kurum içindeki hem diğer kurumlarda çalışan hekimler arasındaki iletişimin zayıfladığı, bunun da hekimleri yalnızlaşmaya götürdüğü net olarak ifade edilmiştir. Bununla birlikte aile hekimleri arasında ciddi bir rekabetin başladığını, görev paylaşımı ve yardımlaşma konusunda eskiden yaşanmayan sorunların ortaya çıktığını yansıtan ifadelere de rastlanmıştır.

“Bir doktor arkadaş tek tek benim hastalarımın kapısını çalıp, kendisine bağlamak istemiş. Hastalarım anlattı, bizi sürekli neredeyse taciz etti dediler.”

“Bir korku saldı içimizi, sağlık ocağında iken omuz omuza durup, rahatlıkla arkadaşımıza arkamızı dönerken ne hale geldik. Kimse kimsenin hastasını kapmadı, ama sanki böyle bir duygu var. Alınganlıklar var.”

Tüm aile hekimleri hastaların aşırı talepkar bir tüketici tavrını benimsemiş olması nedeniyle hasta hekim ilişkisinde çok zorlandıklarını açıklamıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

“Sen aile hekimisin, benim malımsın, 24 saat çok basit şeyler için bile rahatsız ettikleri oluyor.”

Aile hekimlerinin gelir düzeylerinin değişkenliğine dikkat çekilmiş, çalışılan bölge, hasta sayısı, izlem gerektiren nüfus gruplarının niteliği vb değişkenlere göre önemli eşitsizlikler yaşanabildiği belirtilmiştir. Aile hekimlerinin kira, cari gider ve personel masrafları arasında da büyük farklılıklar bulanabilmesi, az sayıda aile hekiminin çalıştığı kurumlarda bu masrafların daha büyük yük haline gelmesi ciddi şekilde eleştirilmiştir. Aile sağlığı merkezlerinin sınıflandırılmasının da maliyetleri hekimlerin üzerine yıkmanın bir yolu olduğunu açıklayan katılımcılar olmuştur. Hemen tüm aile hekimleri negatif performans uygulamasının sakıncalarına işaret etmiş, ancak bu uygulama kaldırılırsa izlemlerin bu kadar iyi olmayabileceğini ifade eden hekimler olmuştur.

“Arkadaş bölgesinde 500 TL’e yer bulabiliyorsa, ben 5000 TL’e bulabilirim. İkimizin de aldığı ücret aynı.”

“Hizmetli tutamıyorum. Tutmam için tek başına o kişiyi sigortalamam lazım. Hiç bir sınıflamaya giremiyorum. Çünkü tek başıma o masrafları kaldıracak halde değilim.”

“A sınıfı olabilmek için daha fazla elektrik, su, doğal gaz giderlerine ihtiyacınız olacak. Daha fazla eleman harcamanız olacak. Bir şekilde daha fazla para geçmeyecek elinize. Aldığımız ek para tamamen yaptığımız harcamaya gidecek.”

“Bir gebe kaçırınca 280 TL ceza yiyorsun, bu iki gebe olunca ikiye katlanıyor. Para önemli değil, bir de uyarı cezası alıyorsun. Aynı suçtan iki kez ceza alınca sözleşmen feshediliyor.”

Aile hekimleri geçmişle karşılaştıklarında artık iş güvencelerinin kalmadığını düşünmektedir.

“Artık sözleşmeli personeliz. Tabelalardan Sağlık Bakanlığını da kaldırıyoruz. Taşeron firmalara döndük. İş güvencemiz doğal olarak yok. Şu anda tek güvencemiz doktor sayısının az olması. ... Sözleşmenin feshedilmesi de zor bir olay değil.”

Hemen tüm aile hekimleri gelecek belirsizliği nedeniyle ciddi kaygılar taşıdıklarını belirtmiş, tükenmişlik duygusu içinde olduğunu ifade eden aile hekimleri olmuştur.

“Niyetleri açık değil. Pandora’nın kutusu açıldı, jöle böyle akıyor ve aktıkça kirletiyor. İçeride daha neler var görülmüyor. Her gün yeni bir şeyler çıkıyor. Yarın öbür gün, bu mahalleye üç kişi daha gelip, bir şekilde bir ASM kurup, istedikleri hastaları kaydedebilirler.”

“Çok yoruldum. Yeni mezunum, ama yaşlı hekim gibiyim. İş yükü, tespitler, negatif performans bunları duydukça motivasyon bozukluğu geliyor. Yaa ben bu kadar değersiz miyim, bu kadar emeği boşuna mı verdim. Her akşam bu ikileme düşünüyorsunuz.”

Sonuç ve Öneriler: Fenomenolojik özellikteki bu çalışma, aile hekimliği ile birlikte birinci basamak hekimlerinin çalışma ortamında kökten bir değişim yaşandığını ve bu değişimin hekimlerin gerek mesleki doyumlarına gerekse profesyonel kimlik algılarına yansımaları göstermiştir. İl düzeyinde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Eskişehir’de (2) aile hekimliğinde çalışma süresi daha uzun olan hekimlerin iş doyumunun bir yıldan kısa süre ile aile hekimliği yapan hekimlerden daha düşük olduğu, İzmir’de (3) 2007 ve 2009 yılları arasında aile hekimlerinin görev tanımları ile ilgili yaşadıkları belirsizliğin arttığı bildirilmiştir. Aydın’da çalışan aile hekimlerinin katıldığı bir araştırmada ise sistemdeki sorunların tek başına aile hekimlerine yüklenmesi, kira ve gider kalemlerinde orantı olmaması gibi sorunlar aktarılmıştır (4). Sonuç olarak, SDP’nin tüm sağlık emekçileri üzerindeki yıkıcı etkisi, işletmecilik, esnek çalışma, yalnızlık, rekabet, tükenmişlik, güvencesizlik gibi kavramların birinci basamak hekimlerinin yaşamına her geçen gün daha fazla nüfuz etmesine yol açmıştır. Çalışma ortamında yaşanan bu değişimin, aile hekimlerin gerek mesleki tutum ve algıları gerekse hekimlik uygulamaları üzerindeki etkilerini ve tüm bunların hastalara ve toplum sağlığına yansımalarını daha genellenebilir sonuçlara dayanarak ortaya koyabilecek çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar sözcükler: birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimleri, iş doyumunu, iş güvencesi, özlük hakları

Kaynaklar:

- 1.Zencir M., Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri ,Toplum ve Hekim, 2009, Cilt: 24,(3),177-187
- 2.Tözün M., Çulhacı A., Ünsal A. Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doymu (Eskişehir). TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008, 7 (5), 377-384
- 3.Günvar T., Kartal M., Toksun A., Yemez B., Güldal D. The influence of health care reforms on work-related attitudes and anxieties of primary care physicians. Medicana (Kaunas), 2011, 47(11):623-8.
- 4.Okay P. “Aydın İlinde Çalışan Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Sistemi, Hizmet Sunumu ve Karşılaştıkları Sorunlar Karşısındaki Düşünceleri -2011, Aydın Tabip Odası Bülteni, 9-10

472

AİLE HEKİMLİĞİ BOŞ POZİSYONLARININ DAĞILIMI VE ÖZELLİKLERİ, 2012

Muzaffer Eskioçak, Can Behzat Demirkan

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Aile hekimi (AH) istihdamı ilan edilen boş pozisyonlara başvurular arasında tercih edilen yerlere görevlendirmelerle yapılmaktadır. Tercih edilmeyen ya da boşalan pozisyonlar için ek yerleştirme ilanları www.ailehekimligi.gov.tr sitesinde duyurular bölümünde yayınlanmaktadır. Bu çalışma ek yerleştirme ilanlarındaki kapsam, pozisyonların coğrafi dağılımını, özelliklerini saptamak , “Aile Hekimliği Boş Pozisyonlarının Dağılımı ve Özellikleri, 2011” adlı bildirimimizin bulgularıyla karşılaştırmak ve izlemeye yönelik öneriler geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada 01.04.2012 ile 03.09.2012 tarihleri arasında www.ailehekimligi.gov.tr adresinden yayınlanan ilanlar incelenmiş; ek yerleştirme ilanlarını, kapsam, illere göre; boş pozisyon sıklığı, yeri, sürekliliği, nüfus özelliği, başvuru kabul şartları açılarından değerlendiren tanımlayıcı bir çalışmadır. Belirtilen tarihler arasında illere ait son ilanlardaki boş pozisyon sayıları paya; Aile Hekimliği Birimi(AHB) mevcut pozisyon sayıları paydaya konularak bölünmüş ve boş pozisyon oranı olarak % 'lik değerler belirtilmiştir. AHB mevcut pozisyon sayıları Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı tarafından 25.05.2012’de güncellenmiş olan yayınından alınmıştır. Boş pozisyon oranı en yüksek ve en düşük on ilin Hizmet Gruplarına göre karşılaştırılması yapılmıştır. Pratisyen Tabipler için Hizmet Grupları <http://personel.saglik.gov.tr> adresinde yayınlanmış olan; Ağustos 2012 Hizmet Grupları Çizelgesine göre değerlendirilmiştir. Bu oranlar “Aile Hekimliği Boş Pozisyonlarının Dağılımı ve Özellikleri, 2011” adlı bildirimimizin bulgularıyla kıyaslanmış, farklı olan ve dikkatimizi çeken bulgulardan örneklerle geçen bir yıldaki değişim incelenmiştir. 2010 ile 2012 yılları mevcut pozisyon sayısındaki değişim paya 2010 yılı mevcut pozisyon sayısı paydaya konarak bölünmüş ve pozisyon sayısı değişimi oransal olarak ifade edilmiştir.

Bulgular: 01.04.2012 ile 03.09.2012 tarihleri arasında illere ait son ilanlardaki boş pozisyonların oranı en yüksek olan ilk on il; Bingöl (%13,69), Hakkari (%11,11), Çankırı (%9,61), Kars (%8,13), Tunceli (%8,00), Artvin (%7,84), Ardahan (%6,66), Batman (%6,42), Şırnak (%6,25) ve Iğdır (%5,66)’dir. İlanlarında en az boş pozisyonu olan ilk on il; Mersin (%0,22), Balıkesir (%0,31), İzmir (%0,35), Trabzon (%0,45), Malatya (%0,49), Ordu (%0,53), Samsun (%0,56), Zonguldak (%0,57), Çorum (%0,60) ve Denizli (%0,74)’dir. En yüksek boş pozisyonu olan ilk on ilin 8 tanesi 6.Bölge Hizmet Grubundayken; en az boş pozisyonu olan ilk on ilden ikisi 1.Grup, üçü 2.Grup, üçü 3.Grup olmak üzere 8 il (1. ,2. ve 3. Gruptadır). Türkiye geneli boş pozisyon oranı son ilanlar itibarıyla %1,87 (383/20503)’dir. “Aile Hekimliği Boş Pozisyonlarının Dağılımı ve Özellikleri, 2011” adlı bildirimizde Ağrı %24,50 ile en fazla boş pozisyon olan ilken bu yıl bu oran %4,08 olarak tespit edilmiştir. 2011’de boş pozisyon bakımından ikinci sırada olan Hakkari boş pozisyon oranı %19,04 ‘ten %11,11’e düşürmesine rağmen ikinci sıradaki yerini korumuştur. Iğdır’da boş pozisyon oranı %17,02’den %5,66’ya düşmüştür. Bayburt’ta

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

%12,50'den %4,16'ya düşmüştür. İstanbul'daki boş pozisyon oranıysa %1,15'ten %2,41'e yükselmiştir. İstanbul Sultangazi' deki boş pozisyon oranı %17'den %10,5'e düşmüştür.

Türkiye genelindeki mevcut toplam pozisyon sayısı son iki yılda 320 (%1,58) artmıştır. Oransal olarak en fazla pozisyonun açıldığı iller; Çankırı (%13,04), Iğdır (%12,76), Erzincan (%11,29), Bilecik (%9,25) ve Artvin (%8,51)'dir. Bazı illerde mevcut pozisyonlardan bazıları kapatılarak mevcut pozisyon sayıları azalmıştır. Azalmanın en fazla olduğu iller; Bartın (-%3,27), Nevşehir (-%2,29), Elazığ (-%1,19) ve Çorum (-%0,60)'dur. Ankara'da 26 yeni pozisyonla sayısal olarak en yüksek artışa sahipken oransal olarak yeni açılan pozisyon %2,08'dir. İstanbul'da 19 yeni pozisyonla artış %0,53, Bursa'da 18 yeni pozisyonla artış %2,51, İzmir'de 15 yeni pozisyonla artış %1,34 olarak hesaplanmıştır. TÜİK verilerine göre aynı dönemdeki (iki yıllık) nüfus artışı %2,93'dir. İki yıl önce aile hekimliği birimi başına 3595 kişi düşerken; Mayıs 2012 itibarıyla aile hekimliği birimi başına 3645 kişiye çıkmıştır.

Sağlık Müdürlüklerinin internet sayfalarındaki duyuru içeriğinde büyük farklılıklar mevcuttur. Örn: Trabzon, Kayseri ve Ankara Halk Sağlığı Müdürlükleri Ek Yerleştirme İlanlarında boş pozisyonun merkeze uzaklığı, neden boşaldığı, toplam nüfus, nüfusunun ne kadarının mobil olduğu, binanın kamunun ya da özel kira olduğu, bina krokisi, başvuru kabul şartları ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Kırklareli, Diyarbakır ve Edirne 'de ise bu bilgiler ya hiç verilmemiş ya da çok sınırlı ve eksik verilmiştir. İlanlar yerleştirme işlemi tamamlandıktan sonra, kısa süre içerisinde ilanların internet ulaşımı engellenmektedir. Bu durum retrospektif bir çalışma yapmaya engeldir. Bu durum boş pozisyonu çok olan ve yerleştirme sonrası boş pozisyon kalan illerde daha sık gözlenmektedir (Örn: Ağrı ve İstanbul). Bazı illerin internete eskiye ait hiçbir ilan ve yerleştirme duyurusuna erişilememektedir (Örn: Edirne, Diyarbakır). İstanbul'da 03.09.2012 tarihli 18. Ek Yerleştirme' de 86 adet boş pozisyon ilan edilmiştir. En güncel boş pozisyon oranı %2,41 (86/3559)'dir. İstanbul Sultangazi' de 13 pozisyon (İlçedeki toplam pozisyonun %10,5'i) İstanbul'un Aile Hekimliği'ne geçtiği 30.10.2010'dan 03.09.2012 tarihine kadar boş olmaya devam etmiştir. Binanın olmayışı ya da kira olması, mobil nüfusun fazla olması ve nüfusun az olması hala boş kalma nedenleri olarak öne çıkmaktadır. Şartlı yerleştirmeler yaygınlaşarak devam etmektedir. Örneğin Ankara Aile Hekimliği 2012/7. Ek yerleştirmesindeki ilan metninde Kalecik ASM' ye ait aşağıdaki dipnot bulunmaktadır:

*Kalecik ASM 061500X No'lu Aile Hekimliği Birimi; Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Biriminin 11.04.2012 tarihli ve 1268 sayılı inceleme yazısına istinaden, 30 Aralık 2010 tarihli ve 27801 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" in 7. Maddesi hükümleri gereğince **Aile Hekimliği Hizmet Sözleşmesi sona erdirilerek boşalmış pozisyonudur. Kalecik ASM 061500X No'lu AHB için ilgili yargı mercilerince verilecek hukuki kararlar olması durumunda, verilecek hukuki kararın idarece uygulanma zorunluluğu bulunmaktadır. Bu nedenle 061500X No'lu aile hekimliği birimini 2012/ 7. ek yerleştirme sırasında tercih eden hekimin, yargı kararları doğrultusunda, sözleşmesi fesih edilerek pozisyonu boşaltması gerekebilir. Bu durumda sözleşmesi fesih edilen aile hekimi, asıl kadrosundaki (TSM, hastane, 112 vb.) görevine dönecek ve fesih edilen sözleşmedeki aile hekimliği birimi ve 2011/ 7. ek yerleştirme işleminde boşalttığı aile hekimliği birimi için hak talebinde bulunmayacaktır. 061500X No'lu aile hekimliği birimi için sözleşme imzalayan hekim, yukarıdaki hükümleri kabul etmiş sayılacaktır ve sözleşme imzalanması sırasında yukarıdaki hükümleri kabul ettiğine dair bir belgeyi de imzalayacaktır.***

Bazı illerde yeni aile hekimliği pozisyonları açılmaktadır. Bu pozisyonu seçen hekime kayıtlı kişi sayısı başlangıçta 0 olmaktadır. İlk bir yıl kayıtlı kişi sayısı 1000'in üzerinde değilse bile maaş hesaplamalarında 1000 kişi esas alınmaktadır. (Örn: Adana'nın 26.05.2012 tarihinde gerçekleşen 19.Ek Yerleştirme işleminde 6 yeni aile hekimliği pozisyonu açılmış olup; bu bilgi dipnot olarak verilmiştir). Ankara'da 2012/6.Ek yerleştirmede bu şekilde 5 yeni pozisyon ilan edilmiştir. Yeni açılmış olan Gündül ASM' ye ait 0613004 kodlu Aile Hekimliği Birimi boş kalmıştır. 2012/7.Ek yerleştirmede de 2 yeni pozisyon daha açılmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Sürekli boşluk durumunun devam etmesi hizmetten yararlanmayı olumsuz etkilemektedir. İstanbul Sultangazi' de bu durum 13 pozisyon için iki yıldır devam etmektedir. Türkiye genelindeki boş pozisyonlar azalmıştır. Fakat eşitsizliklerin yoğun olduğu bölgelerdeki boşluk devam etmektedir. (Boşluk oranı en yüksek olan ilk on ilin sekizi 6.Bölge Hizmet Grubundadır). Türkiye genelinde boşluk oranı %1,87 'dir. Son iki yılda açılan yeni pozisyon oranı %1,58'dir. Şartlı yerleştirmelerin devam etmesi kaygı vericidir. İlanlardaki çeşitlilik ve ilanların geriye dönük şeffaf olmama durumu çalışmanın en büyük kısıtlılığıdır.

Öneriler: Ek yerleştirme ilanlarına standardizasyon getirilmeli, il düzeyinde izlenmelidir. Şeffaf bir şekilde tüm ek yerleştirme ilanlarına ve sonuçlarına ulaşılabilinmeli, mevcut aile hekimleri ve aile hekimliği pozisyonları güncel bir şekilde internette yayında olmalı ve birinci basamak sağlıkta insan gücü verileri yıllık olarak yayınlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Aile hekimliği, ek yerleştirme, boş pozisyonlar, eşitsizlik

528

AİLE HEKİMLİĞİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE MEMNUNİYET DEĞERLENDİRMESİ

Mustafa Çakır

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Dünya Sağlık Örgütü 2000 raporu sağlık sistemini; temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteleri içerecek biçimde tanımlamıştır. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık altyapısı ve örgütlenmesine yönelik çalışmalar, sağlık politikalarında önemli değişimleri gerektirmektedir.

Ülkemizde sağlık sistemi büyük bir değişimin içinde olup; değişimin temelini aile hekimliği uygulaması oluşturmaktadır. Aile hekimliği ülkemizde uzun yıllardır gündemde olan ve pilot uygulama ile başlanan ve tüm ülkeye yaygınlaştırılmış yeni bir sistemdir. Yeni bir sistem olan aile hekimliği ile ilgili araştırmalar yetersiz olup, sistemin eksiklikleri ve aksaklıkları ile ilgili yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Yapılan bu çalışmada, Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran 18 yaş üstü kişilerde aile hekimliği hakkında bilgi, tutum ve memnuniyetlerinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi polikliniklerine 30 Mart – 15 Nisan 2011 tarihleri arasında başvuran 34180 kişiden %50 bilinmeyen sıklık alınarak, %2 sapma ve %95 güven aralığında 2243 kişiye ulaşılmıştır. Araştırma kapsamında toplam 2030 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşım yüzdesi %95,5'dir. Çalışma anket formu kullanılarak yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Anketler yüz-yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır, bir anketin uygulama süresi ortalama 7-8 dakikadır.

İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, ortalama(±)standart sapma, frekans dağılımı yüzde olarak sunulmuştur, verilerin karşılaştırılmasında ki-kare, Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 2030 kişiden %58,1'i kadın, %73,7'si evli, %72,2'si çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 40.2 ± 14.3 , ortancası 38 (min;18-max;87), ortalama çocuk sayısı 2.4 ± 1.2 ve ortancası 2 (min;1 –max;12)'dir. Katılımcıların %34,0'ü lise mezunu, %32,9'u yüksek okul-üniversite mezunu olup %2,2'si okur-yazar değildir. Katılımcıların %28,8'i ev hanımı, %9,8'i işçi, %22,7'si memur, %13,3'ü öğrenci, %12,2'si emekli, %3,4'ü işsiz olduğunu, %2,7'si sosyal güvencesinin olmadığını, %5,9'u aylık gelirin 600 TL ve altı, %19,4'ü 601-1200 TL, %30,7'si 1201-1800 TL, %9,0'u 3001 TL ve üzerinde olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %34,3'ü en az bir kronik hastalığı olduğunu, %83,3'ü Ankara'da, %16,7'si Ankara dışında ikamet etmekte olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %20,5'i aile hekimliği uygulaması ile ilgili yeterli bilgi sahibi olduklarını, %34,5'i kısmen bilgi sahibi olduklarını, %45'i ise yeterli bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiştir. Aile hekimliği ile ilgili bilgisini bildirenlerin %51,6'sı TV/medya aracılığıyla, %26,3'ü çevresinden duyarak, %26,3'ü aile hekiminden, %9,8'i internet aracılığıyla, %0,2'si broşürlerden bilgi edindiğini belirtmiştir (İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir, yüzdeler yanıt veren kişiler üzerinden hesaplanmıştır).

Katılımcıların %69,4'ü aile sağlığı merkezinde hangi hizmetlerin verildiğini bildiğini, bildiğini bildirenlerin %89,3'ü bu hizmetleri; reçete yazma, %81,4'ü poliklinik muayenesi, %61,7'si bağışıklama, %39,0'u gebelik

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

takibi, %36,6'sı sağlam çocuk izlemi, %35,6'sı aile planlaması danışmanlığı, %26,3'ü aile planlaması hizmetleri, %0,6'sı diğer hizmetler olarak belirtmiştir.

Katılımcıların %23,2'si aile hekimliği uygulamasının sağlık ocağından farkı olduğunu, %39,0'ı farkı olmadığını, %37,8'i ise bu konuda fikri olmadığını belirtmiştir. Farkı olduğunu belirten katılımcıların % 25,2'si her hangi bir fark belirtmemiş olup, en az bir fark belirten katılımcıların %74,3'ü kişiye özel sağlık hizmeti, %11,7'si randevu sistemi, %2,6'sı bölgesel hizmet- kolay ulaşım , %4,6'sı daha iyi takip, % 5,4'ü doktorunu kendisinin seçebilmesi, %1,4'ü tek doktorda daha çok sıra olmasını fark olarak belirtmiştir.

Araştırmaya katılanların %24,4'ü aile hekimliği uygulamasına geçişin aldıkları sağlık hizmetini etkilediğini, %33,8'i etkilemediğini, %41,8'i ise fikri olmadığını belirtmiştir. Aile hekimliği uygulamasına geçişin alınan sağlık hizmetini etkilediğini belirtenlerin %33,3'ü daha iyi olduğunu belirtirken, %15,1'i daha kötü olduğunu belirtmiştir.

Aile hekiminin sunduğu sağlık hizmeti ile ilgili tanımlamada bulunan 1995 katılımcının %69,2'si hasta olunca tedavi eder, %19,8'i hasta olunmaması için uğraşır, %43,5'i kendisine kayıtlı kişileri izler, %0,3'ü diğer, %10,5'i fikrim yok olarak belirtmiştir.

Araştırmaya katılanların %32,0'si herhangi bir sağlık sorununda ilk olarak aile hekimine, %12,2'si özele (poliklinik, hastane), %30,0'u devlet hastanesine, % 25,8'i ise tıp fakültesi /eğitim araştırma hastanesine gittiğini belirtmiştir.

1994 katılımcının %55,4'ü son bir yıl içerisinde 1-5 kez aile hekimine başvurduğunu belirtmiştir. Son bir yıl içerisinde aile hekimine başvuru sayısı ortalaması $1,8 \pm 2,5$, son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısı ortalaması ise $2,98 \pm 4,17$ 'dir.

Aile hekimine başvurduğunu belirten katılımcıların %62,7'si aile hekiminden aldıkları sağlık hizmetinden memnun olduğunu, %21,8'i kısmen memnun olduğunu, %15,5'i ise memnun olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %83,0'ü aile hekimini değiştirmeyi düşünmediğini, %6,5'i değiştirmeyi düşündüğünü, %10,5' i ise kararsız olduğunu ifade etmiştir.

813 katılımcıdan evlilerin %71,7'si, bekarların %57,9'u aile hekimliği uygulamasına geçişin sağlık hizmetlerini daha iyi etkilediğini düşündüğünü ifade etmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

828 katılımcıdan okur yazar olmayanların %50,0'si, okur-yazar olanların %68,0'i, ilkökul mezunu olanların %72,4'ü, ortaokul mezunu olanların % 72,0'si, lise mezunu olanların %73,3'ü, yüksekokul/üniversite mezunu olanların %63,2'si aile hekimliği uygulamasına geçişin sağlık hizmetlerini daha iyi etkilediğini düşündüğünü belirtmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

826 katılımcıdan öğrencilerin %56,8'i, ev hanımlarının %75,7'si, işsizlerin %44,8'i, işçilerin %74,3'ü, memurların %66,2'si, emeklilerin %67,8'i, serbest meslekle uğraşanların %74,0'ü aile hekimliği uygulamasına geçişin sağlık hizmetlerini daha iyi etkilediğini düşündüğünü belirtmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

824 katılımcıdan çocuğu olmayanların %62,6'sı, çocuğu olanların %70,5'i, Ankara'da ikamet edenlerin %70,9'u, Ankara dışında ikamet edenlerin %59,7'si, kronik hastalığı olmayanların %64,9'u, en az bir kronik hastalığı olanların %75,0'i aile hekimliği uygulamasına geçişin sağlık hizmetlerini daha iyi etkilediğini düşündüğünü belirtmiştir. Bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

1745 katılımcıdan aylık geliri 600 TL ve altında olanların %86,1'i, 601-1200 TL arası olanların %90,5'i, 1201-1800 TL arası olanların %94,9'u, 1801-2400 TL arası olanların %95,6'sı, 2401-3000 TL arası olanların %93,2'si, 3001 TL ve üstü olanların %86,3'ü aile hekimini değiştirmeyi düşünmediğini ifade etmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Aile hekiminden aldığı sağlık hizmetinden memnun olanların %57,8'i herhangi bir sağlık sorununda aile hekimini, %6,7'si özel sağlık kuruluşunu, % 23,1'i devlet hastanesini, %12,4'ü tıp fakültesi/eğitim araştırma hastanesini tercih ettiğini belirtmiştir. Kısmen memnun olanların %38,6'sı herhangi bir sağlık sorununda aile hekimini, %11,9'u özeli, %29,5'i devlet hastanesini, %20,0'si tıp fakültesi/eğitim araştırma hastanesini tercih ettiğini belirtmiştir. Memnun olmayanların %21,6'sı herhangi bir sağlık sorununda aile hekimini, %11,8'i özeli, %35,3'ü devlet hastanesini, %31,4'ü tıp fakültesi/eğitim araştırma hastanesini tercih ettiğini belirtmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tartışma: Aile hekimliği hakkında bilgi, tutum ve memnuniyeti belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aile hekimine başvuran kişilerin yaklaşık 2/3'ü aile hekiminden aldıkları sağlık hizmetinden memnun olduğunu belirtmiştir. GATA'da 2005 yılında yapılan çalışmada ise katılımcıların yaklaşık ¾'ü aile hekiminden aldığı sağlık hizmetinden memnun olduğunu belirtmiştir (1). Her iki çalışma da memnuniyet açısından benzerdir.

Düzce'de 2006 yılında birinci basamak sağlık kuruluşunda yapılan bir çalışmada herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığında katılımcıların yaklaşık %90'ı aile hekimine, %10'u ise devlet hastanesi/üniversite hastanesine başvurduğunu, 2005 yılında Ankara'da birinci basamak sağlık kuruluşunda sağlık reformu öncesi yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık 2/3'ü birinci basamak sağlık kuruluşuna, 1/3'ü ise devlet hastanesi/üniversite hastanesine başvurduğunu belirtmiştir(2,3). Bu çalışmada ise katılımcıların yaklaşık 1/3'ü herhangi bir sağlık sorununda ilk olarak aile hekimine, 2/3'ü devlet hastanesi/üniversite hastanesine başvurduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuru yüzdesinin daha düşük olmasının nedeni çalışmanın üniversite hastanesinde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Düzce'de yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısı son bir yıl içerisinde 1-5 kez aile hekimine başvurduğunu, %80'i aile hekimini değiştirmeyi düşünmediğini belirtmiştir(2). Bu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Aile hekimliği uygulamasının alınan sağlık hizmetini etkilediğini belirtenlerin 1/3'ü alınan sağlık hizmetinin daha iyi olduğunu, yaklaşık 1/7'si alınan sağlık hizmetinin daha kötü olduğunu belirtmiştir. Düzce'de yapılan çalışmada ise yaklaşık ¾'ü aile hekimliği uygulamasının faydalı olduğunu ifade etmiştir (2). Bizim çalışmamızda yüzdenin daha düşük olmasının nedeni bu çalışmanın ileri tetkik, tanı ve tedavi olanaklarının yüksek olduğu üniversite hastanesinde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Sonuç ve Öneriler: Aile hekiminin verdiği hizmetler ile ilgili, katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından reçete yazdırmak ve poliklinik muayenesi hizmetlerinin yüksek oranda belirtilmiş olması toplumumuzun aile hekimi hizmetleri konusunda bilgilendirilme ihtiyacı olduğunu ortaya koymuştur. Aile hekimliği ile ilgili bilgi düzeyini arttırmak için gerek yazılı ve görsel basın, gerekse sağlık kurumları ve personelleri tarafından verilecek halk eğitimleri yararlı olacaktır.

Sonuç olarak, aile hekimliği hakkında bilgilendirme arttıkça aile hekimine başvuru artmakta, buna bağlı olarak aile hekimliğinden memnuniyet sıklığı artmaktadır. Birinci basamak sağlık sisteminin yaygınlaştırılması için halkın bilinçlendirilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, hasta memnuniyeti, halkın bilgi düzeyi

Kaynaklar:

1. Aydoğan Ü. Aile hekimliğinde hasta memnuniyeti, Uzmanlık Tezi. Ankara, 2005
2. Karadağ Z. Aile hekimliği uygulamasının müşteri/hasta memnuniyetine etkisi, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2007
3. İlhan MN, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. Toplum Hekimliği Bülteni 2006; 25(3):33-41

BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN BİREYLERİN BAŞVURU NEDENLERİ VE YAŞADIKLARI SORUNLAR

Nurcan Akgül Gündoğdu, Nuran Güler, Semra Kocataş, Güngör Güler

Cumhuriyet Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Bu araştırma Sivas il merkezinde bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireylerin başvuru nedenleri ve yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan çalışma Sivas il merkezinde yer alan bir Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. Çalışmaya alınan Aile Sağlığı Merkezinde beş aile hekimi çalışmaktadır. Hekim başına günde 60-100 hasta civarında başvuru olmaktadır. Çalışma, Mayıs-Haziran 2012 tarihleri arasında herhangi bir nedenle Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 15 yaş ve üzeri 304 kişide gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın amacı açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerin sözel olarak onayları alınmış ve araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşülerek soru formu uygulanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen ve 30 sorudan oluşan anket formu ile toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi: Veriler bilgisayarda SPSS 16.0 programında sayı ve yüzde dağılımları ve Ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan 304 kişinin yaş ortalamaları 36.40 ± 13.27 dir. Bireylerin %57.6'sı kadın, %59.5'i evli, %53.3'ü lise ve üzeri okul mezunu, ve %33.9'u ev hanımıdır. Bireylerin % 21.4'ünün kronik hastalığa sahip olduğu ve %7.6'sının sosyal güvencesi olmadığı belirlenmiştir. Bireylerin en yüksek oranda başvurdukları yerler arasında birinci sırada Devlet Hastanesi (%55.6), ikinci sırada Aile Sağlığı Merkezi (32.9) yer almaktadır. Bireylerin %50.3 ü son 6 ay içinde en az bir kez Aile Sağlığı Merkezi' ne başvurduğu belirlenmiştir. Bireylerin başvuru nedenleri ise ilaç yazdırma (%79.3), muayene (%68.8), enjeksiyon yaptırma (%48.7), danışmanlık (%26.6), aşılama (%20.1) dir. Başvuruda bireylerin %43.8 inin sorun yaşadığı belirlenmiştir. Yaşanan sorunlar arasında ise sırasıyla; sağlık personelinin ilgisizliği (%29.9), sıra bekleme (%28) ve sağlık personeli ile iletişim sorunları (%26.6) yer almaktadır. Yapılan istatistiksel analizde bireylerin eğitim durumu, cinsiyeti, medeni ve ekonomik durumu ile aile sağlığı merkezinde sorun yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. ($p > 0,05$).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Sonuç olarak, bireylerin Aile Sağlığı Merkezine daha çok ilaç yazdırma nedeniyle başvurdukları belirlenmiştir. En fazla yaşanan sorun sağlık personelinin ilgisizliğidir.

Bu sonuçlar doğrultusunda özellikle sağlık hizmetlerinden herkesin yararlanması sağlanarak hizmetlerin geliştirilmesi amacıyla memnuniyet, beklenti ve yaşanan sorunların nedenlerine yönelik olarak araştırmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Aile Sağlığı Merkezi, birinci basamak sağlık hizmeti, kullanım, güçlük

Kaynaklar:

Çalışkan D, Erçevik Ç İdil A, Park Sağlık Ocağı Bölgesinde Kayıtlı Olan 15 Yaş Üstü Kişilerin Son Bir Ayda Sağlık Sorunu İle Karşılaşma ve Sağlık Kurumuna Başvurma Durumları Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 56, Sayı 2, 2003; 59-66

Altay B, 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağı Hizmetlerini Bilme ve Kullanma Durumları İle Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12: 2

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Atilla Senih Mayda, Muammer Yılmaz, Serdar Üçgün, Merve Yamak, Sevda Yeşim Yılmaz, Ayça Kaldırımoglu

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmaları; hasta memnuniyetini ölçmek, hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerini öğrenmek, kalitenin bütün hizmet süreçlerinde sürekli iyileştirilmesini sağlamak sosyodemografik ve tedavi sürecine ilişkin değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır. (1) Sağlık kurumları, sürekli hizmet verme gayretinde olan diğer tüm kuruluşlar gibi hizmetlerinin kullanıcıları tarafından nasıl algılandığını ve ne derecede memnun kalındığını araştırmak, öğrenmek, değerlendirmek ve harekete geçmek zorundadır (2). Hasta memnuniyeti, genel olarak, hasta istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde bir hizmet sağlanması olarak tanımlanabilir. Bu durumda, hasta tatminini sağlamayı amaç edinen bir yönetimin, öncelikle hasta beklentilerini belirlemesi ve bu beklentilere dayalı olarak hizmet sunum biçimini tasarlaması gerekmektedir (3,4). Sağlık hizmetini alanların memnuniyetlerinin; hastanede yatış gün sayısına, yattığı odayı paylaştığı kişi sayısına, son bir yılda hekime gitme sayısına, sosyal güvence türüne, yaşına, eğitim düzeyine ve ailesinin aylık gelirine göre oluşan yapılar arasında farklılıklar gösterdiği bildirilmektedir (5). Bu araştırmanın amacı Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan hastaların memnuniyet düzeylerini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı araştırma; Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi servislerinde 24.10.2011- 28.10.2011 tarihleri arasında en az 3 gündür servislerde yatarak tedavi gören 16 yaş üstü toplam 97 hasta veya yakınları üzerinde yapıldı. Örneklem oluşturulmadı. Araştırmanın hipotezleri: "1-Hastaların eğitim düzeyi düşüğe memnuniyet düzeyi artmaktadır.", "2.Hastaların yaşı arttıkça memnuniyeti artmaktadır.", "3.Özel odalarda tedavi görenlerin memnuniyet düzeyi artmaktadır" şeklinde kuruldu. Hastanede yatış süresi 3 günden az olanlar, 16 yaşından küçük olanlar, psikiyatri hastası olanlar, yoğun bakımda takip edilen hastalar ve diyaliz hastaları araştırmaya dahil edilmedi. Bağımlı değişken; genel memnuniyet düzeyi, bağımsız değişkenler ise; cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, gelir düzeyi, sosyal güvence, fiziki koşullar (servislerin ısıtılması, havalandırılması, aydınlatılması, tuvaletlerin temizliği, yatak ve yatak örtüsü temizliği ve düzeni). Personelden memnuniyet. iletişim (hekimle iletişim, tetkikler hakkında bilgi) olarak belirlendi. Araştırmada kullanılan 7 bölümden oluşan anket formunda 51 soru bulunmaktadır. Birinci bölümde hastanın hizmet aldığı servis ve yattığı gün sayısı, ikinci bölümde hasta kabul ve fiziki ortam, üçüncü bölümde hekim muayenesinden memnuniyet, dördüncü bölümde hemşireden memnuniyet, beşinci bölümde çeşitli hizmetler ve personelden memnuniyet, altıncı bölümde genel değerlendirme, yedinci bölümde sosyodemografik bilgiler yer almaktadır. Anket formunun ön denemesi 5 hasta üzerinde yapılmış ve ve ön deneme sonuçları çalışmaya dâhil edilmemiştir. Araştırma verileri dört intern doktor tarafından yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın analizinde yatan hasta memnuniyeti ve bunu etkilediği düşünülen 5'li Likert ölçeği şeklindeki sorular iki kategoriye indirgenerek analiz edildi. "1. Çok memnun" "2. Memnun" "3. Fena değil" kategorileri "Memnun", "4. Memnun değil," "5 Hiç memnun değil" kategorileri ise "Memnun değil" şeklinde analize alındı. Bu şekilde sınıflandırılan kategorik değişkenlere göre farklılıklar Fisher exact ki-kare testi ile kontrol edildi.

Bulgular: Araştırma grubunun cinsiyete göre dağılımı erkek 46 (%47.4) ve kadın 51 (%52.6) kişi şeklindedir. Hastaların yaş ortalamaları 50.1± 1.9'dur (17 ile 87 arasında değişmektedir). Hastaların medeni durumu; evli 82 (%84.5), bekar 10 (%10.3), dul - boşanmış 5 (%5.1) kişi şeklinde idi. Araştırma grubunun öğrenim durumuna göre dağılımı; ilköğretim mezunu 37 (%38.1), lise 19 (%19.6), okur yazar olmayan 20 (%20.6) ve okur yazar olan 10 (%10.3), ortaokul 6 (% 6.2), yüksekokul 3 (%3.1) üniversite 2 (%2.1) kişi şeklindedir. Hastaların mesleklerine göre dağılımında en sık ilk 3 meslek 45 (%46.4) ev hanımı, 8 (%8.2) çiftçi, 8 (%8.2) emekli şeklindedir. Hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımları; 76 (%78.4) hasta SGK ya bağlı, 12 (%12.4) hasta yeşil kart sahibi, güvencesi olmayan ise 9 (%9.3) kişidir. Hastalar gelir düzeylerini; geliri giderine eşit 58 (%59.8), geliri giderinden az olan 31 (%32), geliri giderinden fazla olan 8 (%8.2) kişi şeklinde belirtmişlerdir. Hastaların kaldıkları oda tipleri; 63 (%64.9) hasta üç kişilik odada, 15 (%15.5) hasta iki kişilik ve banyosuz odada, 12 (%12.4) hasta iki kişilik ve banyolu odada tedavi almaktadır. Hastaların fiziki ortamdaki memnuniyet dereceleri; servislerin bulunduğu yere ve yataklı odalara ulaşımdan memnun olan 53 (%54.6) hasta, hastane güvenliğinde memnun olan 52 (%53.6), bulunduğu odadan memnun olan 41 (%42.3),

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

oda temizliğinden memnun olan 46 (%47.4), yatak temizliğinden memnun olan 52(%53.6) ve odanın aydınlatılmasından memnun olan 65 (%67) hasta şeklindedir. Hastaların hekimleri hakkındaki görüşleri; 54 (%55.7) hasta hekiminin şikayetlerini dinleme ve yanıtlamasından çok memnun, 59 (%60.8) hasta hekiminin yapılan tetkik ve işlemler hakkında bilgi vermesinden memnun , 54 (%55.7) hasta hekiminin tanı ve kendisine uyguladığı tedavi hakkında bilgilendirmesinden memnun , 46 (%47.4) hasta hekimin davranışlarından çok memnun , 53 (%54.6) hasta hekimin mahremiyete özeninden memnun ve 52 (%53.6) hasta da ihtiyaç duyduğunda hekime ulaşım konusunda memnun olduğu şeklindedir. Hastaların serviste hangi doktor tarafından takip edildikleri sorulduğunda; 39 (%40.2) hasta öğretim üyesi tarafından, 8 (%8.2) hasta uzman doktor, 23 (%23.7) hasta da asistan doktor tarafından takip edildiğini söylemiştir, 27 (%27.8) hasta da kim tarafından takip edildiğini bilmemektedir. Hastaların hekimlerine güvenip güvenmedikleri ile ilgili soru; hekimine çok güvenen 34 (%35.1), hekimine güvenen 57 (%58.8) kişi olarak cevaplanmıştır. Hekimin yapmış olduğu günlük muayenenin ne kadar sürdüğü sorulmuş; 6 (%6.2) hasta 2 dakika , 42 (%43.3) hasta 5 dakika , 31 (%32) hasta 10 dakika , 12 (%12.4) hasta 15 dakika , 2 (%2.1) hasta 20 dakika , 2 (%2.1) hasta 30 dakika , 2 (%2.1) hasta 60 dakika sürdüğünü söylemiştir. Hastaların 72'si (%74.2) aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir hekime tedavi olmayı düşünmemektedir, hastaların 25'i ise (%25.7) başka bir hekim tarafından tedavi olmayı düşünmektedir. Hastaların servis hemşireleri hakkındaki görüşleri; hemşirelerin davranışından 57 (%58.8) hasta çok memnun olduğunu, hemşirelerin hasta mahremiyetine gösterdikleri özenden 52 (%53.6) hasta çok memnun olduğunu, 45 (%46.4) hasta hemşirelere güvendiklerini , ihtiyaç halinde hemşirelere ulaşım konusunda 52 (%53.6) hasta çok memnun olduğunu , 48 (%49.5) hasta hemşirelerin çok güleryüzlü , 50 (%51.5) hasta hemşirelerin çok saygılı olduğunu ve 53 (%54.6) hasta da hemşirelerin görevini çok iyi yaptığını belirtmiştir. Ayrıca 45 (%46.4) hasta hemşireye güvendiğini söylemiştir. Hastaların 86 tanesi (%88.7) bu hastaneyi tekrar tercih edebileceklerini söylerken, 3 tanesi (%3.1) hastaneyi tekrar tercih etmeyeceklerini, 8 tanesi (%8.2) bu konuda kararsız olduklarını söyledi. Hastaların 82 (%84.5) tanesi hastaneyi başkalarına tavsiye edebileceklerini söylerken, 4 (%4.1) tanesi başkalarına tavsiye etmeyeceklerini söyledi. 11 (%11.3) tanesi ise bu konuda kararsız olduklarını belirttiler. Bu çalışmada anket uygulananların 58'i (%59.8) hastaların kendisi, 39 (%40.2) u ise hasta yakınıdır. Hasta ve hasta yakınlarının 51 (%52.6) i bu hastanede şikayetlerini rahatça bildirebildiğini, 13 (%13.4) ü rahatça bildiremediğini söylemiştir. 33 (%34) hastada bu konuda görüşü olmadığını söylemiştir. Yatan hasta memnuniyeti ile ilişkili bulunan faktörler; hekimin davranışlarından memnun olmak (Fisher Exact ki-kare=0.007), hemşirenin davranışından memnun olmak (Fisher Exact ki-kare=0.001), hemşirenin mahremiyete özen gösterdiğini düşünmek (Fisher Exact ki-kare=0.000), hekimine güvenmek (Fisher Exact ki-kare=0.000), hemşirenin güler yüzlü davrandığını düşünmek (Fisher Exact ki-kare=0.024), ziyaret saatlerinden memnun olmak (Fisher Exact ki-kare=0.004) ve servislerin temiz olduğunu düşünmektir (Fisher Exact ki-kare=0.012). Bu çalışmada hastaların memnuniyet düzeyinin; eğitim düzeyi, hastanın yaşı, yattığı oda türü ve onları takip eden doktorun öğretim üyesi olup olmamasına göre istatistiksel olarak farklı olduğu gösterilemedi.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma bulgularına göre sosyo-demografik özelliklerin eğitim durumu hasta memnuniyet düzeyleri üzerinde etkili olmadığı düşünülmüştür. Benzer şekilde bu konuda daha önce yapılan çalışmalarda da sonuçlar buna paralel şekilde bulunmuştur (6,7,8). Eroğlu ve arkadaşlarının, Bal'ın, Zahr ve ark, Uzun ve ark, Argan'ın yaptıkları çalışmalarda verilen hizmetten memnuniyet oranının ileri yaş grubu hastalarda çok daha yüksek olduğunun saptanmıştır. Bu çalışmada ise yaşla genel memnuniyet düzeyi arasında bir ilişki gösterilememiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre servis hizmetlerinden memnuniyeti etkileyen faktörler hekimin davranışları, hekimin mahremiyete gösterdiği özen, hekime duyulan güven, ziyaret saatleri, servis temizliği ve hekim memnuniyeti olarak bulunmuştur. Bu konulardaki memnuniyet servis hizmetlerinden genel memnuniyetle paralel sonuçlar vermiştir. Hastayı bilgilendirmenin hasta memnuniyeti üzerinde olumlu etkisi olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir ve memnuniyet düzeyi yüksek hastalarda tedavinin başarısı daha da yükselecektir (9). Benzer sonuçlar bizim çalışmamızda da ortaya konmuştur. Hekimlerinden memnun olan hastalar servis hizmetlerinden de genel olarak memnun bulunmaktadır. Bu araştırma sonuçlarına göre, hekimlerin davranışları hasta memnuniyeti üzerinde çok etkili bulunduğu için, hekimlere bu konuda verilebilecek eğitimlerin hasta memnuniyetini arttırabilecek bir faktör olabilir. Hasta memnuniyeti çok boyutlu bir kavramdır aynı zamanda hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Hasta memnuniyetinin ölçülmesi,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

hizmetin değerlendirilmesi ve sürdürülmesinde, kalitenin belirlenmesinde bir geri bildirim sağlamaktadır. Bu nedenle hasta memnuniyetinin düzenli aralıklar ile ölçülmesi yararlı ve gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Yatan Hasta, Memnuniyet, Araştırma Hastanesi.

Kaynaklar:

- 1) Özcan M, Özkaynak V, Toktaş İ, Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri, Dicle Tıp Dergisi; 2008
- 2) Ercan İ, Ediz B, Kan İ, Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin İncelenmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 11(3)161-167(2004).
- 3) Öksüz, E (2005). "Baskent Üniversitesi Mediko Sosyal Sağlık Merkezi hasta memnuniyeti" III. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi, s:182. içinde: Ünal D, Öztürk A, Tolga Y, Kayseri Devlet Hastanesi'nden Poliklinik Hizmeti Alan SSK Mensubu Erik'in Hastalarda Memnuniyet Durumu,
- 4) UZ, M.H. (1995). "Temel Sağlık Hizmetlerinde kalitenin sürekli iyileştirilmesi için gereken önkosullar ve bu konudaki Danimarka tecrübeleri. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Yeri" (ed. ÇORUH, M) Haberal Eğitim Vakfı – Ankara, s.49-55.
- 5) Strasen L (1988). "Incorporating patient satisfaction standards into Quality of care measures", J Nurs Adm, 18(11):5-6.
- 6) Yıldırım A, Maral I, Aycan S, Bumin MA. Gazi Hastanesi yataklı servislerinde hizmet alanların bazı temel özelliklerine hastaneden memnuniyet durumları Gazi Kalite Günleri II Bildiri Özet Kitabı, Ankara, 1999: 71.
- 7) Joos S, Hickam DH, Borders LM. Patients desires and satisfaction in general medicine clinics. Public Health Rep 1993;108:751-759.
- 8) Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care 1988;26:657-675.
- 9) Demir C (1999). "GATA Eğitim Hastanesi Polikliniklerinde hasta tatmin düzeyinin saptanması." Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi, Haberal Eğitim Vakfı, s:3-11.

643

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE İHTİSAS YAPAN ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARI

Özkan Yaşayan, Rıza Çitil, Yunus Emre Bulut, Hayriye Canik Yaşar, Mücahit Eğri

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Dünyanın pek çok ülkesinde şiddet ile mücadelede kabul gören Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)'nün yaptığı şiddet tanımına göre "Şiddet; kişinin kendisine, bir gruba ya da topluma karşı yöneltilen yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu ya da yoksun bırakma ile sonuçlanan, ya da sonuçlanma olasılığı yüksek, kasıtlı fiziksel güç ya da yetki kullanımının gerçekleştirilmesi ya da tehdididir."

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet tanımı ise göreceli olup değişik tanımlar yapılmaktadır. Sağlık alanında hizmet verenler diğer iş alanlarında çalışanlara göre çok daha fazla şiddete maruz kalmaktadır. Sağlık kurumlarında farklı kaynaklardan doğan şiddetin ortaya çıkışında bireysel, kurumsal ve daha genel olarak toplumsal birçok etken rol oynamaktadır.

Bu çalışmada, son zamanlarda ülkemizde ve ilimizde gittikçe artan, hatta ölümlere bile neden olan hekimlere yönelik şiddete dikkat çekmek için, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan araştırma görevlilerinin, şimdiye kadar hayatları boyunca şiddete maruz kalma durumları, şiddete maruziyeti etkileyen faktörler ve şiddetin önlenmesi için neler yapılabileceğinin belirlenerek, gerekli tedbirlerin alınması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışma 15 Mayıs-15 Haziran 2012 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı dönemde dekanlık kayıtlarına göre 102 araştırma

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

görevlisi görev yapmaktadır. Bunların 7'si doğum izninde, 2'si il dışında dış rotasyonda, 4'ü de yıllık izinde olduğu için çalışmada 89 (87.2 %) 'una ulaşılabilmektedir.

Çalışmada; veri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından konuyla ilgili daha önce yayınlanmış literatürden yararlanarak oluşturulan "Araştırma Görevlilerinin Hasta ve Hasta Yakınları Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumları" başlıklı iki bölüm ve toplam 36 (20+16) sorudan oluşan "anket formu" kullanılmıştır. Birinci bölümde demografik özellikler, sosyal yaşam koşulları ve branşlarıyla ilgili 20 soru, ikinci bölümde ise, araştırma görevlilerinin şimdiye kadar hayatları boyunca görevleri başında iken şiddete maruz kalma durumları, maruz kalınan şiddetin türü, şiddete maruz kalınan yer, o esnada yanında kimse olup olmadığı, şiddet uygulayan kişinin cinsiyeti ve yaşı, herhangi bir alet kullanıp kullanmadığı, şiddetin nedeni, gösterilen tepkinin ne olduğu, şiddet sonucu yaralama durumu, şiddetin önlenebilirlik durumu, şiddeti adli makamlara ve hastane yönetimine iletilme durumu ve sonucu, şiddetin bıraktığı etki ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için ne gibi önlemlerin alınabileceğini saptamaya yönelik toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Anketlerin objektif, samimi ve amacına uygun olarak cevaplanması için anketin giriş bölümünde ankete katılanlara araştırmanın niteliği, amaçları ve niçin yapıldığı yönünde bilgi verilmiş ve değerlendirmede şahıs isimlerinin kesinlikle kullanılmayacağı belirtilmiştir. Anketler araştırmacılar tarafından araştırma görevlilerinin çalıştıkları birimlere gidilerek araştırmaya katılmayı kabul edenlere yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Verilerin analizi SPSS 18.0 demo istatistik paket programı ile yapılmıştır. İstatistiksel analizde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, Ki-kare ve Fisher Ki-kare testleri kullanılmıştır. Farklılıkların test edilmesinde $p < 0,05$ değeri anlamlılık düzeyi olarak alınmıştır. Çalışma öncesinde Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 89 araştırma görevlisinin %67.4'ü erkek, %32.6'sı kadındır. Yaş ortalaması 29.7 ± 3.2 olup, %6.8'i temel, %52.8'i dahili, %40.4'ü de cerrahi bölümlerde çalışmaktadır.

Araştırma görevlilerinin %65.2'si çalışma hayatı boyunca en az bir kez şiddete maruz kalmıştır. Şiddete maruz kalanların %69.0'ı erkek %31.0'ı kadındır ($p > 0,05$). Bölümlere göre şiddeti değerlendirdiğimizde şiddete maruziyet oranı temel bilimlerde %50.0, dahili bilimlerde %55.3, cerrahi bilimlerde ise %80.6 olup, cerrahi bilimlerde şiddete maruziyet daha yüksektir ($p < 0.05$). Şiddete maruz kalanların %65.2'si 24-29 yaş arasında, %34.8'i 30 ve üzeri yaştadır. Uygulanan şiddetin %94,8'si sözel, %5,2'si fiziksel şiddettir. Şiddet olayının %46,6'sının acil serviste, %41,4'ünün poliklinikte %8,6'sının ise çalışılan yataklı serviste gerçekleştiği belirtilmiştir. Şiddet sırasında %50'si yanında birisinin olmadığını, %50'si ise yanında en az bir kişinin olduğunu belirtmiştir. Araştırma görevlilerinin %48,3'ü şiddeti uygulayanın hastanın kendisi, %36,2'si ise hasta yakını olduğunu belirtmiştir.

Araştırma görevlilerinin %87,3'ü erkek cinsiyetten, %13,7'si ise kadın cinsiyetten şiddet gördüğünü beyan etmiştir. Şiddete uğrayanların %3,4'sinde bir saldırı aleti (ateşli silah, cep telefonu) kullanılmıştır. Şiddetin nedeni olarak %58,6'sının sağlık sistemiyle ilgili, %24,1'inin kişisel, %20,7'sinin hastanın hastalığıyla ilgili, %27,6'sının da sıra bekleme, farklı ilaç yazdırma ısrarı, hastane sistemi gibi nedenlerden kaynaklandığı belirtilmiştir.

Araştırma görevlilerinin %17,2'si yaşadıkları şiddet sonrası tepkisiz kaldığını bildirmiştir. %43,1'i sözel/fiziksel olarak karşılık verdiğini, %36,2'si saldırganı odadan/servisten çıkardığını, %34,5'i güvenlik çağırdığını, %15,5'i olay yerinden uzaklaştığını, %15,5'i tedavi vermeyi reddettiğini belirtmiştir. Maruz kaldığı şiddet sonrası %5,2'si yaralanmıştır. Fakat hastaneye yatış veya rapor alma durumu söz konusu olmamıştır.

Araştırmamıza katılanların %84,5'i maruz kaldıkları şiddetin önlenemeyeceğini düşünmektedir. Yaşanan şiddet olayının önlenilebileceğini düşünenler ise koridorda polis/güvenlik görevlisi olsaydı (%37,9), hastanın isteği yerine getirilseydi (%22,4), hekim hasta ile empati kurabilseydi (%3,4'ü), hasta hekimle empati kurabilseydi (%34,5) cevaplarını vermişlerdir. Şiddete maruz kalanların %89,7'si adli makamlara haber vermemiştir. Adliyeye haber verenlerin %16,6'sının halen mahkemesinin devam etmekte olduğu, %33,3'ünde saldırganın ceza aldığı, %33,3'ünün ise herhangi bir sonuç alamadığı ifade edilmiştir. %15,5'i hastane yönetimini bilgilendirmiş olup %81,8'inde yönetim tarafından hiçbir şey yapılmamıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırmamıza katılanların %65,5'i maruz kaldığı şiddet sonrası mesleki performans kaybına uğradığını, %24,1'i ruhsal problemler yaşadığını, %5,2'si bölüm değiştirmeyi düşündüğünü, %8,6'sı ise mesleğinden istifa etmeyi düşündüğünü belirtmiştir.

Şiddeti önlemek için katılımcıların %86,2'si şiddet eyleminde bulunanlara adli ve mali yaptırımların arttırılmasını, %62,1'si sağlık kurumlarında yeterli sayıda güvenlik personeli bulundurulmasını, %25,9'u sağlık çalışanlarının yakın dövüş eğitimi almaları gerektiğini, %70,7'si ise hasta ve yakınlarının eğitilmesi gerektiğini belirtmiştir. Güvenliğin olaylara müdahaledeki yetkisinin arttırılması, sağlık personelinin saygınlığını azaltacak söz ve eylemlerden kaçınılması gibi önerilerde de bulunulmuştur.

Tartışma: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi çalışmanın yapıldığı dönemde toplam 102 araştırma görevlisi ve 183 hemşire/sağlık memuru ile hizmet vermektedir. Çalışmaya katılan araştırma görevlilerinin %65.2'si çalışma hayatı boyunca en az bir kez şiddete maruz kalmıştır. Benzer şekilde araştırma görevlilerinin şiddete maruziyet oranı Açık Y. (2005)'nin çalışmasında %67.7, İlhan M (2009)'nin çalışmasında ise %59.5 olarak bulunmuştur.

Şiddete maruziyet oranı temel bilimlerde %50.0, dahili bilimlerde %55.3, cerrahi bilimlerde ise %80.6 olup, cerrahi bilimlerde şiddete maruziyet daha yüksektir ve bölümlere göre şiddete maruziyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Açık Y.'nin çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde şiddete maruziyet oranı dahili bilimlerde %68.1 iken, cerrahi bilimlerde % 75.3 bulunmuştur ($p < 0.0001$). Cerrahi bilimlerde şiddete uğrama sıklığının daha fazla olması, cerrahi branşlarda özellikle travma ve operasyonun sık olması, hasta ve hasta yakınlarının sonuç alma konusunda daha aceleci ve endişeli olmalarına bağlanabilir.

Araştırma görevlilerinin %61.8'i sözel, %3.4'ü fiziksel şiddete maruz kalmış olup, şiddete maruz kalanların ise %94,8'i sözel, %5,2'si fiziksel şiddettir. Aydın N. (2007)'nin çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde sözel şiddet %53, fiziksel şiddet %1.8 olup, sözel şiddet daha sık görülmektedir.

Şiddet olayının %46,6'sı acil servis, %41,4'ü poliklinikte, %8,6'sı ise çalıştığı yataklı serviste gerçekleştiği belirtilmiştir. Ayrancı U (2005) çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde acil serviste maruz kalınan şiddetin sıklığına dikkat çekmiştir. Acil servisler hem hekimler hem de hasta ve hasta yakınları için stresli mekanlardır, acil servislerdeki aksaklık ve gecikmeler hekimlere mal edilebilmektedir.

Araştırmamıza katılanların %84,5'i maruz kaldıkları şiddetin önlenemeyeceğini düşünmektedir. Bu durum araştırma görevlilerinin şiddeti işlerinin bir parçası olarak algıladıklarını düşündürülebilir. Şiddetin önlenemeyeceğini düşünenler ise çözüm olarak koridorda polis/güvenlik görevlisi olsaydı, hastanın isteği yerine getirilseydi, hasta ile empati kurulabilseydi, hasta hekimle empati kurabilseydi cevaplarını vermiştir.

Çalışmamızda şiddete maruz kalanların %89,7'si adli makamlara haber vermediğini belirtmiştir. %84,5'ü ise hastane yönetimini bilgilendirmemiştir. Hastane yönetimine bildirim sonucu olarak %81,8'inde hiçbir şey yapılmamıştır. Benzer şekilde İlhan M.'nin çalışmasında da araştırma görevlilerinin %73.4'ü maruz kaldıkları şiddet davranışı sonrasında hiçbir bildirimde bulunmadıklarını belirtmişlerdir. Adli makamlara ve hastane yönetimine bildirimlerin bu denli az olması, sonuç alma oranındaki düşüklüğün sebebi sayılabilir. Hastane yönetimleri bildirimler konusunda sağlık çalışanlarına kolaylıklar sağlamalı ve sağlık çalışanlarını cesaretlendirici adımlar atmalıdırlar.

Araştırmamıza katılanların büyük kısmı (%65.5) maruz kaldığı şiddet sonrası mesleki performans kaybına uğramıştır. Bir kısmı da ruhsal problemler yaşamış(%24,1), bölüm değiştirmeyi düşünmüş (%8.6) hatta mesleğinden istifa etmeyi (%5.2) bile düşünmüşlerdir. Uzun ve zorlu eğitimlerden geçmiş, maddi ve manevi büyük fedakarlıklarla mesleğini icra etmeye çalışan hekimlerin böyle olaylara maruz kalmaları üzücüdür.

Araştırma görevlileri şiddeti önlemek için şiddet eyleminde bulunanlara adli ve mali yaptırımların arttırılmasını, sağlık kurumlarında yeterli sayıda güvenlik personeli bulundurulmasını, hasta ve yakınlarının eğitilmesi gerektiğini, güvenliğin olaylara müdahaledeki yetkisinin arttırılmasını, sağlık personelinin saygınlığını azaltacak söz ve eylemlerden kaçınılmasını önermişlerdir. Katılımcıların %43,1'i şiddete maruziyet sonrası sözel/fiziksel olarak karşılık verdiğini ve her dört araştırma görevlisinden biri öneri olarak yakın dövüş eğitimi almaları

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

gerektiğini belirtmiştir. Bu gibi durumlar şiddetin çözümüne değil, ancak yeniden üretilmesine katkıda bulunabilir.

Sonuç ve Öneriler: Çalışmamızda, her üç araştırma görevlisinden ikisinin çalışma hayatları boyunca şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Şiddete maruz kalınan yerin yaklaşık yarısı acil servistir. Cerrahi bölümlerde çalışmak şiddete maruz kalma bakımından diğer bölümlere göre daha risklidir. Şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin çok büyük bir kısmı maruz kaldığı şiddeti hastane yönetimine veya adli makamlara bildirmemiştir. Bildirilse dahi tatmin edici sonuç alınmamıştır. Araştırma görevlileri şiddete maruziyet sonrası ciddi performans kaybı ve ruhsal problem yaşadıklarını ifade etmiştir.

Şiddet sağlık çalışanları ve özellikle de hekimler için dünyada ve ülkemizde son zamanlarda giderek artan bir iş sağlığı sorunudur. Sağlık kurumları şiddet olaylarını en aza indirecek personel ve teknik donanımına sahip olmalıdır. Sağlık personeline şiddet ile ilgili yasalar gözden geçirilmeli, yasa ihlali yapanlara ciddi yaptırımlar getirilmelidir. Yaşanan şiddet olaylarının mutlaka kayıt altına alınması ve hukuka intikal ettirilmesi sağlanmalıdır. Hekimler herhangi bir şiddet olayı ile karşılaştığında nasıl davranması gerektiği ile ilgili ve stres yönetimi konusunda eğitilmelidir. Yaşadıkları şiddet sonucunda hekimlerin etkilenip etkilenmediği tespit edilerek bu konuda tedbirler alınmalıdır. Sağlık otoriteleri son zamanlardaki kamuoyunda bu konu ile ilgili oluşan hassasiyeti fırsat bilip gerekli adımları ivedilikle atmalı, sağlık çalışanlarının yanında olduğunu hissettirmelidir. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin nedenlerine yönelik tüm paydaşlar bir araya gelerek bu sorunun çözümüne katkı sağlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Araştırma Görevlisi, Şiddet, Doktor

Kaynaklar:

- 1- Açık Y ve Ark. Türkiye’de Tıp Fakültelerinde Uzmanlık Eğitimi Almakta Olan Hekimlerin Sözel, Fiziksel ve Cinsel Şiddete Maruz Kalma Sıklıkları, 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı 2005 sf:417.
- 2- İlhan M, Özkan S, Kurtcebe Ö, Aksakal N. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri Ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler, Toplum Hekimliği Bülteni 2009 Cilt:28 sf:15-23.
- 3- Aydın N, Coşkun F, Balcı Ö, Turan H, Dongur D, Akın M, et al. [The evaluation of their job and working medium by research asisstants in Faculty of Medicine of Gaziantep]. Syndrome 2007;19(10):71-4.
- 4- Ayrancı U. Violence toward health care workers in emergency departments in West Turkey. J Emerg Med 2005;28(3):361-5.

560

BİR DEVLET HASTANESİNDE YATAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET DÜZEYLERİ

Firdevs Kuzu, Nuran Güler

Sivas Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Bu araştırma hastanede yatan hasta çocukların annelerinin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmanın evrenini 1 Eylül-30 Kasım 2010 tarihleri arasında süt çocuğu servislerinde yatan 655 hasta çocukların anneleri oluşturmuştur. Araştırmaya en az okur yazar olan, en az 3 geceyi hastanede geçiren, Türkçe bilen, araştırmaya katılmayı kabul eden 318 anne araştırma kapsamına alınmıştır. Veri toplama aracı olarak Ziethaml, Parasuraman ve Berry tarafından geliştirilen (1985), 1994’te Scardina tarafından hemşireliğe uyarlanan, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yurt (1999) tarafından

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yapılan Servqual Ölçeği ve araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde yüzdellik, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hasta annelerinin yaş ortalaması 26,87 + 5,44'tür. Hasta annelerinin % 34,8'i ilkokul mezunu, % 46,5'i daha önce hastanede çocuğunun hastanede yatmadığı, hastaneyi tercih etme nedeni % 28,6 ile acil hastalık nedeni olarak belirtmişlerdir.

Hastaların en çok önem verdikleri alanlar, hemşirelerin hastalara gösterdiği özen ve önem (% 27,3) ile hemşirelerin hizmeti güvenilir ve doğru şekilde yapma yetenekleri (% 24,7) olarak bulunmuştur.

Sonuç: Yataklı tedavi kurumlarında hasta memnuniyetinin geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıyla düzenli olarak değerlendirilmesi, bu verilere göre iyileştirme önlemleri alınması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Hasta memnuniyeti, hemşirelik bakımı, Servqual ölçeği

523

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN İŞLEYİŞ ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN AİLE HEKİMLİĞİ

Meltem Çiçeklioğlu¹, Zeliha Aslı Öcek¹, Raziye Özdemir², Ummahan Yücel³, Günay Saka⁴

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ²İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kanseri Birimi, ³Ege Üniversitesi, Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, ⁴Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin (BBSH) tüm toplumun sağlık gereksinimlerini karşılayabilmesi dört temel işlevini gerçekleştirebilmesine bağlıdır (1). Bu işlevlerden ilki BBSH'nin bireylerin tüm yeni gereksinimlerinde sisteme giriş aşaması rolü oynaması olarak tanımlanan ilk başvuru özelliğidir. Az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici hizmet vermesi kapsayıcılık, bireylerle ve toplumla herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız ve uzun erimli ilişki kurması süreklilik, başka kurumlar veya bireyler tarafından sunulan hizmetleri entegre etmesi ise eşgüdüm özelliklerini tanımlar (1).

Düzce'de 2005 yılında pilot uygulama olarak başlayan aile hekimliği 2010 yılında tüm Türkiye'de yaygınlaştırılmıştır. Sağlık Bakanlığı 2007 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nden (DSÖ) aile hekimliğini değerlendiren bir çalışma talep etmiş, DSÖ de Hollanda'daki işbirliği merkezini görevlendirmiştir. On üç ilin aile hekimliğine geçtiği bu dönemde, çalışma bakanlığın önerisi üzerine sadece Bolu ve Eskişehir'de gerçekleştirilmiştir (2). Bu çalışma her ne kadar aile hekimliğini BBSH'nin işleyiş özellikleri bakımından kapsamlı bir şekilde değerlendirmiş olsa da, başta örneklem tekniği olmak üzere ciddi yöntemsel sorunlar barındırmaktadır. Üstelik araştırmacıların yurt dışı kaynaklı olması bulguların yorumlanmasını ciddi şekilde sınırlamıştır.

Ülke çapında yaygınlaştırılmasının ardından aile hekimliği modelini tüm yönleriyle değerlendiren çalışmaların sağlayacağı bilgiler daha da önem kazanmıştır. Diğer yandan halen çok yeni bir model olması, olumlu ve olumsuz özelliklerinin süreç içinde ortaya çıkması nedeniyle niceliksel verilere dayalı çalışmalar aile hekimliğini sadece araştırmacıların öngördüğü değişkenler tarafından irdeleme sınırlılığı taşımaktadır. Bu nedenle niteliksel verilere dayalı ve aile hekimliğini hem BBSH'nin temel özellikleri hem de aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının çalışma ortamı ve özlük hakları açısından değerlendiren bir proje gerçekleştirilmiştir. Bu bildiri sunulan çalışma da bu projenin bir bölümüdür. Çalışma aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının yanı sıra toplum sağlığı merkezi hekimlerinin ve ebe/hemşirelerinin görüşleri aracılığı ile aile hekimliği modelinin BBSH'nin işleyiş özellikleri bakımından değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Fenomenolojik özellikte olan ve niteliksel verilere dayanan bu çalışmanın hedef grubu ülkemizde görev yapan BBSH çalışanlarıdır; 1) aile hekimleri 2) toplum sağlığı merkezi (TSM) hekimleri 3) aile sağlığı elemanları (ASE) 4) TSM ebe/hemşireleri. Çalışmanın fenomenolojik tipte tasarlanması nedeniyle bulguların evrene geçerli bir şekilde genellenebilmesinden çok, araştırma konusunu derinlemesine aydınlatılması amaçlanmıştır, bu nedenle örnekleme yöntemlerinden "maksimum çeşitlilik" uygulanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırmaya katılan sağlık çalışanları görevlerine (aile hekimi;50, TSM hekimi;21, ASE;41, TSM ebesi/hemşiresi;10), uzmanlık durumlarına (aile hekimi uzmanı;7, halk sağlığı uzmanı;4) ve cinsiyete (23 kadın hekim, 48 kadın ASE, TSM ebe/hemşiresi) göre çeşitlilik gösterecek şekilde seçilmiştir. İllere göre çeşitliliğin sağlanmasında İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması dikkate alınmış, Düzey 1'i oluşturan her bir 12 alt bölgeden en az bir ili içerecek şekilde 37 ilden katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler doygunluğa ulaşırsa ve yeni bilgi saptanmadığına emin olunana dek yeni katılımcıların dahil edilmesine devam edilmiştir. Sekiz TSM hekimi ve iki aile hekimi görüşmeye katılmayı red etmiştir.

Araştırmanın verileri 102 derinlemesine görüşme ve dört odak grup görüşmesi aracılığı ile toplanmıştır. Görüşmelerde kullanılan yarı-yapılandırılmış soru formunun hazırlanmasında BBSH'nin dört işlevi özelliğinin tanımı temel alınmıştır. İki aile hekimi, bir TSM hekimi, iki ASE ve bir TSM ebe/hemşiresi ile pilot görüşme yapılarak, soruların anlaşılabilirliği ve geçerliliği belirlenmiştir. Görüşmeler mesai saatleri dışında, gizliliğin sağlanabildiği ve ses kaydı almaya uygun ortamlarda gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan aile hekimliği ve sağlık ocağı modellerini karşılaştırmaları istenmiş, aile hekimliği modeli erişilebilirlik, tüm nüfusu kapsama ve ilk başvuru konumu açısından değerlendirilmiştir. Ardından BBSH'nin kapsayıcılık özelliği gebe/bebek/çocuk izlemi, bağışıklama, üreme sağlığı, vb farklı hizmetler dikkate alınarak sorgulanmıştır. Liste temelli örgütlenmenin coğrafi nüfus temelli örgütlenmeye göre süreklilik açısından sağladığı avantaj ve dezavantajlar sorulmuş, eşgüdümün değerlendirilmesi amacıyla katılımcılardan aile hekimlerinin hastalarının başka kurumlardan aldıkları hizmetlerden haberdar olma düzeyini değerlendirmeleri istenmiştir.

Tüm görüşmelerin ses kaydı alınmış ve çözümleri yapılmıştır. Görüşme metinlerinin iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı okunmasının ardından temaların kavramsal çerçevesi belirlenmiştir. Tüm görüşmelerin kodlanmasının ve temaların sınıflandırılmasının analizin doğruluğu tüm araştırmacıların katılımı ile kontrol edilmiştir.

Bulgular: Veri analizi sonucunda altı tema belirlenmiştir; 1) aile hekimliği ve sağlık ocağı sistemlerinin farklılıkları; 2) aile hekimliğinin toplumun tüm kesimlerine ulaşılma düzeyi ve hizmetlere erişim; 3) ilk başvuru; 4) süreklilik; 5) kapsayıcılık; 6) eşgüdüm; 7) alt yapı, donanım ve insan gücü.

Aile hekimliğine uygun bir planlama süreci gerçekleştirilmeden geçildiği, bu nedenle hasta listelerinde dengesizliklerin bulunduğu, bazı bölgelerde listelerin coğrafi yakınlık dikkate alınmaksızın dağıtıldığı ve listelerin bir bölümünün doğru olmadığı vurgulanmıştır. Buna karşın, geçmişte sağlık ocakları açısından önemli yetersizliklerin yaşandığı şehirlerde hekim ve kurum sayısının artması olumlu bir gelişme olarak tanımlanmıştır. Şehir merkezlerindeki aile hekimleri listelerindeki hastaların kurumlarına rahatlıkla erişebildiğini belirtmiştir. Ancak, kentlerin yoksul bölgelerinde çalışan katılımcılar sosyal açıdan dezavantajlı gruplar arasında herhangi bir aile hekimine kayıtlı olmayan bireylerin bulunduğunu çeşitli örneklerle açıklamıştır. ASE'leri liste tabanlı örgütlenmenin sakıncalarını aile hekimlerine göre çok daha yoğun olarak dile getirmiştir.

"Hiç bir aile hekimine kayıtlı olmayan 40-50 kişi bana sonradan gelip kaydoldu. Demek ki açıkta kalanlar var. Bebek geliyor, anne hamile kalmış, doğurmuş falan. Kimsenin haberi yok. (Aile hekimi)

"Benim bölgemde kimliği olmayan bir sürü insan var. Onları tamamen dışlayan bir sistem.Bir anne var, bebeği yeni doğdu ve kimlikleri yok. Biz yapıyoruz aşısını, ama ebenin inisiyatifine bağlı. Aşılarını aksatsam kimse benden hesap sormaz." (ASE).

Ülkemizde bir kaç aydan uzun süreli geçici göçlerin de hizmete erişim açısından önemli bir sorun kaynağı olduğu ve aile hekimlerinin iş yükleri nedeniyle misafir hastalara bakmak konusunda gönüllü davranmadığı belirtilmiştir. Aile hekimleri özellikle listelerinde yer almaya devam eden, fakat adres değiştiren gebe ve bebeklere ulaşmada sorun yaşadıklarını açıklamıştır.

"İstemediği hastayı kabul etmeme başladı. Anne mevsimsel işçi olarak gelmiş İstanbul'a, ama gebe. "İzlemlerimi yaptırmak istiyorum" diyor. Hekim bakıyor her şeyi sıkıntı., "kusura bakma" diyor bölgem dolu ve kadın izlemekten mahrum kalıyor. Sağlık ocağında kapıdan giren her gebe, bebek çocuk bizimdi. Bu sahiplenme yok artık." (ASE).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Aile hekimleri kayıtlı hastaların %40-%60'ının kendilerinden hiç hizmet almadığını, değişen oranlarda olmakla birlikte hizmetlerinden yararlanan bireyler açısından ilk başvuru işlevini gerçekleştirdiklerini belirtmiştir. Sevk uygulaması yürürlüğe girdiği takdirde sistemin tamamiyle çökeceği konusunda tüm katılımcılar görüş birliği içindedir. Aile hekimleri kendilerinden hizmet alan hastaları kişisel olarak tanıma ve izleme olanağını sistemin en olumlu özelliği olarak tanımlamışlar, ancak aile hekimleri listelerinde yer almalarına rağmen, kendilerinden hiç hizmet almayan hastaları ile ilgili hiçbir fikirlerinin olmadığı açıklamışlardır. Hastalarla sürekli ilişkinin aslında sağlık ocağı modelinde de gerçekleştirilebilir bir işlev olduğunu açıklayan hekimler olmuştur.

Gebe, bebek izlemlerinde ve bağışıklamada kapsayıcılığın negatif performans nedeniyle çok yüksek olduğu belirtilirken, prematür doğumlardaki aşı gecikmeleri nedeniyle bile performans cezası alınabildiği, bunun da hekimleri bazı hilelere başvurmak zorunda bıraktığı açıklanmıştır.

“Performans ağır bastığı için ne pahasına olursa olsun, onu dolduruyor. Biz onların çalışmalarının çoğunu göremiyoruz. Denetleyen de göremiyor. Onlarla bakanlık arasında. Ne yazarsa bakanlık inanmak zorunda.” (TSM hekimi)

Bazı aile hekimleri ASE'lerin de negatif performans almalarının izlemleri arttırdığını belirtirken, izlemlerin sadece kendileri tarafından yürütüldüğünü ifade eden ASE'ler olmuştur. Aile hekimleri kronik hastalık izlemlerini sadece kendilerinden hizmet alan bireyler için gerçekleştirebildiklerini, iş yükü nedeniyle istedikleri düzeyde eğitim ve izlem hizmeti veremediklerini açıklamıştır. Tüm katılımcılar aile hekimliğine geçişin ardından aile planlaması hizmetlerinde önemli bir aksama yaşandığı konusunda hemfikir olmuştur. Aile sağlığı merkezlerinin hizmetleri kondom ve hap sağlanması ile sınırlı kalmış, rahim içi araç (RIA) uygulamaları önemli bir azalma göstermiştir.

“Denetim için gidiyorum, jinekolojik masa var mı var, elemanların ve doktorun sertifikası da var. Son altı ayda kaç RIA taktın? Sıfır.” (TSM hekimi)

Anlatıldığı gibi herkesin aile hekimi olacak, size eğitim verecek falan yok. Muayenesini oluyor gidiyor, bunun dışında bir hizmet yok. Zaten doktorların başka hizmeti verecek zamanları yok. (ASE)

Aile hekimlerinin bulaşıcı hastalıkları bürokratik işlemler nedeniyle bildirmekten kaçındığı, evde bakım gereksinimi belirlemede sorunlar yaşandığı ve sorumlulukların tanımında bir karmaşa bulunduğu hem aile hekimleri hem de TSM hekimleri tarafından dile getirilmiştir. Kırsal nüfusa yönelik mobil hizmetlerin uygun mekanların bulunmaması nedeniyle yeterince etkin yürütülemediği de açıklanmıştır. Sevk uygulamasının bulunmadığı bir sistemde BBSH'nin eşgüdüm işlevinin gerçekleştirilmesinin hastaların bilinç düzeyi ve hasta hekim ilişkisinin niteliği ile sınırlı olduğu vurgulanmıştır.

Aile hekimliği modeline altyapı hazırlığı ve insangücü planlaması gerçekleştirilmeden geçilmiş olması ve bu durumun hizmet sunumunu sınırlaması sık dile getirilen bir eleştiri olmuştur. Aile sağlığı merkezlerinin sınıflandırılmasının sadece şekilsel bir değişim getirdiği, hizmet niteliğine yansımadağı açıklanmış, bu tür bir sınıflamanın vatandaşların eşit hizmet almamasını kabul etmek anlamına geldiği vurgulanmıştır.

“Sınıflama kriterleri gerçek kalite kriterleri değil. Vatandaşın gözünde kurum farkı, hekim farkı yaratmak için yapılan bir tür aldatmaca.” (Aile hekimi)

Katılımcıların önemli bölümü aile hekimliği ile birlikte başta denetim mekanizmalarının kurulması olmak üzere gerçekleşen olumlu değişimlerin hemen tümünün sağlık ocağı sisteminde kurulabilecek nitelikte olduğunu açıklamıştır. Hekim katılımcıların büyük çoğunluğu liste yerine bölge temelli bir örgütlenme yapısının daha etkin olacağını belirterek sağlık ocağı sistemine yakın bir model önermiştir.

Sonuç ve Öneriler: Sonuçlarının genellenebilirliği açısından önemli bir sınırlılığa sahip olsa da fenomenolojik özellikteki bu çalışmada BBSH'nin işleyiş özellikleri hakkında kapsamlı ve derinlemesine bilgi sağlamıştır.

Türkiye'de BBSH'ni aile hekimliği öncesi dönemde değerlendiren çalışmalarda iller ve bölgeler arasında alt yapı ve insan gücü dağılımı bakımından derin eşitsizliklerin yaşandığı, bu eşitsizliklerin hizmet sunumuna da

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yansıdığı, sosyalleştirmenin hükümetler tarafından desteklenmemesi nedeniyle sadece sosyoekonomik potansiyeli görece yüksek illerde başarılı olabildiği gözlenmiştir. Bu bulgular, sosyalleştirmenin eşitlikçi özünü ortaya çıkarmasının engellediğini yansıtmaktadır (3, 4). Aile hekimliğinde ise farklı bir durum söz konusudur; liste temelli örgütlenme nedeniyle BBSH'nin eşitlikçi yapısının temel koşulu olan toplumun tüm kesimlerini kapsama ilkesi yerine getirilememektedir. Bir diğer ifadeyle eşitlik artık ilkesel olarak da kabul edilmemektedir. Aile hekimlerinin listelerinde yer alan hastaları ile ilişkilerinin sürekliliği gelişmiştir, fakat bunun bedeli tüm topluma karşı duyulan sorumluluk algısının erozyona uğraması olmuştur. Aile hekimliği toplumun ancak belli bir bölümü için ilk başvuru işlevi görürken, hizmetlerin eşgüdümü sistemin yapısal sorunları nedeniyle gerçekleşmemektedir. Hizmetlerin kapsayıcılığı açısından en çarpıcı sonuçlar aile planlamasının artık adeta gözden çıkarılmış olması, negatif performans uygulanan hizmetlerde gerçekleşen değişimin niceliksel bir artış ile sınırlı kalmasıdır.

Sonuç olarak aile hekimliği modeli BBSH'lerinin işleyiş özellikleri açısından dikkate değer bir gelişme sağlamamış, eşitlikçi yapısı açısından ise önemli bir kaybın yaşanmasına neden olmuştur.

Anahtar Sözcükler: birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği, erişilebilirlik, ilk başvuru, kapsayıcılık,

Kaynaklar:

- 1) Starfield, B. (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press.
- 2) Kringos DS., Boerma WGW., Spaan E., Pellny M. A Snapshot of the organisation and provision of primary care in Turkey. BMC Health Services Research, 2011, 11: 90.
- 3) Öcek Z., Soyer A. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 2000-2004 Durum Değerlendirmesi. Toplum ve Hekim, 2006, 21 (4): 271-279.
- 4) Belek İ., Belek H. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Finansman, Kurumlar, İnsan Gücü ve Hizmet Açısından Genel Bir Değerlendirme. Toplum ve Hekim, 1998, 13 (5): 322-7.

688

GAZİANTEP MERKEZDE AİLE HEKİMLİĞİNE GEÇİŞİN BİRİNCİ YILINDA 12-23 AYLIK ÇOCUKLARIN AŞILANMA DURUMLARININ LOT KALİTE TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Birgül Özçırpıcı, Neriman Aydın, Ferhat Coşkun, Hakan Tüzün, Servet Özgür

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Bağışıklama hizmetleri, bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılacak bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir (1). Dünya Sağlık Örgütü bir yaşın altındaki çocukların aşı ile önlenemeyen altı hastalığa karşı aşılmasını, çocukları hastalık ve ölüme karşı koruyan programların en maliyet-etkilisi olduğunu belirtmektedir (2).

Gaziantep ili 13.12.2010 tarihinde "aile hekimliği uygulaması"na geçmiştir. Sorumluluk alanlarının ve personel hareketliliğinin hızla değiştiği aile hekimliği uygulamasına geçiş sırasında, rutin hizmetlerde aksama beklenebilmektedir. Bu nedenle aşılama kapsayıcılığının değişimini izlemek, hizmet sunumu değişiklik dönemlerinde daha önemli hale gelmektedir.

Aile hekimliği uygulamaya geçişin 1. yılında yapılan bu araştırmada; il merkezinde bulunan ve sistem değişikliğinden önce sağlık ocağı bölgesi olan lotlarda yaşayan 12-23 aylık çocukların aşılama durumlarının lot kalite tekniği kullanılarak belirlenmesi, sorun olan bölgelerin saptanması ve aile hekimliğine geçişin hemen öncesinde aynı yöntemle yapılmış ilk araştırmaya göre meydana gelen değişimlerin ortaya konması

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

amaçlanmıştır. Araştırmanın temel hedefi sistem değişikliğinin rutin hizmetleri nasıl etkilediğinin ortaya konmasıdır. Ayrıca araştırma sonuçlarının idari yetkililerle paylaşılması ve böylece hizmet planlamasında kullanılmasının sağlanması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Gaziantep ilini temsil eden bir örnekleme, Lot Kalite Tekniği kullanılarak 12-23 aylık çocuklar üzerinde yürütülen tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın; doğruluğu ± 3 , güvenilirlik düzeyi %95, örneklem büyüklüğü 1066, örneklemin seçildiği toplam hedef nüfus 1244000, 12-23 aylık çocuk sayısı 31892, toplam lot sayısı 50, minimum lot örnekleme büyüklüğü 20 ve karar değeri (bir lotta kabul edilebilir aşısız çocuk sayısı) 3 olarak belirlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu'ndan mahalleler ve buralarda yaşayan 12-23 aylık çocuklar, adresleri ile birlikte elde edilerek, her lottan 20 asil, 5 yedek çocuk basit rastgele yöntemle seçilmiştir.

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından Dünya Sağlık Örgütü'nün konuyla ilgili rehberi kaynak alınarak yapılandırılmış anket formları aracılığı ile, 1-31 Aralık 2011 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencileri ile Halk Sağlığı Anabilim dalı öğretim üyeleri tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Görüşmeler sırasında 12-23 aylık çocukların annelerine "aşı kartı olup olmadığı, aşılama tarihleri ve aşıların nerede yapıldığı, aşılatmamışlarsa neden aşılatmadıkları" ile ilgili sorular sorulmuştur. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) na göre; tam aşılı çocuk 1 doz BCG, 3 doz Hep B, 3 doz beşli karma, 3 doz KPA, 1 doz KKK almış çocuktur. Çocukların tam aşıli olma durumu buna göre değerlendirilmiştir. İki araştırmada elde edilen değerlerin farklı olup olmadığının belirlenmesi amacıyla evren oranı önemlilik testi kullanılmıştır. Veriler SPSS paket programında çözümlenmiştir.

Bulgular: Kolay anlaşılması amacıyla 1 yıl önceki veriler parantez içinde verilmiştir. Araştırmaya katılan 12-23 aylık çocukların % 83,2 nin (%56,0) inin aşı kartı bulunmaktadır. Aşılamalarla ilgili bilgiler %49,0 (%36,5) unda sadece kartla, %17,0 (%44) sinde anamnez ile, %34,0 (%19,5) ünde her ikisi kullanılarak elde edilmiştir. Çocukların %98,5 (%98,9) ine BCG aşısı yapılmışken, %97,2 (%98,2) sinin BCG skarı vardır ve en sık yapıldığı yer aile sağlığı merkezidir (99,7) (%98,2). Çocukların %99,1 (%98,9) i beşli karma aşının 1. dozunu almıştır, bunun %99,9 (%97,8) u aile sağlığı merkezinde yapılmıştır. Karma aşının 2.,3., ve rapel dozunun yapılma sıklıkları sırasıyla % 97,5 (98,3), %95,6 (97,6), %65,2 (%59,9) dir. Yine bunların en sık yapıldığı yer aile sağlığı merkezidir (%99,7). Çocukların %93,8 (%97,8) i oral polio aşısının 1. dozunu almıştır, bunun %99,7 (% 98) i aile sağlığı merkezinde yapılmıştır. İkinci dozun yapılma sıklığı %63,0 (% 59,7) dür. Hepatit B aşısı yapılma sıklıkları sırasıyla; 1.doz %99,8 (%99,0), 2.doz %98,6 (%98,7), 3.doz %95,4 (%97,7) dir. HBV 1 in yapılma yeri sırasıyla hastaneler %76,0 (%28,6) ve aile sağlığı merkezidir %23,8 (%71,4). İkinci ve 3. dozlar da büyük oranda aile sağlığı merkezinde yapılmıştır (%98,9, %99,6) (%97,0 ve 97,6). Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak aşısı yapılan çocuk sıklığı %92,0 (%97,4) dir, bunun % 99,9 (%98,3) u aile sağlığı merkezinde yapılmıştır. Konjuge Pnömonokok aşısının 1. dozu çocukların %98,6 (%98,3) üne, 2.dozu %97,0 (% 97,7) sine, 3. dozu %95,2 (% 97,0) sine, rapel dozu ise %88,3 (%92,6) üne ve büyük çoğunlukla aile sağlığı merkezinde yapılmıştır. Çocukların %84,0 (93,7) ü tam aşıli iken, %15,4 (%5,4) ü eksik aşılidir, %0,6 (%0,9) una ise hiç aşı yapılmamıştır. Nüfusa ağırlıklı olarak hesaplanan tam aşıli çocuk sıklığı %85,64 (%93,62) e yükselmiştir. Bu değer ilk araştırmaya göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,005$). 21 (5) lot hedeflenen %85 tam aşıli başarı oranına ulaşamamıştır (%42). Aşı yapılmayan ya da aşısı eksik olan çocukların anneleri sırasıyla şu nedenleri belirtmişlerdir; "ne zaman yaptıracağını bilmeme (%11,8)", "ailevi problemler (%8,7)", "çocuğun hasta olması (%8,7)", "aşı ile ilgili dedikodu yapılması (%7,9)".

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Bulgular aşılama yüzdesinin sistem değişiminden önceki durumdan geriye gittiğini göstermektedir. Başarı hedefini yakalamış veya yakalayamamış lotların 1 yıl önceki ilk araştırmadan farklı ve daha fazla olması; hizmet verilen bölgelerin sosyoekonomik, kültürel özellikleri kadar, o sırada o bölgede çalışan sağlık personelinin bireysel özelliklerinin ve değişen hizmet sunum biçiminin hizmet başarısı için önemli olduğunu akla getirmektedir. Başarı hedefini yakalayamayan lot sayısının 5 den 21 e çıkması; geçiş dönemini akla getirirse de düşündürücüdür. Bir çocuk yaşadığı bölgedeki aile hekimlerinin hiçbirine kayıtlı değilse, aşılamasının da kimsenin sorumluluğunda olmadığı açıktır. Hedef nüfusun kayıtlarda olandan daha yüksek olduğu düşünülmektedir. İlk dozların ilk çalışmadan yüksek, 2.,3., rapel dozların ve tam aşıli çocukların düşük olması şu nedenleri akla getirmektedir; taşınma durumunda (ki bazı bölgelerde göç hızı yüksektir) aile hekimini değiştirmenin akla gelmemesi, eskiden göç edilse ya da misafir olursa bile bulunulan bölgenin sağlık ocağına gidilip kolayca aşı yaptırılabilirken, mevcut sistemde misafir olarak aşı yaptırmanın zor olması, aşı baskotlarının hekimlerce bilgisayara girilerek kime hangi aşının yapıldığının görülmek istenmesi.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Aşı kartı bulunan çocuk sıklığının %56,0' dan % 83,2'e yükselmesi olumlu bir bulgudur. GBP'nin hedefleri incelendiğinde; her bir antijen için etkinliği korunmuş aşı ile ülke genelinde %95 aşılama hızına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak ve 12-23 aylık bebeklerin %90'ını tam aşıli hale getirmek olduğu görülmektedir (1). Araştırmamızda BCG, Hepatit B, beşli karma aşı ve Konjuge Pnömonokok aşısı için hedef yakalanmışken, oral polio, Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak aşılı ve 12-23 ay çocuklarda tam aşılilik oranı genişletilmiş bağışıklama programı hedefinin altındadır. Oysa 1 yıl önce hizmet sunumunun hemen öncesinde tam aşılilik hedefinin üzerine çıktığı belirlenmiştir. Rapel aşılama hala istenenin çok altındadır. Hem hekimlerde, hem ailelerde aşıya ilginin zamanla azaldığı düşünülmektedir. Araştırmada lot başarı kriteri olarak GBP'nin hedefi olan %90 tam aşılilik hedefi alınsa idi, bu kriteri yakalayabilmiş lot sayısı çok daha düşük olacaktır.

Araştırmada belirlenen tam aşıli çocuk sıklığı (%85,64), Edirne'de aile hekimliğine geçişin 2. yılında aynı yöntemle yapılmış araştırmada bulunan değerden (%75,1) yüksek, Bolu'da belirlenen değerden (%88,9) daha düşüktür (1,2). Üç ilde GBP hedefinin altındadır. Hindistan'da aynı yöntemle yapılan bir araştırmada tam aşıli çocuk sıklığı %84.09 olarak belirlenmiştir (5). Bir süre aşı kapsayıcılığının araştırmalarla izlenmesi, sistemin oturmasından sonra topluma dayalı hizmetlerin ne yönde değiştiğinin belirlenmesi açısından yararlı olacaktır.

Anahtar sözcükler: aşılama, aile hekimliği, Gaziantep, lot kalite tekniği, tam aşıli.

Kaynaklar:

1-Genişletilmiş Bağışıklama Programı. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genelgesi; 2009.

2-N. Emiroğlu, WHO, Aşı ile Korunulabilir Hastalıklar ve İmmünizasyon Bölümü, Avrupa Bölgesi, Danimarka. DSÖ rutin aşılama önerileri. 3.Ulusal Aşı Sempozyumu CD si. Ankara, 29 Eylül-3 Ekim 2009.

3-M.Eskiocak, S. Alkoy, H. Dedeler ve ark. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında, Edirne'de 0-23 Aylık Çocukların Aşılandıkları Yerlerin Lot Kalite Tekniği İle Değerlendirilmesi. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Ankara, 2008 Ekim 21-25: 314.

4- S. Alkoy, A. Çatıker, A. Kıyan ve ark. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında, Bolu'da 0-23 Aylık Çocukların Aşılanma Durumlarının Lot Kalite Tekniği İle Değerlendirilmesi. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Ankara, 2008 Ekim 21-25: 315.

5-Punith K, Lalitha K, Suman G and et all. Evaluation of Primary Immunization Coverage of Infants Under Universal Immunization Programme in an Urban Area of Bangalore City Using Cluster Sampling and Lot Quality Assurance Sampling Techniques. Indian J Community Med. 2008 July; 33(3): 151-155.

800

HALK SAĞLIĞI ÇALIŞANLARININ SAĞLIK REFORMLARI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Ercan Özyıldırım¹, Hamit Acemoğlu², Zahide Koşan¹, Elif Okşan Çalikoğlu¹, Aysun Aras¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

Giriş ve Amaç: Cumhuriyet tarihi boyunca ülkemizde uygulanan sağlık politikaları bazı temel değişim dönemleri geçirmiştir. Refik Saydam dönemi (1923), Behçet Uz dönemi (1946), Prof. Dr. Nusret Fişek'in öncülüğünde sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu uygulamasının başlangıcı (1963) önemli dönüm noktalarıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003), bu dönüm noktalarındaki son halkayı oluşturmaktadır(1). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir ülkenin sağlık sistemi özgün, yüksek kalitede ve herkese sağlık hizmete verecek şekilde olmalıdır(2). Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda amaçlarının sağlık sistemini 21.Yüzyıl vizyonuna uygun hale getirmek ve insanımızın hakkı olan kaliteli sağlık hizmetini almasını sağlamak olarak özetlemektedir(1). Bu programla sağlık sisteminde köklü değişikliklere gidilmiş, 50'ye yakın reform yapılmış ve yapılmaya devam edilmektedir. Kuşkusuz reformların toplum sağlığına ve daha birçok faktöre olumlu ya da olumsuz etkileri olacaktır. Bu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

etkilerin araştırılıp analiz edilmesi toplum sağlığı açısından hayati derecede önemlidir. Sağlık politikaları ve uygulamaları konusunda aldığı eğitim ve geçmişteki çalışmaları göz önüne alındığında en donanımlı sağlık çalışanlarının halk sağlığı çalışanları olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu grubun yapılan sağlık reformlarıyla ilgili düşünceleri mevcut sistemin aksayan yönlerinin tespiti ve sağlığın iyileştirilmesi açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmada Halk Sağlığı Çalışanlarının Sağlık Reformları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırmanın evrenini Yahoo e-gruplarından Halk Sağlıkçılar Grubu (Halk_Sagligi) ve Halk Sağlığı Araştırma Görevlileri Organizasyonu (hasarog) ile Halk Sağlığı Asistanları Grubu (hsag) Google e-posta grubuna üye halk sağlığı çalışanları oluşturdu. Üye sayıları 432' si Halk_Sagligi, 224'ü hasarog ve 50'si hsag olmak üzere toplam 706 kişiydi (3). Ancak bir kişinin gerek aynı e-posta adresi gerekse de farklı bir adresle her 3 gruba da üye olabileceği göz önüne alındığında evrenimizin 500 civarında olduğu tahmin edildi. Sağlık çalışanlarının reformlar hakkındaki bilgi, tutum ve davranışını ölçen ölçekler bulunmamaktadır. Kendi oluşturduğumuz anketle bazı özellikler belirlenmeye çalışıldı. Çalışmada örnekleme yapılmamış anketi her üyenin cevaplaması hedeflenmiştir. İnternet ortamında hazırlanan anket Mayıs-Haziran 2012 tarihinde e-posta yoluyla tüm üyelere postalanmıştır. Anketin ilk bölümü sosyo-demografik özelliklere yönelik 5 sorudan oluşmaktaydı. Kalan bölümler her bölümde sıralanan 13 büyük sağlık reformunun her biri için bilgi, tutum ve davranışla ilgili sorulardan olmak üzere toplam 44 sorudan oluşmaktaydı. Sıralanan sağlık reformları ve bağımlı değişkenler; Aile Hekimliği Sistemi, Kamu Hastane Birlikleri Kanunu, Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi Ve Kontrolü Hakkındaki Kanun, 18 yaş altı nüfusun Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması, 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumlarının Entegrasyonu ile İlgili Kanun, Kamu Hastanelerinin tek çatı altında toplanması-SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile ilgili düzenleme, Tam Gün Yasası, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Halkın sağlık sigortalarıyla özel hastaneler ve tıp merkezlerinden hizmet alabilmesini sağlayan düzenleme, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri ile ilgili düzenleme, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), İlaç politika ve uygulamaları ile ilgili reformlar ve Halk Sağlığı Kurumu'nun kurulması idi. Bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, akademik unvan, çalıştığı kurum ve yaşadığı coğrafi bölge oluşturdu. Hipotezlerin test edilmesinde Ki kare ve Fisher Exact Testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ alındı.

Bulgular: Çalışmaya gönüllü olarak 64'ü (% 58) erkek 47'si (% 42) kadın olmak üzere toplam 111 kişi katıldı. Yaş ortalamaları 40 ± 10 idi. % 11'i Akdeniz Bölgesi, % 8'i Doğu Anadolu Bölgesi, % 27'si Ege Bölgesi, % 1'i Güneydoğu Anadolu Bölgesi, % 24'ü İç Anadolu Bölgesi, % 12'si Karadeniz Bölgesi, % 17'si ise Marmara Bölgesi'nde yaşadığını belirttiler. Katılımcıların 12'sini profesör doktor, 14'ünü doçent doktor, 15'ini yardımcı doçent doktor, 20'sini uzman, 39'unu araştırma görevlisi, 5'ini Halk Sağlığı doktora öğrencisi, 2'sini veteriner hekim, 2'sini bilim uzmanı ve 1'ini aile hekimi oluşturuyordu. Katılımcıların % 72'si üniversite, % 20'si Sağlık Bakanlığı, % 8'si ise diğer bakanlıklar, özel sektör, TSK ve meslek örgütünde çalıştığını belirttiler.

Katılımcıların % 93'ü Aile Hekimliği hakkında tam ve yeterli bilgi sahibi olduğunu, % 25'i bu sistemi onayladığını, % 51'i onaylamadığını, % 23'ü ise her iki uca eşit uzaklıkta olduğunu belirttiler. Bu konuda katılımcıların % 41'i araştırma-rapor-bilimsel toplantılarda sunu vb. faaliyette bulunduğunu, % 20' si medya organları vasıtasıyla ya da çeşitli organizasyonlarda fikir ve önerilerini ifade ettiğini, % 40' ı ise bu konuyla ilgili herhangi bir girişimde bulunmadığını belirtti. Üniversitede çalışanlarla Sağlık bakanlığı ve diğer çalışanlar, kadınlarla-erkekler arasında, Marmara, Akdeniz ve Ege Bölgesi ile diğer bölgelerde yaşayanlar arasında bilgi, tutum ve davranış açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Öğretim üyeleri (% 51) Uzman ve araştırma görevlisi (% 34) olarak çalışanlardan aile hekimliği sistemi ile ilgili olarak daha çok bilimsel faaliyette (akademik çerçevede) bulunmuşlardı ($p=0.018$).

Kamu Hastane Birlikleri Kanunu hakkında % 61'i yeterli bilgiye sahip olduğunu, % 61 'i bu kanunu onaylamadığını belirtti. % 72'si bu kanun ve yansımalarıyla ilgili olarak akademik-yayın çerçevesinde bilimsel bir faaliyette bulunmadığını belirtti.

Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanunu hakkında % 73'ü yeterli bilgiye sahip olduğunu, % 96' sını onayladığını belirtti. Bu konuda akademik çerçevede bilimsel faaliyette bulunanların oranı % 34 idi.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcıların % 61'i 18 yaş altı nüfusun genel sağlık sigortası kapsamına alınmasıyla ilgili olarak yeterli bilgiye sahip olduğunu,% 77'si reformu onayladığını, % 83'ü bu konuyla ilgili herhangi bir girişimde bulunmadığını belirtti.

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumları'nın Entegrasyonu Kanunu hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını belirtenlerin oranı % 41, onaylayanların oranı ise % 56 idi. % 83'ü akademik çerçevede bilimsel bir faaliyette bulunmadığını belirtti. Üniversite çalışanları (%31) diğerlerine (%68) göre anlamlı olarak daha az yeterli bilgiye sahip olduklarını belirttiler (p=0.000). Öğretim üyeleri (% 73) Uzman-araştırma görevlilerine(%46) göre bu reformu anlamlı olarak daha yüksek oranda onaylıyordu (p=0.024)

Kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması-Sosyal Sigortalar Kurumu Hastaneleri'nin Sağlık Bakanlığı'na devri ile ilgili düzenleme hakkında katılımcıların % 68'i yeterli bilgiye sahip olduğunu ve onayladığını, % 83'ü bu konuda herhangi bir girişimde bulunmadığını belirtti.

Tam Gün Yasası hakkında tama yakını yeterli bilgiye sahip olduğunu belirttiler. Bu yasayı % 49'u onayladığını, % 20'si her iki uca eşit uzaklıkta olduğunu, % 31'i ise onaylamadığını belirttiler. % 39'u bilimsel bir faaliyette bulunduğunu ya da medya vasıtasıyla fikir ve önerilerini sunduklarını belirttiler. Öğretim üyelerinin % 51'i uzman ve araştırma görevlilerinin % 24'ü bu konuyla ilgili bilimsel bir faaliyette bulunduğunu ya da medya-çeşitli organizasyonlarda fikir ve önerilerini sunduğunu belirttiler (p=0.017).

Katılımcıların % 73'ü Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu, % 69'u bu sistemi onaylamadığını, % 64'ü bu konuyla ilgili bir girişimde bulunmadığını belirtti. Öğretim üyeleri bu konuda da daha çok bilimsel faaliyette bulunmuştur (p=0.019).

Halkın sağlık sigortalarıyla özel hastane ve tıp merkezlerinden hizmet alabilmelerini sağlayan düzenleme hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını belirtenlerin oranı % 66, onayların oranı % 42 ve bu konuda akademik çerçevede bilimsel faaliyette bulunan oranı % 11 idi.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Yasası hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını belirtenlerin oranı Sağlık Bakanlığı ve diğer %96, Üniversite % 73 idi (p=0.024). Sağlık Bakanlığı ve diğer çalışanlar % 41 oranında onaylarken üniversite çalışanları % 27 oranında onaylıyordu (p=0.22). Öğretim üyelerinin % 56'sı onaylamazken uzman ve araştırma görevlilerinin % 34'ü onaylamıyordu (p=0.004). Bu reform hakkında akademik çerçevede bilimsel faaliyette bulunan veya medya aracılığıyla fikir ve önerilerini beyan edenlerin oranı % 35 idi.

Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi (KETEM) hakkında katılımcıların % 54'ü yeterli bilgi sahibi olduğunu, % 78'i onayladığını, % 80'i bu konuda bir girişimde bulunmadığını belirtti.

İlaç politika ve uygulamaları ile ilgili reformlar hakkında % 25'i yeterli bilgiye sahip olduğunu, % 50'si onaylama hususunda her iki uca eşit uzaklıkta olduğunu, % 84'ü bu konuda herhangi bir girişimde bulunmadığını belirtti.

Halk Sağlığı Kurumu'nun kurulması hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını belirtenlerin oranı % 80, onaylayanların oranı % 77 ve bu konuda bilimsel faaliyette bulunan ya da çeşitli organizasyonlarda fikir ve önerilerini beyan edenlerin oranı % 29'du.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Katılımcıların tama yakınının Aile Hekimliği Sistemi hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu belirtmesi Halk Sağlığı çalışanlarının bu konuyu önemsediklerini ve ilgi duyduklarını göstermektedir. Katılımcıların yarısının aile hekimliği sistemini onaylamaması dikkat çekici bir sonuçtu. Bu tutum Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2011 yılında yaptığı Yaşam Memnuniyeti Araştırmasındaki genel sağlık hizmetleri memnuniyet oranı (%76) ve Aile Sağlığı Merkezi memnuniyet oranıyla (%78) örtüşmüyordu(4). Memnuniyet, bir sistemi ve uygulamayı değerlendirecek tek kriter olmamakla birlikte Halk Sağlığı çalışanlarının tutumuyla halkın memnuniyetinin paralel ya da benzer olması beklenmekteydi. Ayrıca ve daha önemli olarak bazı çalışmalarda aile hekimliği sistemi sonrası dönemde sağlık düzeyi göstergelerinde önemli iyileşmelerin olduğu kaydedilmiştir (5,6,7). Bu verilere karşılık İzmir merkezli yapılan bir çalışmada mevcut gebelerin %10'unun aile hekiminde kaydı bulunmadığı, % 15'inin ise aile hekimi tarafından izlenmediği tespit edilmiştir (8). Bu oranlar kabul edilebilir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

oranlar değildir. Aile hekimi kayıtlarıyla toplumdaki gerçek durum arasındaki farklılıklar ancak sıkı denetim, kayıtlı olmayanların tespiti ve sistemin aksayan yönlerinin düzeltilmesi ile mümkündür. Halk Sağlığı çalışanlarının tutumunun nedeni sağlık hizmetine erişimin zorlaşacağı, ekip çalışması anlayışıyla dar bölgede ve temel sağlık hizmeti odaklı sağlık hizmeti sunma anlayışının terk edileceği (9) ve 1.basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirileceğinin düşünülmesi olabilir. Katılımcıların yarıya yakınının akademik boyutta bilimsel etkinliklerde bulunduğunu belirtmesi toplum sağlığının gelişmesi ve aile hekimliği sisteminin eksikliklerinin belirlenmesi açısından önem arz etmektedir. Öğretim üyesi olarak çalışanların uzman ve araştırma görevlilerinden daha yüksek oranda bilimsel faaliyette bulunması beklenen bir sonuçtu.

Kamu Hastane Birlikleri Kanunu'nun katılımcıların çoğu tarafından onaylanmamasının nedeni hastanelerin özelleştirileceği ve sağlığın ticarileştirileceği kaygısı olabilir (10).

Katılımcıların tama yakınının Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ile ilgili Kanunu onaylaması katılımcıların en çok desteklediği reform olarak görülmektedir. Sağlık çalışanlarının üzerinde uzlaştıkları konuların başında sigarayla mücadele olması ve bu alanla ilgili düzenlemelerin etkisiyle toplumda sigara içme oranı düşmekte (7,11), bu durum toplum sağlığı ve ülke ekonomisi açısından önemli bir başarı olarak görülmektedir.

18 yaş altı nüfusun genel sağlık sigortası kapsamına alınması da katılımcıların tama yakını tarafından onaylanan bir reformdu. Doğuştan kazanılan bir hak olan sağlıklı yaşama hakkının korunmasına katkı sağlayacağı düşüncesiyle, katılımcılar bu reformu destekleyen bir görüntü ortaya koymuş olabilir.

Sosyal Güvenlik Kurumları'nın Entegrasyonu hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtenlerin azlığı bu konuda çok düşük oranda bilimsel faaliyette bulunulması ile örtüşmekteydi. Fakat sosyal güvenlik gibi toplum sağlığı açısından hayati öneme sahip bir konuya uzak olunması olumsuz bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması katılımcıların çoğu tarafından kabul gören bir reformdu. Sosyal Sigorta Kurumu'na bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devri sonrası poliklinik ve ilaç kuyruklarının azaldığının gözlenmesi katılımcıların bu konuyu yüksek oranda onaylamasını açıklayabilir.

Tam Gün Yasası'nı katılımcıların yarıya yakınının onaylaması dikkat çekici bir sonuçtu. Bu tutum OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye raporundaki(8), bu reformla ilgili hizmete erişimi ve verimliliği artıracığı yorumuyla örtüşüyordu. Bu orandan katılımcıların yarısının bu yasanın halkın yararına olduğu düşüncesinde olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca Halk Sağlığı çalışanlarının maddi gelirinin kanundan doğrudan etkilenmemesi de bu sonuçta etkili olmuş olabilir. Hekimlerin bu konudaki düşüncelerinin ortaya konması için tüm hekimleri kapsayan çalışmalar gerekmektedir.

Katılımcıların büyük kısmının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'ni onaylamamasına karşın Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'nin kamu hastanelerinin verimlilik ve üretkenliği üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada bu sistemin sağlık personelinin üretkenliğini ve sağlık hizmetlerinin miktarını artırdığı tespit edilmiştir (12). Katılımcıların bu sistemi onaylamaması bu konuda adaletin sağlanamayacağı, maddi kaygılar nedeniyle hekimler arası yarışmaya sebep olabilecek bir uygulamanın sağlık hizmetlerinde kaliteyi düşüreceği, sosyal ilişkileri bozacağı gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin önerdiği üzere ideal olanı "sağlık çalışanlarının ücretlerinin performansa dayalı ek ödemelerle değil, gerçek maaş artışlarıyla, yani ek gösterge, görev, unvan, sağlık ve özel hizmet tazminatlarının artışıyla sağlanmasıdır"(10). Ancak bu öneriler performans puanına göre dağıtılan ve alıcısını bekleyen paranın sağladığı performansı yakalatabilir mi? Bu durum ve gösterilen performansın niteliği de ayrı bir araştırma mevzuudur.

Halkın sağlık sigortalarıyla özel hastanelerden hizmet almasını katılımcıların yarıya yakınının onaylaması, sağlık hizmetinin devlet tarafından verilmesi gerektiği düşüncesinden kaynaklanabilir.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri yasasını onaylayanlar düşük orandaydı. Halk Sağlığı çalışanları bu yasa çerçevesinde kurulan ve en önemli maddelerinden biri olan Halk Sağlığı Kurumu'nu büyük oranlarda onaylasalar da yasayı genel anlamda ve keskin oranlarda onaylamadığını belirttiler. Az oranda bilimsel faaliyete rağmen yüksek oranda onaylamama güncel bilimsel verilerden ziyade geçmiş birikim ve tecrübelerle değerlendirme yapıldığını düşündürmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

KETEM katılımcıların yarıya yakını tarafından yeterli derecede bilinmese de onaylanan bir reform olarak görülmektedir. Bilimsel faaliyetin düşük oranda belirtilmesi katılımcılar tarafından yeterince bilinmemesiyle açıklanabilir.

İlaç politika ve uygulamaları ülke ekonomisi ve halk sağlığı açısından en önemli konulardan biri olmasına rağmen gerek yeterli bilgiye sahip olmada gerekse de bilimsel faaliyette bulunmada çok düşük oranlar mevcuttu. Bu durum Halk Sağlığı çalışanları açısından bir eksiklik olarak değerlendirilmektedir. İlaç politikalarına eleştiri noktasında en çok katkısı beklenen grubun mesleki sorumluluğu gereği Halk Sağlığı çalışanları olması beklenmektedir. Ayrıca bu durum ilaç politika ve uygulamalarındaki eksikliklerin gözden kaçmasına, ülke ekonomisi ve toplum sağlığına zararlı sonuçların oluşmasına neden olabilir

Halk Sağlığı Kurumu'nun kurulması hakkında katılımcıların tama yakınının yeterli bilgi sahibi olduğunu belirtmesi ve bu reformu onaylaması toplum sağlığına, ülke ekonomisine ve mesleki geleceğine katkısı olacağı düşünülmektedir.

Birçok reform hakkında bilimsel çerçevede çalışmaların az oranda yapılması, reformların çoğunun son yıllarda çıkarılması ve uygulanmaya konulması, dolayısıyla yeterli zamanın geçmemesiyle açıklanabilir. Ancak toplum sağlığı, ülke ekonomisi ve sağlık çalışanlarının özlük haklarını doğrudan etkileyen bu tür konularda, Halk Sağlığı çalışanlarının daha hızlı davranıp reformlarla ilgili çalışmalarını artırması, elde edilen verilerin ilgili yetkililere, bilim camiasına ve halka duyurulması önem arz etmektedir.

Aile Hekimliği Sistemi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Yasası'nın katılımcılar tarafından büyük oranda onaylanmaması mutlaka üzerinde düşünülmesi, tartışılması gereken bir konudur.

Çalışmanın sonuçları Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere sağlık politikaları konusunda karar verme mevkiinde bulunan tüm kurum ve kuruluşlar ile araştırmacılara faydalı bilgiler sunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı politikalarını belirlerken veya istişare amacıyla, özellikle Halk Sağlığı çalışanlarıyla devamlı dialog halinde olmalı ve Halk Sağlığı'nın yetişmiş insan gücünden yararlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık reformu, Bilgi, Tutum, Davranış, Halk sağlığı çalışanları

Kaynaklar :

1. Sağlıkta Donuşum Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2010
2. Dünya Sağlık Örgütü. 21. Yüzyılda Herkese Sağlık. WHO: Copenhagen: WHO Publications; 1998
3. Halk Sağlığı Çalışanları İletişim Grubu (Halk_Sagligi@yahoogroups), Halk Sağlığı Araştırma Görevlileri Organizasyonu (hasarog@yahoogroups), Halk Sağlığı Asistanları Grubu (hsag@googlegroups)
4. TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2011. TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU
5. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye, 2008. Türkiye'de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları. OECD VE IBRD/DÜNYA BANKASI 2008.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) *Türkiye Nüfus ve Sağlık 8. Araştırması, 2008.*Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
7. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Sağlık Bakanlığı. Türkiye

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

8. Durusoy R. Davas A. Ergin I. Ve ark. İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi.2011; 9 (1)

9. Pala K. Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? Şubat 2007. Bursa

10. HASUDER Yönetim Kurulu. Halk Sağlığı Uzmanları Türkiye’deki sağlık politikalarının da gelecekte bir kriz yaşamasından endişe duymaktadır. <http://hasuder.org.tr/anasayfa/index.php/basin/153-kriz.15/Ocak/2010>,

Performansa Dayalı Ödeme Sistemi Önemli Sorunlara Yol Açacaktır. <http://hasuder.org.tr/anasayfa/index.php/basin.18/Mart/2011>,

11. Satman İ. ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II. (TURDEP II).Erişim Tarihi: 29.12.2011.

12. Sülkü N.S. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Hastanelerinin Verimliliği Üzerine Etkileri. Maliye Dergisi. Sayı160. Ocak-Haziran 2011

227

HALKÇILIK FİKRİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINDAKİ YERİ

Gizem Deniz Bulucu

Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş: Halkçılık; tarihte eşitsizliğe karşı yürütülen mücadelenin doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır (1). Ülkemizde Kurtuluş Savaşı yıllarında benimsenen halkçılık fikri; ulusal egemenliği benimseyen, ulusal devletin kurulmasını amaçlayan ve bunun için İstanbul Hükümeti ile mücadele eden bir fikir olmuştur (2). Savaş bittikten sonra Müdafaa-i Hukuk Cemiyeti’nin görevi; “Ekonomik kalkınmayı sağlamak, ülke ve ulusu refaha kavuşturmak” olarak ifade edilmiştir. Sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik alanında insanı ve çevreyi koruyup destekleyecek politikalar izlenmiş ve ülkenin kalkınmasında önemli adımlar atılmıştır (3). Halkçılık fikrinin ulusal kalkınmadaki rolü göz önünde bulundurularak, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bu alanda başarılı olup olmayacağı, onun halkçılık fikrine yakınlığı ile ilgili olduğu düşünülmüştür. Derleme olarak kaleme alınan bu yazıda; ulusal kalkınmayı destekleyen önemli fikirlerden biri olan halkçılık fikrinin; günümüzde sağlık politikası olarak uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile olan düşünsel ilişkisi tartışılmıştır.

HALKÇILIK FİKRİ

Yeryüzünde uluslaşma hareketi ile birlikte halkçılık hareketi, 19. yüzyılın ikinci yarısı ve 20. yüzyılın tamamını kapsar (2). Halkçılık fikrinin çok çeşitli tanımları yapılmıştır. Eyyüpoğlu’na göre halkçılık; kanun önünde herkesin eşit olması, hiçbir kişi veya zümreye ayrıcalık tanınmaması, sınıf mücadelesinin reddi ve toplumun dayanışma içinde gelişmesi gibi unsurlardan oluşur (4). Kim’e göre, halkçılık ilkesine uygun olan; politik çözümler üretilirken toplum katılımının sağlanması ve halkın ulus adına eylemlerde bulunmasıdır (5). Öksüz’e göre ise halkçılık demek egemenliğin halkta olması, yani iktidar kaynağının halkın iradesi olduğunun kabul edilmesi demektir (6). Cumhuriyet Halk Fırkası kurultaylarında halkçılık fikri üzerine yapılan tanımlarda; birini diğerine üstün kılacak ayrımlardan kaçınılmış ve halk, egemenliğin kaynağı olarak gösterilmiştir. Ziya Gökalp’e göre, bir cemiyetin dahilinde bir takım tabakaların yahut sınıfların bulunması bütünlüğün olmadığını gösterir. Halkçılık ile tabaka ve sınıf farkları ortadan kaldırılır, cemiyetin birbirinden farklı zümreleri, yalnız iş bölümünün doğurduğu meslek zümrelerine ayrılır. Mustafa Kemal Atatürk’e göre, Türkiye Cumhuriyeti’nin varlığının gerçek özü, ulusun genel eğilimlerini ortaya koymuştur. O da halkçılıktır ve halk hükümetidir. Yönetim halkın eline geçtiği zaman bütün güçlükler ortadan kalkacaktır (2).

Atatürk’ün önderliğinde verilen milli mücadele sürecinde düşünsel temelleri atılan Kemalizm, Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluş felsefesidir (7). Kemalizm’in en belirgin özelliği ulusal oluşudur; toplumun tarihsel, kültürel, budunsal ve ekonomik koşullarına göre oluşturulmuş olmasıdır. Ülke ve toplum gerçekleri dikkate

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

alınarak, pragmatist bir yaklaşımla yeni yöntemler geliştirmiştir. Bu düşünceye göre kalkınma; ulusal gelirin artmasıyla sınırlı değildir ve ulusal üretimin, gelirin artmasını ve bu kazancın topluma adaletli dağıtımını, toplumdaki tüm bireylerin yoksulluktan kurtulup refah içinde yaşamalarını ifade eder. Ulusal gelir; topluma eşit şekilde dağıtılmıyorsa, toplumun kaynakları ve olanakları toplum üyelerinin yararına kullanılmıyorsa, toplum vicdanını sızlatan adaletsizlikler varsa ve bunlar var olan olanaklar içinde giderilemiyorsa, değişen üretim ilişkilerinden doğan boşlukları dolduracak yeni kurumlara ve örgütlenmelere olanak tanınmıyorsa kalkınma tam olarak gerçekleştirilmiyor demektir (3). Her birey eşit haklara sahiptir ve ülkenin kazanımlarının eşit dağıtımı vurgulanmıştır. O halde Atatürkçü ideolojinin özü halkçılıktır (8).

Atatürk'ün Halkçılık İzencesi'ne göre düzenlenen 1921 anayasa tasarısı; halkın yoksulluğunu gidermeyi, mutluluk ve güvencini sağlamayı, bu doğrultuda toprak, eğitim, adalet, ekonomi ve toplumsal işlerde; çağın gereklerine, halkın gerçek gereksinimlerine göre yenilikler yapmayı ve kurumlar kurmayı TBMM Hükümeti'nin görevleri arasında saymıştır (2,3).

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NDA HALKÇILIK FİKRİNİN YERİ

SDP, 2003 yılında sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde sunulması amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmaya başlanmıştır. SDP'nin temel ilkeleri; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon, hizmette rekabet şeklinde sıralanmaktadır. İnsan merkezilik ilkesi ile bireyin sağlığı, aile sağlığı kavramı çerçevesinde ele alınmıştır. Sürdürülebilirlik ilkesi dahilinde sağlık sisteminin kendini besleyerek devamlılık arz edeceği ifade edilmiştir. Sürekli kalite gelişimi ile sistemin kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının kurulacağından bahsedilmiştir. Katılımcılık ilkesi ile sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin, sistemin kapsamı içine alınması ve uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasının amaçlandığı ifade edilmiştir. Uzlaşmacılık ilkesinde sağlık yönetiminde kaynak oluşturacak sektörlerin, bir takım standartlar ve denetim mekanizmaları çerçevesinde uyum içinde çalışmalarından söz edilmiştir. Gönüllülük ilkesinde; sağlık sistemi içinde yer alan kurumların ya da bireylerin, belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlamaktan söz edilmiştir. Güçler ayrılığı ilkesinde sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılmasından söz edilmiş, uzlaşmacılık ilkesinde olduğu gibi çıkar çatışmasının engellenmesinin altı çizilmiştir. Desantralizasyon ilkesi; idari ve mali yönden özerkleştirilen sağlık kurumlarını ve yerinden yönetim gayesi ile sadece denetleyici bir Sağlık Bakanlığı'nı tarif etmiştir. Hizmette rekabet ilkesinde ise sağlık hizmet sunumunun tek oluştuktan çıkarılması ve bu alanın farklı hizmet sunucularının rekabetine ve yarışına açılmasından söz edilmiştir (9).

SDP'ye yönelik değerlendirmelerde bulunan 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi sonuç bildirisine göre; sağlığı olumsuz olarak etkileyen etmenlerin ardındaki temel neden olarak tanımlanan eşitsizlikler; toplumları önemli düzeyde etkilemeleri, ciddi ve kalıcı sağlık sorunlarına yol açmaları nedenleriyle devletler tarafından en önemli toplumsal sorun olarak kabul edilmektedir. Toplumda gözlenen sağlık sorunlarını değerlendirirken ve bu sorunların çözümüne yönelik hizmetler planlanırken eşitsizlikler göz önünde bulundurulmalı, hizmetlerin erişilebilir ve karşılanabilir olması, herkese ulaştırılması ilkeleri gözetilmelidir. Sağlık sistemi finansmanı planlanırken ülkemizde var olan eşitsizlikleri derinleştirecek uygulamalardan kesinlikle kaçınılmalıdır. Ülkeye ilişkin gerçekleri göz önüne almadan hazırlanan bir politika olan, sağlığın bütünsel yapısını görmezden gelen, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili temel araç ve kurumları ortadan kaldıran SDP, toplumumuzun sağlığta eşitsizlikler açısından daha savunmasız olmasına neden olmuştur (10).

Eşit sağlık hizmeti; sağlık hizmetlerinin yönetiminde göz önünde bulundurulması gereken önemli bir ilkedir. Böyle bir sağlık hizmeti; finansmanı gelire göre belirlenen vergilerle sağlanan, toplumun gereksinimlerine göre planlanan ve ödeme gücüne bakılmaksızın herkesin gereksinim duyduğu ölçüde erişilebildiği bir sağlık hizmetini ifade eder (11,12,13). SDP'ye göre Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunumundan çekilmekte, sağlık hizmetlerinin özel sağlık sektörü eliyle yürütülmesi amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanı; özel sigorta sistemi, döner sermaye, sağlık hizmeti kullanıcılarının ödentileri ve kamudan özele kaynak aktarma üzerine oturtulmaktadır. Böylece kamu sağlık harcamaları, genel bütçe dışı kaynaklara bağımlı hale gelmektedir (11,14). Oysa sağlık finansmanının eşitlikçi olabilmesi için ödeme gücüne göre belirlenen vergilerle oluşturulmuş, genel bütçeden karşılanması şarttır (12). Ayrıca Sağlık Bakanlığı sadece planlayıcı ve denetleyici olarak varlığını sürdürürse; özel sektör, daha fazla kar odaklı hizmet sunduğu için eşitlik ilkesi ile ilgilenmez. Desantralizasyon, merkezi planlamayı ortadan kaldırdığı için yerel birimler arasında gelişmiş olandan az gelişmiş olana doğru aktarım

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yapılamaz. Bu durum da merkezi planlama eksikliği nedeniyle ortaya çıkan kurumsal bir eşitsizliktir (11,13). Buna göre SDP'nin topluma eşit şekilde sağlık hizmeti sunamayacağı düşünülebilir.

Bir devletin, ekonomik işleyişin ya da sağlık sisteminin yönetim biçimi; toplumun ihtiyaçlarına ve özelliklerine uygunluğu, toplumun büyük kitlesine sağladığı haklar, olanaklar, özgürlükler, fırsatlar, etkinlikler oranında güç kazanır ve bu oranda toplum tarafından benimsenir. Toplum yönetiminin olmazsa olmazı otorite; toplum tarafından benimsendiği ölçüde başarılı olur (3). SDP ile birlikte planlanan sağlık hizmeti toplumun tamamına sağlık hizmeti ulaştıramamaktadır, ulusal bir reform değildir. Halkın SDP ile ilgili bilgi düzeyini belirleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. SDP'nin hazırlanması ve uygulanmasında yalnızca birtakım uluslar arası kuruluşlar muhatap alınmıştır. SDP için ilk proje sözleşmesi 2004 yılında Dünya Bankası ile yapılmıştır. İkinci proje anlaşması Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) ile yapılmıştır. Ayrıca 2005 Mayıs'ında IMF ile imzalanan anlaşmada, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı'nın TBMM'den geçirilmesi şart koşulmuştur (15). Bu durumda SDP, toplumun güncel sorunlarına uygun olarak planlanmamıştır ve bilimsel çalışmalara dayanılarak hazırlanan bir politika değildir. Oysa çağdaşlaşma, akılcılık ve bilimsel denetlemeden geçer (3). Bu noktada SDP'nin çağa uygun olmadığı söylenebilir.

Bir düşüncenin verimi, ekildiği yerin elverişliliği ile doğru orantılıdır. Bu yer milletin öz yapısıdır. Mustafa Kemal Atatürk'e göre rastgele yabancı bir fikri kabullenmek, şimdiye kadar uygulanıp duran yabancı fikirlerin yıkıcı sonuçlarını yinelemekten başka bir işe yaramaz. Türk toplumunda, anlayışında, kültüründe beklentiler devlete yöneliktir (3). O halde sağlık hizmeti sunumunda devletin rolünü azaltan bu sistemin, Türk toplumuna uygun olup olmadığı kuşkuludur.

Kemalizm her toplumu yaşayan bir varlık olarak görmüş, her toplumun değişeceğini ve bu değişimin yeni gereksinimlere neden olacağını belirlemiş, gereksinimlerin karşılanabilmesi için de yeni yöntemlerin aranılıp benimsenmesini önermiştir. Yarı feodal, yarı bürokratik, bununla birlikte din otoritelerinin de bulunduğu bir toplumda liberalizm sadece ticaret burjuvazisinin ve büyük toprak sahiplerinin işine yarayacaktır. Atatürk'e göre liberalizmi meşru kılan kavram yine halkçılıktır (3,8). SDP'nin ilkelerinde özelleştirme, desantralizasyon ve rekabetçi sağlık hizmeti anlayışı, SDP'nin ideoloji olarak liberalizme dayandığını göstermektedir. Bu noktada SDP'nin, halkçı ideoloji ile sınırlanmasının sağlık hizmetlerinde sosyalleşmeyi sağlayacağı düşünülebilir.

Sonuç olarak SDP'nin katılımçılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı ve hizmette rekabet ilkeleri ile özel girişimciler, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin esas sunucuları olarak vurgulanmıştır. SDP'nin 9 ilkesinden beşi, özel girişimcilerden ve onların çalışma esaslarından bahsetmektedir. Bu ilkelere üçü (sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, desantralizasyon), Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan el çekmesini ve işleyişini tarif etmektedir. Son ilke insan merkezlilik ise yukarıda ifade edilen 8 ilkenin gölgesinde kalmıştır.

SDP hem Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş felsefesi olan Kemalizm'den hem de Milli Mücadele'nin, 1921 anayasasının ve bu dönemde alınan kararların temelindeki düşünce olan halkçılık ilkesinden oldukça uzaktır. Halkçılık fikri, savaş ve barış dönemlerinde işgalden kurtulup çağdaş kalkınma yoluna girilmesini sağlamıştır. Bu noktada halkçılık ilkesinden uzak olan SDP'nin sağlık sisteminde ulusun bütününe iyiye götürecek çözümler üretmeyecektir. Bu sonuçlar doğrultusunda; SDP'nin düşünsel yapısını halkçılık fikri ile sınırlandıran ve politik çözümler sunan çalışmaların planlanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Türkiye, Halkçılık, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Politikası.

Kaynaklar:

1. Usta S. Sun Yat Sen Halkçılık Üzerine. Birinci baskı. İstanbul: Analiz Basım Yayın, 2011. ss. 51-130.
2. İlgazi A. Atatürk'ün Halkçılık Anlayışının Türkiye'nin Çağdaşlaşmasındaki Rolü ve Önemi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2002; 8: 1-20.
3. Kili S. Atatürk Devrimi. Ankara: Türkiye İş Bankası Yayınları, 1981. ss. 25-100.
4. Eyyüpoğlu İ. Bir Demokrasi Açılımı Halkçılık ve Mustafa Kemal Atatürk. Atatürk Dergisi 2000; 3(1): 265-288.
5. Kim Y. What Is Populism? Korea Economic Institute Academic Paper Series 2008; 3(8): 1-8.
6. Öksüz H. Atatürkçülük ve Küreselleşme Sürecinde Türkiye. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2006; 8(3): 81-91.

7. Tayhani İ. İçeride-Dışarıda Kemalizm Tartışmaları ve Dış Dünyanın Kemalizm Çözümlemesi. ÇITAD 2007; 5(15): 325-346.
8. Bolat SB. Fransız İnkılabının Türk Modernleşme Sürecine Etkileri. Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2005; 6(1): 149-167.
9. Sağlıkta Dönüşüm. Sağlık Bakanlığı 2003. Ankara. Erişim adresi: http://nvcdn.tt_saglik.answerstv.com/TT_Saglik/donusum_turk_2.pdf. Erişim tarihi: 24.01.2012.
10. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Sonuç Bildirgesi. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 2010. İzmir. Erişim adresi: <http://hasuder.org.tr/anasayfa/index.php/basin/266-sonuc-bildirgesi>. Erişim tarihi: 10.01.2012.
11. Pala K. Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? 2007. Bursa. Erişim adresi: http://www.nilufer.bel.tr/alt/pdf_doc/saglik_reformu.pdf. Erişim tarihi: 20.01.2012.
12. Yalçın T, Yıldırım HH. Sağlık Hizmetleri Finansmanı. Yeni Türkiye Dergisi 2001; Sağlık Özel Sayı (40): 1-10.
13. Yavuz M, Hamzaoğlu O. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştirilmesi: Ülke Örnekleri ve Türkiye. Toplum ve Hekim 2009; 4-5 (24): 349-356.
14. Soyer A. AKP'nin Sağlık Raporu. Birinci baskı. İstanbul: Evrensel Basım Yayın, 2007. ss. 16-50.
15. Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası AKP. Türk Tabipler Birliği Yayınları 2007. Ankara. Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/kutuphane/saglikta_piyasaci_tahribat.pdf. Erişim tarihi: 10.01.2012

812

İSTANBUL'DAKİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİ AÇSAP ŞUBELERİNİN ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Savaş Başar Kartal, Hazal Hande Uluç, Şebnem Yüksel, Aylin Dervişoğlu, M.Fatih Önsüz, Mustafa Taşdemir

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş-Amaç: Aile Hekimliği uygulamaları kapsamında "Toplum Sağlığı Merkezlerinin (TSM) Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge" 03.08.2011 tarihinde yürürlüğe girdi. Bu yönergenin 3. bölümünde Toplum Sağlığı Merkezlerinin Görev, Yetki, Çalışma Usul ve Esasları içerisinde 18. maddede TSM'lerin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) ile ilgili yapması gereken hizmetler Üreme Sağlığı Hizmetleri bölümünde tanımlanmıştır. Araştırmanın amacı, İstanbul'daki TSM'lerin AÇSAP şubelerinin çalışmalarını değerlendirmesidir.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Kasım 2011 ile Ocak 2012 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan 39 TSM'de yürütüldü. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan ve TSM'lerin AÇSAP şubelerinin yapmaları gereken işlemlerle ilgili olarak hazırlanan 33 soruluk bir anket formuyla toplandı. Anket formundaki sorular iştirme-tarama, lojistik, formlar, GEBLİZ, anne ölümleri, bebek ölümleri, topuk kanı, aile planlaması (AP) ve bebek dostu olarak 9 bölüme ayrıldı ve her bölümün soruları kendi içerisinde puanlandı. Her bölümün kendi toplam puanı hesaplanarak TSM değerlendirmeleri bu puanlara göre yapıldı. Puanlamalar sonucunda iştirme-tarama bölümü toplam 20 puan, lojistik 5 puan, formlar 5 puan, GEBLİZ 10 puan, anne ölümleri 10 puan, bebek ölümleri 10 puan, topuk kanı 20 puan, AP 10 puan ve bebek dostu 10 puan olarak belirlendi. Veriler SPSS paket programı kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: AÇSAP şubelerinin iştirme tarama bölümü ile ilgili işleri değerlendirildiğinde 39 TSM'nin 31 tanesinin tam 20 puan aldığı yani bu konu ile ilgili yapmaları gereken işleri tam olarak yaptıkları görüldü. İki TSM 12 puanla en düşük puanı alırken, 6 TSM 20 ile 12 puan arasında almışlardı. GEBLİZ ile ilgili değerlendirmede ise 36 tane TSM'nin 10 puan alarak tüm işlemleri eksiksiz yerine getirdiği belirlenmişti. Bir TSM 0 puan almışken diğer iki TSM'de 5 puan almışlardı. Aynı şekilde lojistik konusunda da 36 TSM kendileri için belirlenmiş görevleri tam olarak yaparak 5 puan almışken diğer üç TSM 2 puan almışlardı. TSM'ler düzenlemeleri gereken AÇSAP formlarıyla ilgili değerlendirildiklerinde 37 TSM'nin formlarla ilgili işlevlerini tam olarak yaptığı ve 5 puan aldığı belirlenmişken diğer iki TSM 3 puan almışlardı. Anne ölümleri bölümünde 22 TSM 10 tam puan almışken, bir TSM 3 puanla en düşük puanı almış ve diğer 16 TSM 10 ile 3 puan arasında puanlar almışlardı. Bebek ölümleri ile ilgili bölümde ise sadece bir TSM 10 tam puan almış, bir TSM 4 puanla en düşük puanı almıştı. Diğer 37 TSM ise 10 ile 4 puan arasında çeşitli puanlarla sıralanmıştı. Topuk kanı ile ilgili olarak 31 TSM 20 tam puan almıştı. Sadece bir TSM 11 puanla en düşük puanı almış ve diğer yedi TSM de 17 puan almıştı. AP bölümünde ise beş TSM 10 tam puan almışken, diğer 34 TSM 8 puan almıştı. Bebek dostu bölümünde ise 11 TSM 10 tam puan almış, bir TSM 2 puanla en düşük puanı alırken diğer 27 TSM 2 ile 10 puan arası puanlar almışlardı. TSM AÇSAP

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

şubelerinin genel değerlendirmesinde ise bir TSM 99 puanla en yüksek puanı alırken bir TSM de 81 puanla en düşük puanı almıştı. Diğer TSM'ler ise 99 ile 81 puan arasında puanlar almışlardı.

Sonuç: Araştırmamızda İstanbul ilindeki 39 TSM'nin AÇSAP şubelerinin çalışmaları değerlendirilmiş ve genel olarak görevlerini yerine getirdikleri saptanmıştır. GEBLİZ, lojistik ve formlar en başarılı oldukları bölümler olarak tespit edilmişken, anne ölümleri, bebek ölümleri ve AP bölümleri ise en başarısız oldukları bölümlerdi. Araştırmamız sonucunda TSM'lerin AÇSAP şubelerinde işleyişte eksikliklerin olduğu bölümler de göz önünde bulundurularak hizmet içi eğitimlerle AÇSAP personeli desteklenmeli ve eksikliklerin giderilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca belirli aralıklarla denetimler yapılarak TSM'lerin AÇSAP şubelerinin durumu değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İstanbul, toplum sağlığı merkezi, AÇSAP

900

MANİSA İLİNDE SAĞLIK OCAĞI VE AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMLERİNİN KALİTATİF OLARAK KARŞILAŞTIRILMASI: HİZMETİ KULLANANLARLA DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME SONUÇLARI

Celalettin Çevik, Bülent Kılıç

Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Türkiye'de son 8 yıl içinde birinci basamak sağlık hizmetleri alanında önemli değişiklikler olmuş ve 2005 yılında Düzce ilinde başlayan aile hekimliği (AH) uygulaması 2010 yılı sonunda tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılmıştır. Bu değişiklikler, sağlık personelinin ve hastaları hem olumlu hem olumsuz yönde etkilemiştir. Aile hekimliği, Türkiye'de 1961 yılından beri uygulanmakta olan sağlık ocağı (SO) uygulaması üzerine yapılan önemli bir girişimdir. Girişimin sonuçlarının "bilimsel" olarak izlenmesi hizmeti kullanan halkın bu konuda görüşlerinin alınması gerekir. Bu tip değerlendirmelerde "niceliksel" verilerden çok "niteliksel" değerlendirmelerin yapılması daha önemlidir. Çünkü kantitatif verilerin pek çok değişkenden etkilendiği bilinmektedir. Bu nedenle AH konusunda halkın görüşlerini öğrenmenin en iyi yolu hizmeti kullananlarla derinlemesine görüşmeler yapmaktır. Bu araştırmada 2008 yılında AH uygulamasının başladığı Manisa ilinde 2003-2012 yılları arasında sağlık ocağı ve aile hekimliği hizmetlerini kullananların bu dönemlerle ilgili görüşlerinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kalitatif (niteliksel) bir araştırmadır. Kalitatif veriler, Manisa ilinde 2003-2012 yılları arasında hem sağlık ocağı döneminde hem de aile hekimliği sisteminde en az 3 yıl bulunmuş, sağlık ocağı ve aile hekimliği sisteminin her ikisini de kullananlarla "Derinlemesine Görüşme" yöntemiyle elde edilmiştir. Araştırmanın değişkenleri hizmetin sürekliliği, kapsayıcılık, ilk başvuru yeri, ulaşılabilirlik, aile merkezli hizmet, toplum katılımı, hizmetin çok yönlülüğü, öncelikli hizmet ve sağlık ekibidir. Hastalar Manisa ilinde seçilen 8 kırsal, 8 kentsel ASM bölgesinden ikişer kişi olmak üzere 16 kişidir (8 kadın, 8 erkek). Çalışma ile ilgili Manisa İl Sağlık Müdürlüğünden ve Etik Kuruldan gereken izinler alınmıştır. Veri toplama formu, EUROPEP (Patient Evaluate General Family Practice) PCAT (Primary Care Assessment Tool) birinci basamak değerlendirme ölçekleri ve (TSH) temel sağlık hizmetlerinin ilkeleri dikkate alınarak oluşturulmuştur. 8 ASM'de rastgele seçilen birer kadın ve birer erkek hastayla (SO ve AH döneminde de en az 3 yıldır hizmet kullanmak şartıyla) Şubat-Nisan 2012 tarihlerinde derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler izin alınarak ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiş daha sonra ses kayıtları metne çevrilmiştir. Kalitatif verilerin analizinde metin analizleri önceden belirlenmiş "kodlar" ve "alt kodlar" ile değerlendirilmiş, kodlardan yola çıkılarak "temalar" oluşturulmuştur.

Bulgular: Kırsal yaşayan hastalarda AH döneminde hastalar birinci basamağı küçük çaplı sağlık sorunlarının çözümü için kullanırken, SO döneminde daha çok reçete yazdırmak için kullanmaktadır. Doktora ulaşılabilirlik AH döneminde sıklıkla telefon ile olurken bu durum SO dönemi için belirtilmemiştir. Her iki dönem için de mesai dışında ulaşamama vurgulanmıştır ancak bu durum özellikle AH dönemi için daha çok dile getirilmiştir. Hastalara göre AH döneminde muayene süresi, SO dönemine göre daha fazladır. Hastalar bu durumu SO döneminde yoğunluğun çok olmasına bağlamıştır. AH döneminde doktorunu seçebilmek kırsal alanda önemli bir avantaj getirmezken kentsel alanda önemli bir avantaj olarak gösterilmiştir. Bunun nedeni olarak kırsal bölgelerdeki hastalar her iki dönemde de aynı hekime muayene olmalarını gerekçe göstermişlerdir. Sürekli

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

hizmet açısından değerlendirilirse AH döneminde hastayı tanıma/yakınlık SO döneminden daha fazla olarak dile getirilmiştir. İletişim ve hastayla ilgilenmenin AH ve SO döneminde benzer şekilde belirtilmiştir. Kırsal alanda hastalar, özellikle AH döneminde sevk zincirinin zorunlu olmasını savunmaktadır. Benzer şekilde kırsal alanda hizmette kapsayıcılık açısından, AH döneminde ekip çalışmasının olmadığı, sağlık ocakları döneminde olduğu, hemşirelerin SO döneminde AH dönemine göre daha çok ev ziyareti yaptığı, aile planlaması (AP) hizmetlerinin SO döneminde daha iyi olduğu vurgulanmıştır. Ancak kurumların fiziksel özelliklerinin, bilgisayar-internet olanaklarının ve evde bakım hizmetlerinin AH hekimliği döneminde daha iyi olduğu belirtilmiştir.

Kentsel alandaysa ilk başvuru yeri olarak AH dönemi için çoğunlukla AH, SO döneminde ise hastaneler olarak gösterilmiştir. Fakat her iki dönem için de AH ve SO'ların tercih edilme nedeni küçük sağlık sorunlarıdır. Her iki dönemde de bir başka tercih nedeni reçete yazdırmadır. Ulaşılabilirlik açısından, kentse bölgede AH döneminde SO dönemine göre telefon ile ulaşılma öne çıkmaktadır. SO döneminde hastaların vurguladıkları noktalardan biri de o dönemde hastaların bilinçsiz olmasıdır. Hastalar SO döneminde AH döneminden daha çok beklerken bu durum hekim ve sağlık personeli sayısının azlığına bağlanmaktadır. Hastalar, AH döneminde SO dönemine göre daha sık aynı hekime muayene olduklarını ve hekimin AH döneminde hastayı daha çok tanıdıklarını belirtmişlerdir. Sürekli hizmet bakımından AH döneminde hekimlerin hastayı tanıma ve zaman ayırma durumları SO döneminden daha iyidir. Ayrıca SO döneminde hastalar hekimlerin yoğun olduklarını belirtmişlerdir. Eğitim ve bilinçlendirme çabası da AH döneminde SO döneminden daha fazla olmakla birlikte aslında hastalar önemli ölçüde basın yayın organlarından yararlandıklarını belirtmişlerdir. İletişim açısından AH döneminde ilgilenme SO dönemine göre daha fazladır. Sevk zinciri bakımından SO dönemde daha fazla olmak üzere her iki dönem için de kişiler sevk sisteminin olmasını savunmuşlardır. Bunun nedeni gidilecek uzman doktorun hekim tarafından daha iyi seçileceği inancıdır. Hizmette kapsayıcılık açısından ise aynen kırsal alanda olduğu gibi SO döneminde ebe-hemşirelerin yaptıkları ev ziyaretlerinin, ekip çalışmasının, AP hizmet alımının, izlemlerin daha fazla olduğu, koruyucu hizmetlerin daha iyi olduğu belirtilirken, AH döneminde ASM'nin fiziksel koşullarının, laboratuvar olanaklarının, internet bilgisayar olanaklarının, evde bakım hizmetlerinin daha iyi olduğu belirtilmiştir. AH döneminde çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar ve salgınlarla mücadele gibi konularda yetersizlikler olduğu söylenmiştir. Finansman açısından temel olarak şikayet edilen nokta, AH dönemindeki muayene ve ilaç katkı payı ödemeleridir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Hastaların AH döneminde hastayla ilgilenme, doktorun hastayı tanıması gibi özelliklerin daha iyi olduğunu söylemesi hastalara seçme hakkı verilmesi ve AH ücretlendirmesindeki negatif performans uygulamalarına bağlı olabilir. AH döneminde fiziksel koşulların, internet bilgisayar olanaklarının daha iyi olması memnuniyeti artırmaktadır. Ancak SO dönemine göre ev ziyaretlerinin yapılmaması, AP hizmet alımında eksikliklerin olması, izlemlerin daha az yapılması, çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar ve salgın hizmetleri gibi konularda eksiklikler olması aile hekimlerinin yoğun iş yükü ve ekip hizmetinden uzaklaşmaları ile açıklanabilir. Buna karşın memnuniyetin AH döneminde daha fazla olması bazı hizmetlerin performans sistemi içine alınması ve hastanın sürekli aynı hekime muayene olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca AH döneminde telefonun daha çok kullanılması teknolojinin getirdiği bir gelişme olduğu kadar, AH'nin ve hemşiresinin ev gezileri yapamamasıyla yakından ilintilidir. Aile hekimliği döneminde toplum bilincinin artmasıyla da halk da daha çok bilgilendirilmek istemektedir. Hizmeti kullananların en çok katkı payı alınmasından şikayetçi olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer sonuçlar; fiziksel koşullar ve teknik donanım açısından memnun olma, AP hizmetlerinden ise memnun olmama durumu Manisa'da yürütülen bir başka çalışmada da vurgulanmıştır **(1)**. Kent merkezinde ev ziyaretlerinin, kırsal alanda ise mobil hizmetlerin azalmış olması Adıyaman'da yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer bulunmuştur **(2)**. Teknolojik imkanların artması hem hastayı tanımayı ve hizmetin daha hızlı alınmasını, hem de bekleme süresinin kısılmasını dolayısıyla hasta memnuniyetini artırmıştır. Düzce'de yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur **(3)**. AH sisteminde, kayıtların elektronik ortamda tutulması, bazı hizmetlerin elektronik ortamda izleniyor olması da olumlu gelişmeler olarak değerlendirilebilir.

Ancak kırsal alanda SO-AH dönemleri arasında hastaların düşüncelerine göre hekim seçebilmek, zaten hekimlerin sınırlı sayıda olması nedeniyle çok fazla etkili olmamıştır. Buna karşın AH döneminde ev ziyaretlerinin azalmış olması çok dikkati çekmektedir. Ayrıca AP hizmetlerinin eksik olması, performansa yansımaması ile ilgili olabilir. Bu durumun ileri araştırmalarla değerlendirilmesi ve uygun önlemlerin alınması gerekmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sağlık sistemimizde pilot olarak başlatılan ancak pilot uygulamaların sonuçları tam olarak değerlendirilmeksizin tüm ülkeye yaygınlaştırılan AH sisteminin bir bütün olarak ve kentsel- kırsal alanlar için ayrı ayrı değerlendirilmesinin sürdürülmesi gerekmektedir. Bunun dışında mutlaka her iki dönemde de çalışmış sağlık yöneticileri, aile hekimleri ve ebe-hemşirelerle görüşmeler yapılmalıdır. Manisa ilinde yapılan bu çalışmanın değişik coğrafi bölgelerde ve değişik nüfusa sahip illerde tekrarlanması gerekir.

Anahtar sözcük: Sağlık ocağı, Aile hekimliği, kalitatif araştırma

Kaynaklar:

- 1) Atasoylu G, Tuncal A. (2010)Manisa İlinde Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet alanların Memnuniyet Düzeyindeki Değişim. 13.Halk Sağlığı Kongresi. Bildiri özetleri kitabı, İzmir, s:72.
- 2) Demir L. (2010) Aile hekimliği Uygulamasına Bebek, Gebe Ve Köy, Ev Ziyaretlerine Kısa Bir Bakış. 13.Halk Sağlığı Kongresi. Bildiri özetleri kitabı, İzmir, s:70
- 3) Özcan C. Töre E. Erdal R. (2007) Düzce İlinde Aile Hekimliği Sisteminin Pilot Bölge Uygulaması Öncesi ve Sonrası Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunum Niteliğindeki Farklılıkların Karşılaştırılması. Sağlık ve Toplum Dergisi. Erişim tarihi:18.07.2012

<http://www.ssyv.org.tr/sdetay.asp?did=148>

270

MANİSA İLİNDE EVDE SAĞLIK HİZMETİ BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Nur Tuncal, Galip Köroğlu, Ümmü Kalender, Cemile Madran, Sebahat Bulut, Ziya Tay

Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş: Evde sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'nın evde sağlık ve bakımla ilgili yönetmelik ve yönergesinde "hasta kişilere daha önce ilgili dal uzman tabiplerce konulmuş olan tanı ve planlanan tedavileri çerçevesinde evlerinde, aile ortamında sağlık ekibi tarafından muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri ile sosyal ve psikolojik danışmanlığın sağlandığı sağlık, bakım ve takip hizmetlerinin sunulması olarak tanımlanmaktadır.

İllerde evde sağlık hizmetlerini koordine etmek amacıyla 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname öncesinde Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezleri (ESHKM) kurulmuş olup; kararname sonrasında ise bu merkezler Halk Sağlığı Müdürlüklerine devredilmiştir. İl koordinasyon merkezi; evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan hasta bireylerin ya da yakınlarının doğrudan ya da irtibatlandırılmış özel telefon hattı (4443833) ile iletilen başvurularını alan, hizmetin hangi seviyede verileceğini belirleyen, yönlendirmeleri yapan ve başvurulara yönelik tüm kayıtları tutan iletişim ve koordinasyon merkezidir.

Türkiye genelinde çok da eski olmayan bu hizmet ile ilgili literatürde ülkemizdeki araştırmalar genellikle bir hastalığa yönelik sunulan sağlık hizmetine ve niteliğine yönelik çalışmalar olup; genel olarak evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan popülasyonun ve özelliklerinin incelendiği çalışmalar azdır.

Amaç: Manisa ilinde evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin başvuruları ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini, 2011 yılında Manisa Sağlık Müdürlüğü ESKM'ne iletilen ve kayda alınan evde sağlık hizmeti alma talepleri oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup; yıl içerisindeki tüm başvurular değerlendirmeye alınmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri, yüzde olarak verilmiştir. Ortalamalar aritmetik ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 for Windows kullanılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: 2011 yılında ESKM'ne 1.758 başvuru iletilmiş ve elektronik ortamda kayda alınmıştır. Evde sağlık hizmeti almak isteyenlerin yaş ortalaması 73.6 ± 16.1 (en küçük 0, en büyük 121), ortancası 78.0'dır. 0-19 yaş grubu %1.7, 20-59 yaş %12.6, 60-89 yaş grubu %79.5, 90 yaş ve üzeri %6.2'tür. %84.0'ının SGK'lı, %14.3'ünün yeşilkartlı olduğu, %1.7'sinin ise sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir. Büyük çoğunluğu kentte (%94.0) yaşamaktadır. Başvurular, 16 ilçe arasında 5 büyük ilçede yoğunlaşmıştır. Başvuru tarihinden değerlendirme tarihine kadar geçen süre değerlendirilmesinde, hizmet ortalama 6.7 ± 15.1 gün (en erken 0, en geç 192, ortanca 3.0) içerisinde sunulmuştur. Başvuranların mevcut tanıların sırasıyla; nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar (%49.1), kardiyovasküler hastalıklar (%19.6), hematolojik ve onkolojik hastalıklar (%13.3), ortopedi ve travmatolojik hastalıklar (%9.7), kronik ve endokrin hastalıkları (%4.0), akciğer ve solunum sistemi hastalıkları (%3.5) ve kas hastalıkları-yatağa bağımlı (%0.7) olduğu belirlenmiştir. Hastaların ilk değerlendirilmesi %86.2 ile devlet hastanesi evde sağlık hizmet birimi, %12.9 ile aile hekimliği birimi, %1.0 ile ağız diş sağlığı merkezince yapılmıştır. Hizmet alma taleplerinin değerlendirilmesine bakıldığında; evde sağlık hizmeti alması gerektiği kararı verilenlerin %78.2 (n=1375), gerekmeyenlerin ise %14.2 (n=250) olduğu görülmektedir. Ayrıca ulaşıldığında ex olan hastalar %4.2 (n=74), hasta/yakını ya da birim tarafından hizmeti reddedilenler %1.5 (n=26), ulaşılamayan hastalar %1.0 (n=18), ağız diş sağlığı hizmeti alması gerekenler %0.9 (n=15)'dur. Hizmet sunulması gerektiği kararı verilen hastalardan 15'i ağız diş sağlığı hizmeti talep etmiş olup; 12'sine ağız diş sağlığı hizmeti evinde, 3'üne ağız diş sağlığı merkezinde sunulması kararlaştırılmıştır. Evde sağlık hizmeti talep eden ve talebi olumlu değerlendirilen 1.375 hastaya, hangi birim tarafından hizmet sunulması gerektiği sorgulamasında %87.3 ile devlet hastanesi bünyesindeki evde sağlık hizmet birimince, %12.7 ile aile hekimliği birimince hizmet verilmesi kararlaştırılmıştır. Hastaların muayene dışında eş zamanlı olarak rapor, enjeksiyon, pansuman ve konsültasyon hizmeti ile hasta karyolası ve havalı yatak talepleri de karşılanmıştır.

Tartışma: Günümüzde nüfus artış hızındaki azalma eğilimi, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ve toplumsal baskının da etkisi ile hükümetler yaşlılarla ilgili sosyal politikaları daha önceler hale gelmiştir. Çalışmamızdan da görüleceği üzere 60 yaş ve üzerindeki kişilerce hizmete daha çok ihtiyaç duyulduğu açıktır. Hizmetin kapsayıcılığı olarak; evde sağlık hizmetine ihtiyacı olabilecek, yatağa bağımlı hedef nüfusun, uluslararası literatürlere göre binde 1 ila 2 olması gerektiği belirlenmiştir. Bu belirlenen hedef nüfus doğrultusunda; TUIK 2011 nüfusu olan 1.340.074 ilimiz nüfusunun 2010 yılından bu yana binde 2'sine (n=2.883) ulaşıldığı belirlenmiştir. Toplam hizmet sunulan nüfusun yanı sıra diğer değerlendirme ölçütü olan aktif hizmet sunulan nüfusun il nüfusuna oranında da %0.1'lik (n= 1.401) oran ile aynı başarı sağlanmıştır. Evde sağlık hizmetleri, aile hekimleri, hastaneler bünyesinde kurulan evde sağlık hizmet birimleri ya da periferdeki vatandaşlara, sağlık müdürlükleri tarafından oluşturulan, mobil ekipler vasıtasıyla sunulmaktadır.5 Bu çalışma ile hizmetin büyük çoğunlukla kentsel yerleşimde ve evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından sunulduğu belirlenmiştir. Burdur'da yapılan bir çalışmada, evde verilen sağlık hizmetinin, yaşlıların %28.7'inin hastaneye gitme sıklığını azalttığı belirtilmiştir.4 Bu açıdan son derece anlamlı olan bu hizmetin yaygınlaştırılması gereklidir. Manisa merkez ilçede evde sağlık hizmetleri 2006 yılından beri sunulmaktadır. Zaman içerisinde yaygınlaşarak mevcut 16 devlet hastanesinin 10 tanesinde birim açılmış ve uygulama kırsalda aile hekimlerine kadar uzanmıştır. İlde mevcut olan 4 adet ağız diş sağlığı merkezinde de 2011 yılından beri evde ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulmaktadır. İldeki başvurular ortalama 7 gün içerisinde birimlerce değerlendirilerek gerekli sağlık hizmeti ve yönlendirmeler sunulmaktadır. Bu değerlendirme aynı gün içerisinde yapılabildiği gibi hastaya ulaşılmadığı durumlarda ulaşıncaya kadar ziyaretin gerçekleştirilmesi sürecinden ya da hastaların başvurudan sonra Şhastaneye, il dışı-il içi hareketliliklerinden kaynaklı olarak altı aya kadar da uzadığı gözlenmektedir. Ülkemizde hizmetin sunulma süresine ilişkin benzer bir çalışmaya ulaşılmadığından, bir kıyaslama yapılamamaktadır. Evde sağlık hizmeti başvuruları kayıt altına alınarak en kısa zamanda duruma göre, tabip, hemşire veya sosyal çalışmacı tarafından ikametine gidilerek vaka yerinde değerlendirilir. Evde sağlık hizmeti almak için başvuran kişi veya aile bireylerine değerlendirme sonucu konusunda, menfi veya müspet olup olmadığına bakılmaksızın, en kısa sürede bilgi verilir. Başvurusu olumsuz neticelenenler sebepleri konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilir. Hastanın evde sağlık hizmetine kabul edilip edilmediği koordinasyon merkezine ve kayıtlı olduğu aile hekimine de bildirilir. Evde sağlık hizmeti kapsamındaki hastalıklar; KOAH vb. solunum sistemi hastalıkları, yatağa bağımlı hastalar, terminal dönem palyatif bakım hastaları, ileri derecedeki kas hastaları, yenidoğanlara (0-1 aylık) fototerapi uygulamaları, evde sağlık hizmeti kapsamına alınan hastaların ihtiyaç duyduğu ağız ve diş sağlığı hizmetleri olarak tanımlanmaktadır.5 Araştırmada bu kapsama giren hastalık grupları

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

için yaş gözetilmeksizin hizmet sunulduğu gözlenmektedir. Ankara’da yapılan bir çalışmada da benzer oranlarda nörolojik, kardiyovasküler ve ortopedik-travmatolojik hastalıkların, hizmet sunulan ilk hastalık gruplarını oluşturduğu belirlenmiştir. Başvuruların öncelikle başvuruyu yapan şahsın ikamet ettiği belediye mücavir alan içerisinde yer alan hastane bünyesindeki evde sağlık hizmetleri birimine yönlendirilmesi esas olduğundan; çoğu başvurular hastane birimlerince karşılanmıştır. Evde sağlık hizmeti verilen hastaların fonksiyonlu hasta karyolası, havalı yatak ve benzeri, tedaviye yardımcı olabilecek ve demirbaş niteliğindeki tıbbi cihazlar, imkânlar ölçüsünde, hizmeti veren müdürlük veya sağlık kurumu tarafından temin edilerek evde sağlık bakım hizmeti süresince hasta veya yakını adına düzenlenen zimmet karşılığında hastanın kullanımına tahsis edilebilmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Manisa’da evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilerin başvurularının tek merkezde toplanması büyük avantajdır. Bu sayede mükerrer kayıtlar önlenmekle beraber, il bazında hizmete yönelik yönelem planlamaları ve değerlendirmelerine olanak sağlanmaktadır. Ancak başvuruların standardizasyonunu sağlamak için ortak bir yazılım ile hastalık tanısı, özürlülük gibi evde sağlık hizmeti alma gerekliliğini belirleyen ölçütlerin kişi beyanları yerine ortak veri tabanının kullanılması veri netliği ve çeşitliliğini sağlamada gerekli bir araçtır. Evde sağlık hizmetleri yeni bir konu olduğundan gelişmesi için birçok paylaşıma ihtiyaç duyulmaktadır ki koordinasyon merkezine iletilen tüm başvuruların hasta potansiyelini, sunulan hizmetin nicelik ve nitelik olarak değerlendirilmesi hizmetin yönünü planlamada gereklidir.

Anahtar Kelimeler: evde sağlık hizmetleri, koordinasyon merkezi, başvuru.

Kaynaklar:

Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72726/h/son-yonerge.doc> Erişim Tarihi: 10.03.2011.

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik R.G. Tarihi:10.03.2005 R.G. Sayısı:25751. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname RG.Tarihi: 02.11.2011 R.G. Sayısı : 28103. Çatak B. ve ark. Burdur’da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. <http://www.hasuder.org.tr/ojs/index.php/TJPH/article/view/40> Erişim Tarihi: 15.03.2012.

Sağlık Bakanlığı. Evde Sağlık Hizmetleri Uygulaması <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71114/h/esh-genel-yazi.doc> Erişim Tarihi: 10.03.2012.

Öztaş D. Evde Sağlık Hizmetlerinde Ankara İlinden Bir Uygulama Örneği. II. Uluslararası Evde Sağlık Hizmetleri Kongresi Sunumu <http://www.evdesaglik2012.org/Default.aspx> Erişim Tarihi: 15.03.2012

391

MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLERİNİN KARŞILAŞTIRMALI SAĞLIK GÖSTERGELERİ VE HİZMET GEREKSİNİMİ

Zeynep Şimşek¹, Gökhan Yıldırımkaya², Gözde Erçetin¹, Sami Akpırınç¹, Burcu Kara¹, Mesut Hamidanoğlu³, Canan Demir¹

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ²Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, ³Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve amaç: Bir toplumun sağlık düzeyini, biyolojik faktörler (yaş, cinsiyet, genetik, beslenme), fiziksel çevre faktörleri (hava, su, barınma koşulları, çalışma koşulları, gürültü, kamu güvenliği, katı atıklar), sosyal çevre faktörleri (sosyo-ekonomik durum, eğitim, erken çocukluk dönemi yaşantıları, yaşam biçimi, çocuk yetiştirme normları, işsizlik, sosyal destek, kültürel yapı, sosyal dışlanma, sosyal kontrol), sağlık, eğitim, sosyal hizmetler başta olmak üzere kamu hizmetlerinin varlığı/erişilebilirliği, niteliği, gıda ve ulaşım politikaları belirler. Bütün bu faktörlerin fiziksel ya da ruhsal hastalıklarla ve erken ölümlerle ilişkisi açıklanmıştır. (1) Belirtilen faktörlere bağlı olarak ülkeler, bölgeler ve bölgelerin kendi içinde sağlık düzeyinde farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Sağlıkta bölgesel eşitsizlikleri azaltmak için risk altındaki grupları belirlemek, ihtiyaçlarını tanımlamak ve ihtiyaçlara uygun hizmet sunum sistemlerinin geliştirildiği reformlara gereksinim bulunmaktadır. Bu çalışmada mevsimlik tarım işçilerinin Türkiye ile karşılaştırmaları sağlık göstergeleri verilerek kanıta dayalı öneriler geliştirmek amaçlanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliği ile gerçekleştirilen ‘Mevsimlik Tarım İşçisi Ailelerin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması 2011’ verisi kullanılmıştır. (2) Araştırmancın evrenini, Adıyaman ve Şanlıurfa illerinin il merkezlerinde yaşayan ve araştırmancın yapıldığı yıl mevsimlik işçi olarak çalışan aileler oluşturmuştur. Araştırmada olasılıklı küme örnekleme yöntemi kullanılarak 1200 haneye ulaşılması planlanmış ve örnek Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından seçilmiştir. Araştırmada 10 ekip görev yapmış ve saha çalışanlarına beş günlük teorik ve uygulamalı eğitim verilmiştir. Yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak, araştırmacılar tarafından geliştirilen ‘Hanehalkı Soru Kağıdı’ hanehalkı reisine, ‘Kadın Soru Kağıdı’ ve ‘Erkek Soru Kağıdı’ kish yöntemiyle seçilen uygun yaş aralığındaki bireylere uygulanmıştır. Hanehalkı ve kişi görüşmeleri sonuçları incelendiğinde yanıtlanma hızları; hanehalkı %85.2, 15–24 kadın %90.7, 25–49 kadın %92.8, 15–24 erkek %77.2, 25 yaş üstü erkek %82.7’dir. Araştırmada Harran Üniversitesi Etik Kurul Onayı alınmıştır. Veri girişi ve analizler SPSS 11.5 paket programı kullanılarak yapılmış ve temel ölçütler hesaplanmıştır. Karşılaştırmalarda Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA 2008) ya da TÜİK tarafından açıklanan sonuçlar kullanılmıştır. (3-5)

Bulgular: Araştırmada 1021 hanehalkı listesinde bulunan toplam 7165 kişinin %49,7’si kadın, %50,3’ü erkektir. Nüfusun %40’ı 14 yaş ve altında, %2,2’si ise 65 yaş ve üzerindedir. TNSA 2008’de ise; nüfusun %27’si 14 yaş ve altında, %7’si ise 65 ve üstü yaşlardadır. Mevsimlik tarım işçilerinde medyan yaş kadınlarda 18, erkeklerde 17 iken, Türkiye genelinde kadınlarda 30,3, erkeklerde 29,1’dir. Mevsimlik tarım işçilerinde nüfusun yarısı 18 yaş ve altındadır. Mevsimlik tarım işçilerinde 15 yaş altı nüfus yaklaşık 1,5 kat daha fazla iken, yaşlı nüfus 4,1 kat daha azdır. Mevsimlik tarım işçilerinde ortalama hanehalkı büyüklüğü 6,8 iken, TNSA’da 3,8’dir.

Adrese Dayalı Kayıt Sisteminde (ADNKS) %10,1’inin nüfus kaydı olmadığı saptanmıştır. Türkiye geneli için 5 yaş ve altı grupta çocukların %6,3’ünün nüfus kaydı bulunmazken, bu grupta %21,2’dir. Mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarında ilköğretim net okullaşma oranı (6–13 yaşlar) kızlarda %74, erkeklerde %78 iken Türkiye geneli için sırasıyla %98,6 ve %98,2’dir. Üreme çağındaki kadınlar açısından incelendiğinde, 15–49 yaşlarındaki kadınların %72’si okula gitmemiş ya da birinci kademeyi bitirmemişken, bu oran TNSA’da %16,9’dur. 15 yaş üstündeki erkeklerin de okula gitmeme ya da ilkokulu bitirmeme oranı Türkiye ortalamasına göre oldukça yüksektir. Ailelerin %50,8’i akraba evliliği yapmıştır. Mutlak yoksulluk yüzdesi ise %58,2’dir. Mevsimlik tarım işçisi ailelerin %99,9’u ikamet ettikleri evlerinde iyileştirilmiş içme suyuna ulaşırken, tarlalarda çalışırken iyileştirilmiş içme suyuna erişim %32,9’dur.

Çalışmada, ailelere ‘son bir yıl içinde kaç ilde tarım işçiliği yaptıkları ve hangi iller’ olduğu sorulmuştur. Bu çalışmada 1021 ailenin son bir yıl içinde 48 farklı ilde tarımda çalıştıkları saptanmıştır. Mevsimlik tarım işçisi her iki kişiden birinin doğduğundan beri tarım işçisi olduğu öğrenilmiştir. Nisan-Ekim tarım işçiliğinin en yaygın olduğu aylardır. Ancak yılın her ayında tarım işçiliği yapıldığı saptanmıştır. Her beş aileden yaklaşık dördü çalışmaya tüm aile üyeleriyle birlikte gittiklerini bildirmişlerdir.

Halen gebe olduğunu bildiren her dört kadından biri ADNKS’ye kayıtlı olmadıkları için aile hekimine kayıtlı değilken, her on kadından yaklaşık birinin aile hekiminde gebe olduğu kaydı bulunmamaktadır. Dolayısıyla yaklaşık iki gebeden biri aile hekimini tarafından izlenememektedir. 0- 12 aylık her dört bebekten birinin kimlik numarası olmadığı için aile hekimine kaydı bulunmamaktadır. Sadece her dört bebekten biri aile hekiminde bebek olarak görülüp izlemleri yapılmaktadır.

Genel olarak kadınlarda ortalama ilk evlenme yaşı 18,3; erkeklerde 21,8’dir. Türkiye geneli için kadınlarda 23,2; erkeklerde 26,5’dir. Mevsimlik tarım işçilerinde kaba doğum hızı binde 39,5, toplam doğurganlık hızı 4,94, bir kadının doğurganlık döneminin sonuna geldiğinde sahip olduğu çocuk sayısı 6,36’dır. Türkiye için kaba doğum hızı binde 18,6, toplam doğurganlık hızı 2,16, bir kadının doğurganlık dönemi sonuna geldiğinde sahip olduğu çocuk sayısı ise 3,31’dir. Mevsimlik tarım işçisi kadınlar arasında halen gebe olanların yüzdesi Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nin iki katı, Türkiye ortalamasının ise yaklaşık 4 katıdır. Kadınların %46,3’ü herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmaktadır (%14,4’ü geleneksel; %31,9’u modern yöntem). Araştırmaya katılan 15–49 yaşındaki evli kadınların %46,9’u en az bir kez düşük ve %19,9’unun en az bir kez ölü doğum yaptığını bildirmiştir. Araştırma tarihinden 5 yıl önceki dönemde kaba ölüm hızı binde 22,6’dır. Bu hız Türkiye genelinden yaklaşık 3,5 kat daha yüksektir. Beş yaş altı ölüm hızı binde 74,8 iken, bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 59, kaba ana ölüm oranı ise beş yıllık dönemde sözel otopsiye dayalı olarak 100.000’de 153 olarak bulunmuştur. Kadınların %26’sı son gebeliğinde doğum öncesi bakım almadığını, %27,2’si evde-tarlada doğum yaptığını

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bildirirken, kadınların %46,1'i son gebeliğinde tetanoz aşısı yapılmadığını ifade etmiştir. Kadınların %67'si, erkeklerin %59'u şimdiye kadar hiç üreme sağlığı konusunda bilgi almadığını bildirmiştir.

Tartışma ve sonuç: Bu sonuçlar mevsimlik tarım işçilerinin kadın ve çocuk sağlığı ile ailenin tüm üyelerinin sağlık riskleri açısından Türkiye ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ne göre dezavantajlı durumda olduklarını göstermektedir. Ülkemizde 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı yürürlüğe konmuş ve tüm ülkede uygulamaya girmiştir. Program kapsamında her aile hekiminin yaklaşık 3000-4000 bireyden sorumlu olması, gerekli önleyici ve iyileştirici sağlık hizmetini kendisine *kayıtlı kişilere* sunması beklenmektedir. Mevsimlik tarım işçisi ailelerin sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi için ikamet ettikleri adreslerinde yaşadıkları süre içerisinde aile hekimlerinin olması gereklidir. Ancak bu durumda sağlık sorunları açısından daha fazla hastalanma ve ölme riski altında bulunan bebeklerin ve üreme çağı kadınların aile hekimliği hizmetine erişebilmeleri için nüfus kayıtlarının olması ön koşuldur. Mevsimlik tarım işçilerinin yoğun olduğu illerin yöneticileri ve iş araçları yoluyla ADNKS'ye kayıtların yapılması gerekmektedir. Böylece ikamet ettikleri süre içinde hizmete erişebileceklerdir. Yılın her ayı için geçerli olan ancak Nisan – Ekim aylarında yoğunluk kazanan tarımda çalışma dönemlerinde ise gezici sağlık hizmetlerinin TSM'ler yoluyla verilmesi uygun olacaktır. Şimşek ve arkadaşlarının sağlık ocaklarına entegre yürüttükleri gezici sağlık hizmeti modelinin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada modelin etkisi kanıtlanmıştır. (6) Tarım alanlarında çalışılan dönemde tarlaların kentsel mekanlara uzak olması, çalışılan tarlaların sürekli değişmesi nedeniyle aile hekimliği uygulamasının beklenen düzeyde kurulmasının güç olduğu düşünülmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programı gereğinde, topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini vermek üzere Toplum Sağlığı Merkezleri kurulmuş, 'Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair' yönerge yayınlanmıştır. Yönerge incelendiğinde, koruyucu sağlık hizmetlerinin aile hekimleri ve ilgili sektörlerle işbirliği içinde verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Ancak Yönerge'nin 31. maddesinde toplum sağlığı merkezlerinin 'göçerlere sağlık bakımı gibi' hizmetleri Bakanlığın yayınladığı genelge ve talimatlara göre yürüteceği açıklanmıştır. Bu durumda hazırlanacak yönergenin, işin doğrudan ve dolaylı etkileri sonucu ortaya çıkan tüm hastalık ve ölümleri önleme ve erken tanı koyma boyutlarıyla ele alınıp, temel sağlık hizmetleri felsefesine uygun bir modelle hazırlanması gerekmektedir.

Sonuç olarak, temel üretim biçimi tarım olan Türkiye'nin, bölgesel eşitsizlikleri en aza indirmek için hastalık ve erken ölümlerin en çok görüldüğü mevsimlik tarım işçilerine yönelik sürdürülebilir hizmet modellerini geliştirmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Mevsimlik tarım işçileri, sağlık ölçütleri

Kaynaklar:

1. World Health Organization. Social determinants of Health: The Solid Facts. (Eds: Richard Wilkinson, Michael Marmot). 2. edition. 2003; International Centre for Health and Society, Denmark.
2. Mevsimlik Tarım İşçilerinin ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması 2011, Özet Rapor. Harran Üniversitesi ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Şanlıurfa, 2012.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) *Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005*. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
5. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Kadın 2011.
6. Simsek Z, Koruk I, Doni NY. An Operational Study on Implementation of Mobile Primary Healthcare Services for Seasonal Migratory Farmworkers, Turkey. Matern Child Health J. 2012 Jan 26

SAMSUN İL MERKEZİNDEKİ SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURANLARDA KURUMSAL TERCİHİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Cihad Dünder¹, Hatice Öz²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, ²Samsun İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri, bireyin hastalanması ve sağlık kuruluşlarına başvurmasıyla birlikte başlayan tetkik, muayene ve tedavi sürecini kapsamaktadır. Birinci basamakta giderilemeyen sağlık sorunu olan hastaların, uzman hekimlerce özel ya da devlet hastanelerine yatırılarak tanı ve tedavi edildiği kuruluşlar ikinci basamağı oluşturmaktadır. Üçüncü basamak ise belirli alanlarda uzmanlaşmış olan kuruluşlardan oluşmakta olup, özellikle ihtisas gerektiren sağlık hizmetine gereksinim duyulduğu durumlarda hastaların sevk edildiği zincirin son halkasıdır(1).

Ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulması gereksiz girişimleri, uzmanlık hizmetlerinin aşırı kullanımını, hastanede yatış süresini ve ilaç kullanımını azaltmaktadır(2). Ancak Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nın 2009/85 sayılı genelgesiyle 1 Temmuz 2009'dan itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına yapılması zorunluluğu ertelenmiştir. Ayrıca Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği'nde yapılan değişiklikle devlet memurlarının ve bakmakla yükümlü olduğu aile fertlerinin herhangi bir basamaktaki kamu ve özel sağlık kuruluşlarına serbestçe başvurusu olanaklı hale gelmiştir. Bu gelişmeler sonucunda 2002 ve 2010 yılları arasında Türkiye genelinde yıllık başvuru sayıları birinci basamakta %330, ikinci basamakta %216, özel sağlık kuruluşlarında %837 artış gösterirken; birinci basamaktan yapılan sevk oranları %17'den, %0.4'e gerilemiştir(3).

Ayaktan tedavi hizmetleri sunumu konusunda halkın beklentilerinin bilinmesi, sağlık yöneticilerine sunulan hizmeti değerlendirme, kaynakları etkin, verimli kullanma ve daha iyi hizmet sunma imkânı sağlayacaktır. Bu çalışmada Samsun il merkezinde yer alan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ile devlet hastaneleri ve özel hastanelere başvuran bireylerin sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı ve sağlık kuruluşlarını tercih etme nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki çalışma OMÜ Tıbbi Araştırma Etik Kurulundan onay alındıktan sonra 7-13 Aralık 2011 tarihlerinde Samsun il merkezinde yer alan 4'ü devlet, 2'si özel olmak üzere 6 hastane ve 5 ASM'de yürütülmüştür. İl merkezinde 6 devlet hastanesi, 7 özel hastane ve 11 özel dal merkezi bulunmaktadır. ASM'ye başvuran her 100 birey için, devlet ve özel hastanelerin dâhiliye, üroloji, fizik tedavi, KBB ve çocuk hastalıkları poliklinikleri gibi birinci basamağa sık başvuru yapılan alanlardan 100'er bireyin çalışmaya alınması düşünülmüştür. Göğüs Hastalıkları ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne yapılan başvuru nedenlerine ASM'lerde daha az rastlanması ve sıklıkla sevk edilmeleri nedeniyle bu iki hastane dışındaki tüm devlet hastaneleri çalışmaya alınmış, özel hastaneler ise kura yöntemiyle belirlenmiştir. Böylelikle devlet hastanesinden 300, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastanesi'nden 100, bir özel hastaneden 300, bir özel fizik tedavi hastanesinden 100, Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi'nden 300, ASM'lerden 500 ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinden 100 birey olmak üzere toplam 1700 kişiyle görüşülmesi planlanmıştır. Sağlık kuruluşlarında muayene olmayı bekleyen ve çalışmaya gönüllü katılmak isteyenlerde yüzyüze anket yöntemiyle gerçekleştirilen bu çalışmada Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nün 14 sağlık personeli görev almıştır. Yedi adet anket formu iç tutarsızlıklar bulunması nedeniyle çalışmadan çıkartılmıştır. Bireylerin sağlık kuruluşu tercihinde rol oynayan faktörlerin belirlenmesinde yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu bağımsız; başvuru nedeni, sıklığı ve kurumsal tercih bağımlı değişken olarak alınmıştır. Verilerin merkez ve yaygınlık ölçütleri aritmetik ortalama±standart sapma olarak sunulmuş, karşılaştırmalı analizlerde SPSS (Ver.12) programı yardımıyla kıkare analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunu oluşturan 682'si (%40) erkek, 1011'i (%60) kadın toplam 1693 bireyin yaş ortalaması 43.7±16.1 yıl idi. Katılımcıların %2'si 18 yaş ve altı, %55'i 19-44, %31'i 45-64 ve %12'si 65 ve üzeri yaş grubunda yer alırken; %14'ünün herhangi bir okul bitirmemiş, %50'sinin ilk ve ortaokul, %36'sının da lise ve üzeri okul mezunu olduğu görüldü. Gelir getirici bir işte çalışanlar 515 (%30.4), emekliler 314 (%18.5), ev

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

hanımı, öğrenci ve işsiz gibi herhangi bir işte çalışmayanlar ise 864 (%51.1) kişi olup %98.6'sının sosyal güvencesi bulunmaktaydı.

Son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşlarına yapılan başvuru ortalaması ASM'lere 4.50±4.2, kamu hastanelerine 3.34±3.4, özel hastanelere 1.60±2.7, özel muayenehanelere ise 0.08±0.5 olup; yılda kişi başına sağlık kuruluşlarına toplam başvuru ortalamasının 9.52±6.4 olduğu saptandı.

Başvuru nedenleri arasında "muayene olma" birinci sırada idi (%74.2). Bunu sırasıyla "kontrol muayenesi" (%10.3), "ilaç yazdırma" (%9.2), "sevk edilmiş olma" (%4.8) ve diğer nedenler (%1.5) izlemekteydi. Kamu ve özel hastanelere %80 muayene olma, %20 diğer nedenlerle başvuru yapılırken, ASM'lerde bu oranlar % 55 ve % 48 olup, istatistiksel olarak ileri derecede farklılık mevcuttu ($X^2=135.3$; $p=0.000$).

Bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında öncelikle tercih edilecek sağlık kuruluşu, katılımcıların buldukları sağlık kuruluşuna göre değişiklik göstermekteydi. Devlet hastanelerinde görüşülenlerin %56'sı ilk başvuru tercihinin yine devlet hastanelerinden yana olduğunu belirtirken; özel hastanede (%48) ve ASM'lerde (%69) görüşülenlerin ilk tercihi ASM idi.

Cinsiyete göre kurumsal tercih sıralamasında her iki cinsten de sırasıyla ASM, kamu hastanesi ve özel hastane saptanmakla birlikte, erkeklerde ASM, kadınlarda hastane tercihi istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($X^2:4.7$; $p=0.03$).

Yaş gruplarına göre kurumsal tercih sıralamasında genellikle benzer bir dağılımla karşılaşıldığı; istatistiksel anlamlılık göstermeksizin 65 ve üzeri yaş grubunda ASM'yi, 19-64 yaş aralığında özel hastaneyi tercih etme oranları daha yüksek saptandı.

Katılımcılar öğrenim düzeyi açısından herhangi bir okul bitirmemiş olanlar, ilk ve ortaokul mezunları ve lise/üniversite mezunları olarak üç gruba ayrıldığında "Sağlık başvurusunda ilk tercih edilen kurum"un her üç grupta da ASM olduğu görüldü. Bunu sırasıyla kamu hastaneleri ve özel hastaneler izlemekteydi.

Öğrenim düzeyi arttıkça aile hekimine başvuru tercihinin azaldığı, özel hastane ve özel hekim tercihinin arttığı, kamu hastanesi tercihininse değişmediği gözlemlendi ($X^2:24.3$; $p: 0.000$).

Devlet hastanelerine başvuranlarda, bu kuruluşu tercih etmelerindeki ilk üç neden "uzman doktor varlığı (%85)", "tetkik olanağının fazla oluşu (%46)" ve "teşhis ve tedaviye güven duyulması (%31)" iken; özel hastanelere başvuranlarda "uzman doktor varlığı (%61)", "hastanenin tavsiye edilmiş olması (%37)" ve "teşhis ve tedaviye güven duyulması (%37)" olarak sıralanıyordu. ASM'yi tercih edenler ise ilk üç nedeni "eve yakın olması (%49)", "yeterli bilgi verilmesi (%41)" ve "kendisine iyi davranılması (%38)" şeklinde belirtmişti.

Hastanelere başvuranlara "neden ASM'yi tercih etmedikleri" sorulduğunda; kamu hastanelerine başvuranlar "uzman doktor yokluğu (%74)", "teşhis ve tedavi yetersizliği (%36)" ve "yeterli bilgi verilmemesi (%15.6)"ni gerekçe göstermekteydi. Özel hastanelere başvuranlar ise "uzman doktor yokluğu (%87)", "araç-gereç yetersizliği (%24)" ve "yeterli bilgi verilmemesi (%7)" nedeniyle ASM'ye başvurmadıklarını belirtmişlerdi.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırma grubunda yıllık sağlık kuruluşlarına başvuru ortalaması 9.5'dur. OECD raporuna göre Türkiye'de kişi başına düşen başvuru oranı 2007 yılında 5,4'e yükselerek bir önceki yıla ait OECD ortalamasının %80'ine ulaşmış(4), 2010 yılında ise 7.6'ya yükselmiştir(3). Çalışmamızda kişi başı yıllık başvuru ortalaması Türkiye genelinden yüksek olmakla birlikte, devlet hastanelerine yapılan başvuru ortalaması daha düşük, ASM ve özel sağlık kuruluşlarına yapılan başvuru ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Toplam başvuru sıklığındaki yükseklik, çalışma verilerinin sağlık kuruluşlarına başvuranlardan elde edilmiş olmasından kaynaklanmaktadır. Özel hastane başvurusundaki yüksekliğin de Samsun il merkezinde 7 özel hastane ve 11 özel dal merkezinin var olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Devlet hastanelerinde görüşülenlerin %56'sı ilk başvuru tercihinin yine devlet hastaneleri, %38'i de ASM olduğunu belirtirken; özel hastanede ve ASM'lerde görüşülenlerin ilk tercihi ASM (%48,%69) olmuştur. TÜİK'in 2010 ve 2011 yılı araştırmalarında başvuru tercihi sıralaması devlet hastaneleri için %58'den %55'e düşerken,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

birinci basamak %23'den, %28'e yükselmiştir(5). Birinci basamaktaki yüksek tercih, Samsun ilinde aile hekimliği uygulamasına 2007 yılında geçilmiş olması ile açıklanabilir. ASM'ler geçen beş yıllık süreçte bulgularda da belirtildiği gibi eve yakın olma özelliği dışında tanı ve tedavi, yeterli bilgi, nezaket gibi konularda hizmet verdikleri nüfusun güvenini kazanmış görünmektedirler. TÜİK'e göre son dekatta ASM'lerdeki sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet, hastanelerdeki memnuniyetten daha hızlı bir artış göstermektedir.

Hem yaşa, hem cinsiyete göre kurumsal tercihte ASM birinci sıradayken; erkekler ASM'leri, kadınlar hastaneleri daha yüksek oranda tercih etmiştir. 65 ve üzeri yaş grubunun ASM tercih oranlarının (%54) diğer yaş gruplarından (%50) yüksek olmasının, kronik hastalık yükünün daha yüksek oranda bulunduğu ve sıklıkla ilaç yazdıran bu yaş grubunun kolaylık ve eve yakınlık nedeniyle ASM'yi tercih ettiği düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin kullanımını belirleyen ve talebi etkileyen faktörler arasında bölgenin coğrafi yapısı, demografik ve epidemiyolojik özellikleri, hastalık ve sağlık algısı, cinsiyet, öğrenim-gelir düzeyi ve ulaşım olanakları gelmektedir. Öğrenim düzeyi arttıkça ASM tercihinin azaldığı, özel hastane tercihinin arttığı, kamu hastanesi tercihininse değişmediği saptanmıştır. Bu farklılık öğrenim düzeyi yükseldikçe sağlık algısının değişmesi ve uzman hekim dışında kurumsal donanımın da yüksek olduğu sağlık kuruluşlarına olan talebin artmasıyla açıklanabilir. Nitekim devlet hastanelerine başvurularında, bu kuruluşu tercih etmelerindeki ilk üç neden "uzman doktor varlığı (%85)", "tetkik olanağının fazla oluşu (%46)" ve "teşhis ve tedaviye güven duyulması (%31)"ıdır.

Özel hastanelere başvuranların tercih gerekçeleri "uzman doktor varlığı", "tavsiye edilmiş olması" ve "teşhis ve tedaviye güven duyulması" olarak sıralanmaktadır. TÜİK'in araştırmasında ise sıralama, hizmetten memnuniyet (%75), eve yakın olma (%14) ve zorunluluk (%7) şeklindedir (5). "Güven duyma" ve "tavsiye edilme" gerekçeleri özel hastane tercihinde literatürle uyumlu olarak önemli bir yer tutarken; tercihte rol oynadığını düşünülen "sıra beklememe", "iyi/güleryüzlü davranış" ve "bina ve temizliğin iyi olması" gibi etkenler ise ancak son üç sırayı alabilmiştir.

Öncelikli başvuru yeri olarak ASM'yi tercih edenler ilk üç nedeni "eve yakın olması", "yeterli bilgi verilmesi" ve "kendisine iyi davranılması" şeklinde belirtmiştir. TÜİK'in araştırmasında da ASM tercih sebepleri eve yakın olma, hizmetten memnuniyet ve zorunluluk'tur(5). Bu sonuçlar tüm sağlık kuruluşlarında tercih nedenlerinin başında hizmete erişim kolaylığının geldiğini göstermektedir.

Hem kamu, hem de özel hastanelere başvuranlar ASM'yi tercih etmeme nedeni olarak ilk üç sırada "uzman doktor yokluğu", "teşhis ve tedavi yetersizliği" ve "yeterli bilgi verilmemesi"ni gerekçe göstermiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda halkın bu basamağın işlevleri konusunda bilgilendirilmemiş olmasının kuruluşlardan yararlanmayı azaltırken, hizmetlerin bilinmesinin ve beklentilerin karşılanmasının yararlanmayı arttırdığı saptanmıştır. Beklentiler arasında, sağlık personelinin güler yüzlü olması, kişilere daha iyi davranması, hizmetlerin ücretsiz olması, sırada beklemek istememe ve laboratuvar olanaklarının artırılması yer almaktadır.

Sonuç olarak birinci basamağın güçlendirilmesi, yer seçimi ve planlamada ulaşılabilirliğin göz önüne alınması, sağlık kuruluşlarında sadece teknolojiye değil, insan yatırımına da büyük önem verilmesi gerektiği değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tedavi hizmetleri, ASM, hastane, başvuru sıklığı, başvuru tercihi

Kaynaklar:

1. Çelikay F, Gümüş E. Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. Journal of the Faculty of Political Science,2011. 66 (3): 55-92.
2. Öcek Z, Soyer A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007, Ankara.
3. Mollahaliloğlu S, Başara BB, Eryılmaz Z. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.
4. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri. OECD VE IBRD/Dünya Bankası Yayınları, 2008. Türkiye
5. Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2010. Türkiye İstatistik Kurumu Yayınları. Yayın No:3527. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2011. Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI ÜST DÜZEY YÖNETİCİLİKLERİNE ATANANLARIN LİYAKAT İLKESİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kemal Macit Hisar

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Yönetim düzeyini (basamağını) oluşturan ve aynı zamanda tepe (üst) yöneticiler olarak adlandırılan kişiler arasında yönetim kurulu başkanı ve üyeleri, genel müdür ve yardımcıları sayılabilir. Tepe yöneticiler zamanlarının çoğunu planlama ve örgütleme işlerine ayırırlar. Bu yöneticilerin asal işlevleri; kurumun amaç, hedef ve politikalarını saptamak ve kurumun çevresindeki diğer kurumlarla ilişkilerini sürdürmektir (8). Öte yandan insan kaynakları yönetimi ilkeleri (liyakat ilkesi, eşitlik ilkesi, güvence ilkesi, yansızlık ilkesi, kariyer ilkesi, halef yetiştirme ilkesi, v.b.) önem sırasına göre sıralandığında liyakat ilkesi en başta gelen ilke olarak kabul edilmektedir (1). Liyakat, kısaca işin niteliklerine en uygun işgörenin seçilmesi biçiminde tanımlanabilir (1). Bu kapsamda Anayasamızın 70. ve 128/3. maddelerinde, 657 sayılı devlet memurları kanununun 3. maddesinde ve diğer ilgili mevzuatta bu ilke ile ilgili bazı maddeler bulunmaktadır (5,10,12,13). Sağlık Bakanlığında ise bu ilke doğrultusunda “Sağlık Bakanlığı Personeli Görevde Yükselme ve unvan Değişikliği Yönetmeliği” yayınlanmış olup atamalarla ilgili ilkeler baştabip ve sağlık müdürlüğü makamları ve onların altı olan makamlar ile sınırlı kalmıştır (9). Müsteşar ve Sağlık Müdürü arasındaki makam atamaları ilgili kanun ile müşterek kararnameyi imzalayan makamların takdirine bırakılmıştır (5). Örneğin “Sağlık Bakanlığı Personeli Görevde Yükselme ve unvan Değişikliği Yönetmeliği”nin 6. maddesine göre il sağlık müdürü kadrosuna atanabilmek için; “tabip veya halk sağlığı uzmanı tercih edilmek kaydıyla uzman tabip olmak” koşulu konulmuştu. Bu madde bu konuda eğitim görmüş tek tıpta uzmanlık alanı olmasından dolayı halk sağlığı uzmanlarına önemli bir avantaj sağlamış gibi görünmekteydi. Oysa sağlık müdürlerinin eğitim durumlarına periyodik olarak bakıldığında halk sağlığı uzmanlarının bu makama atanmaları neredeyse istisna denebilecek düzeydeydi (3). Bu nedenle atayan makamın (Sağlık Bakanı) tercih hakkını çok daha fazla arttırmak için 25 Mart 2011 tarih ve 27885 sayılı resmi gazetede yayınlanan yönetmelikle söz konusu madde “il sağlık müdürü kadrosuna atanabilmek için en az beş yıl hizmeti olan uzman tabip veya tabip olmak” biçiminde Sağlık Bakanlığınca değiştirilmiştir (9). Oysa liyakat ilkesi dikkate alındığında üstte de belirtildiği üzere bu makam için eğitim görmüş tek tıpta uzmanlık alanı halk sağlığı uzmanlığıdır (2). Aynı şekilde eğitim açısından bakıldığında ve Anayasamızın 128/3. maddesinden dolayı halk sağlığı uzmanlarının/akademisyenlerinin veya ilgili (özellikle halk sağlığı) alanda eğitim yapmış olması koşuluyla orta ve üst düzey yönetici yetiştirmek üzere kanunla kurulmuş Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE) mezunlarından Sağlık Bakanlığı orta ve üst düzey yöneticilerinin atanması liyakat ilkesinin yerine getirilmesi açısından önemli kabul edilmektedir (11). Üst düzey yöneticilerin yetiştirilmesinin gerekliliği diğer pek çok ülkede de kabul edilmiş olup, bu konuda görev yapan gerek kamusal gerekse özel kuruluşlar bulunmaktadır: ABD’de Federal Yönetim Enstitüsü (Federal Executive Institute), Kanada’da Hazine Dairesince kurulan Yönetimi Geliştirme Merkezi, İngiltere’de, İngiliz Yönetim Personeli Koleji, Kraliyet Kamu Yönetimi Enstitüsü, Batı İngiltere Sevk ve İdare Merkezi, Oxford Sevk ve İdare Merkezi, Almanya’da, Federal Kamu Yönetimi Akademisi, Yönetim Bilimler Yüksek Okulu, Bayern Yönetici Eğitim Merkezi, Baden-Württemberg Eyaleti Yöneticilik Akademisi İtalya’da Kamu Yönetimi Yüksek Okulu, Kuruluşlara Mesleki Gelişme Formasyonu Verme Enstitüsü, Suudi Arabistan’da Kamu Yönetimi Enstitüsü, İsrail’de Kamu Personeli Koleji, Pakistan’da, Personel Koleji (Pakistan Administrative Staff College), Ulusal Kamu Yönetimi Enstitüsü, Avustralya’da Personel Koleji, İsveç’te Kamu Hizmeti Eğitim ve Geliştirme Ulusal Enstitüsü, Danimarka’da Maliye Bakanlığına bağlı Kamu Yönetimi Okulu, İrlanda’da Devlet Memurları Eğitim Merkezi ve Kamu Yönetimi Enstitüsü bu kuruluşlardan bazıları olup, yöneticilerin yetiştirilmesi konusunda çalışmaktadır (4,6,7).

Üstte belirtilen bilgiler ışığında bu araştırmanın amacı Sağlık Bakanlığı üst düzey yöneticilerinin mesleki durumlarının liyakat ilkesi açısından değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Evreni Sağlık Bakanlığındaki genel müdür ve üstü üst düzey yöneticilerinin mesleki eğitimleri ve mesleki tecrübeleridir. Araştırma kapsamına bilimsel tanım (8) gereği Sağlık Bakanı hariç olmak üzere toplam 23 üst düzey yönetici alınmıştır. Üst düzey yöneticiler bir bakan yardımcısı, bir müsteşar, 6 müsteşar yardımcısı ve 15 genel müdürden oluşmaktadır. Genel müdür

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yardımcıları araştırma yapıldığı zaman Bakan tarafından belirlenmediğinden araştırma kapsamına alınamamıştır. Bakan yardımcısı, müsteşar, müsteşar yardımcılığı ve genel müdürlerin tamamının özgeçmişlerine web sitesinden ulaşılabilmektedir. Sağlık Bakanlığı üst düzey yöneticilerinin mesleki özgeçmişlerine (en güvenilir kaynak olarak düşünüldüğünden) Sağlık Bakanlığının web sitesinden 4 Haziran 2012 tarihinde erişilerek gerekli bilgiler toplanmıştır (9). Bu özgeçmişlerde üst düzey yöneticilerinin lisans, yüksek lisans, doktora, tıpta uzmanlık, doçentlik gibi mesleki ve akademik unvanlarına bakılmış, ayrıca akademisyen ise akademik unvanlarının ne olduğuna, branşlarına, yönetim tecrübelerine ve kurum içinde kariyer yapıp yapmamalarına göre de değerlendirme yapılmıştır. Verilerin analizinde Microsoft Office Excel Programı (verilerin yüzdesini almak amacıyla) kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık Bakanlığı web sitesinden erişilebilen (Sağlık Bakanı hariç) 23 Sağlık Bakanlığı üst düzey yöneticisinin 5'i pratisyen hekim (% 21,7), 4'ü uzman hekim (% 17,4), 7'si akademisyen (% 30,4), kalan 7'si ise (% 30,4) diğer mesleklerdendir. Akademisyenler çocuk sağlığı ve hastalıkları, ortopedi, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, genel cerrahi dallarındandır. Uzman doktorlar ise çocuk cerrahisi, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin ve sinir cerrahisi ve göğüs hastalıkları alanlarında uzmanlık eğitimi görmüşlerdir. Üst düzey yöneticilerinden sadece biri bayandır (% 0,4). Diğer 7 (% 30,4) üst düzey yöneticiden 3'ü İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi mezunu (biri yüksek lisans öğretimi görmüş), biri siyaset bilimleri fakültesi mezunu (yüksek lisans öğretimi görmüş), biri psikoloji mezunu (yüksek lisans öğretimi görmüş), biri inşaat mühendisi (yüksek lisans öğretimi görmüş), biri hukuk fakültesi mezunudur. Üst düzey yöneticilerden hiçbiri Anayasamızın 128/3. maddesinin belirttiği üst düzey yöneticilerinin alması gereken (TODAIK Kamu Yönetimi Yüksek Lisans veya muadili) eğitimi almamıştır. Sadece 5'i (% 21,7) daha önce Sağlık Bakanlığı dışında yöneticilik yapmıştır. Kariyer ilkesi kapsamında üst düzey yöneticilere bakılacak olursa sadece 3'ünün (% 13,04) Sağlık Bakanlığında

hiç çalışmadığı, diğer 20'sinin (% 87) ise bakan müşavirliği başta olmak üzere merkez teşkilatının çeşitli kademelerinde daha önce çalıştıkları, ancak taşra teşkilatında hiç çalışmadıkları anlaşılmaktadır.

Tartışma: Anayasaya göre Cumhurbaşkanınca uygun görülerek görevlendirilen parlamenterin (genelde bu görev seçimlerde en yüksek oyu alan parti başkanına verilir) Bakanlar Kurulu listesi oluşturarak Cumhurbaşkanına sunması ve bu listenin Cumhurbaşkanınca uygun görülmesi halinde Bakanlar kurulunun atanması mümkün olur. Sağlık Bakanı da bu biçimde atanmıştır. Bu atamada liyakat ilkesinin aranıp aranmaması Başbakanlık makamının takdirine bağlıdır. Benzer biçimde Bakan

Yardımcılarının (Millî Savunma Bakanlığı Bakan Yardımcısı dâhil), Müsteşar ve yardımcıların (Dışişleri Bakanlığı Genel Sekreteri ve Yardımcıları dahil); Genel Müdür ve yardımcıların atanması işlemi 23/4/1981 tarihinde 2451 sayılı TBMM tarafından kabul edilen "Bakanlıklar ve Bağlı Kuruluşlarda Atama Usulüne İlişkin Kanun" hükümleri doğrultusunda müşterek kararla yapılır. Bu atamalarda liyakat ilkesinin aranıp aranmaması müşterek kararnemeyi imzalayanların inisiyatiflerine bağlıdır. Ancak Anayasanın 70. maddesinde "Her Türk, kamu hizmetlerine girme hakkına sahiptir. Hizmete alınmada, görevin gerektirdiği niteliklerden başka hiçbir ayırım gözetilemez.", 128. maddesinin 3. fıkrasında ise "Üst kademe yöneticilerinin yetiştirilme usul ve esasları, kanunla özel olarak düzenlenir." şeklindeki ifadelerin gereği olarak 25.6.1958 tarih ve 7163 sayılı Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Teşkilat Kanunu ile uluslararası düzeyde akredite eğitim vererek orta ve üst düzey kamu yöneticisi yetiştiren bir kurum mevcutken ve yönetim biliminin insan kaynakları yönetimine ilişkin ilkeleri gereği liyakat ilkesine dikkat edilerek bu atamaların yapılması hukuki ve bilimsel bir zorunluluktur. Özetle 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde

Kararname" ile Sağlık Bakanlığı yeniden teşkilatlandırılmış olup söz konusu üst düzey yöneticilerin atamaları yapılmıştır. Ancak resmi web sitesinde yayınlanan özgeçmişlere bakıldığında bu atamaların liyakat ve diğer insan kaynakları yönetim ilkelerine göre (kariyer, eşitlik, yansızlık) yapılmadığı, yani bilime aykırı olduğu, aynı şekilde ilgili Anayasa maddelerinin (70, 128/3) ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 3. maddesinin belirttiği liyakat ilkesine de aykırı olmak suretiyle hukuka da aykırı bulunduğu söylenebilir. Geçen yıl araştırmacı tarafından yapılan ve "Sağlık Müdürlerinin Mesleki Durumlarının Liyakat İlkesi Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı bir araştırmada da benzer sonuçlar çıkmış; il sağlık müdürlerinin atanmasında liyakat kriterlerine dikkat edilmediği ortaya çıkmıştır (3). Bu durumda toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin hangi nitelikte verildiği/verileceği de tartışma konusudur.

Sonuç: Bu araştırmada Sağlık Bakanlığı üst düzey yöneticilerinin Anayasamızın 70., 128/3. maddelerinde ve 657 sayılı devlet memurları kanununun 3. maddesinde belirtilen liyakat ilkesinin, ayrıca insan

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kaynakları yönetimi ilkelerinin en başında gelen liyakat ilkesinin gereği olarak atanmadıkları ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı üst düzey yöneticilerinin topluma ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin verilmesinde Sağlık Bakanının emrinde çalışanlar dahi ilgili mevzuata göre çok önemli görevleri bulunmaktadır. Bu nedenle liyakate göre seçilmeleri çok önemlidir. O halde (daha güçlü bir dayanak olması için) tüm kamu yönetiminde liyakat ilkesini sağlayacak biçimde bir yasanın Anayasamızın 128. Maddesinin 3. fıkrasının (Üst kademe yöneticilerinin yetiştirilme usul ve esasları, kanunla özel olarak düzenlenir.) gereği olarak Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından çıkarılması, bu şekilde üst düzey yönetici adaylarının bilimsel usul ve esaslara uygun olarak seçilerek Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsünde (TODAİE) eğitilmelerinin sağlanması, eğitilenlerin ise başarılarına ve alanlarına uygun olarak objektif ve bilimsel usul ve esaslara göre oluşturulan bir kurul tarafından atanmaları önerilebilir. Ayrıca il sağlık müdürlüğü ve alt kademe yöneticileri içinde benzer bir seçme, eğitim ve atanma yöntemi geliştirilebilir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Bakanlığının Üst Düzey Yöneticileri, Sağlık Bakanlığında İnsan Kaynakları Yönetimi, Sağlık Bakanlığı Yönetiminde Liyakat İlkesi, Halk Sağlığı Uzmanlığı.

Kaynaklar:

- 1-Ergun T., "Kamu Yönetimi", TODAİE Yayını No:322, s.243-245, 2004, Ankara.
- 2-Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Web Sitesi: <http://hasuder.org.tr/anasayfa/index.php/hakkmzda/139-saln-sesi-haber-buelteninde-ckan-yazmz>, Erişim Tarihi: 4/6/2012.
- 3-Hisar K. M., "Sağlık Müdürlerinin Mesleki Durumlarının Liyakat İlkesi Açısından Değerlendirilmesi", Sözel Bildiri, 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011, Trabzon.
- 4-Karaer T., "Yöneticilerin Yetiştirilmesi: Federal Almanya Örneği", Amme İdare Dergisi, C.22, S.4, Aralık, 1989, s.86-94, Ankara.
- 5-Mevzuat Web Sitesi: <http://www.mevzuat.gov.tr>, Erişim Tarihi: 4/6/2012.
- 6-O'nuallain C., "Yöneticilerin Üst Düzey Görevlere Hazırlanması", Amme İdare Dergisi, C.21, S.3, Eylül 1988 s.23-37, s.33-34, Ankara.
- 7-Qureshi A., "Türkiye ve Orta doğu Amme İdaresi Enstitüsü ve Amerika, İngiltere ve Pakistan'da yönetici yetiştirme Programları", Amme İdare Dergisi, Cilt 3 sayı 4 Aralık 1970, 99-108, s.105, Ankara.
- 8-Özgün Ekonomi ve Makale Arşivi Web Sitesi: <http://www.ekodialog.com/Konular/yonetim-nedir-yonetim-yapisi.html>, Erişim Tarihi: 4/6/2012.
- 9-Sağlık Bakanlığı Web Siteleri: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html>, <http://personel.saglik.gov.tr/saglik-bakanligi-personeli-gorevde-yukselme-ve-unvan-degisikligi-yonetmeligi-id218-40.html>, Erişim Tarihi: 4/6/2012.
- 10-TBMM Web Sitesi: <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm>, Erişim Tarihi: 4/6/2012.
- 11-TODAİE Web Sitesi: <http://www.todaie.gov.tr/v1/hakkimizda.php?Baslik=74>, Erişim Tarihi: 4/6/2012.
- 12-Türk Anayasa Hukuku Sitesi: <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm>, Erişim Tarihi: 4/6/2012.
- 13-Türk Hukuk Web Sitesi: <http://www.turkhukuk sitesi.com/mevzuat.php?mid=7342>, Erişim Tarihi: 4/6/2012

862

SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDEN HİZMET ALANLARIN MEMNUNİYET DURUMU

Kemal Macit Hisar

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Sağlık hizmetlerinde kalite, hastanın mümkün olabilecek en iyi fonksiyonel ve psikososyal iyileşmesini sağlayan teknik ve ilmi olanaklarla, iyi insan ilişkilerinin bir araya konmasıdır (1,2,3). Sağlık hizmetlerinde kalite göstergeleri objektif göstergeler ve sübjektif göstergeler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sübjektif göstergelerden olan kullanıcı memnuniyeti fiziki koşullardan memnuniyet, sağlık personelinin

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

memnuniyet, görülen tedaviden memnuniyet olmak üzere (genellikle) üç bölümde değerlendirilmektedir (1). Türkiye’de sağlık hizmeti sunum kalitesini belgelemek amacıyla sağlık hizmeti veren kurumlar, Türk Standartları Enstitüsüne veya diğer belge vermeye yetkili kuruluşlara TS-EN ISO 9000 belgesi almak için başvuruda bulunmaktadır. ISO 9000 standartlar kümesi içinde ilgili standartta hizmet alanların memnuniyetinin periyodik olarak ölçülmesi ve gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetlerin başlatılması zorunluluğu söz konusudur (4,5,6). Toplam kalite yönetimi yaklaşımına göre ise hizmet alanların tatmin edilmesi en önemli başarı kriteridir. Teknik anlamda kaliteli hizmet sunumunun zorunlu olduğu ancak bunun hizmet alanları tatmin etmede yeterli olmayacağı varsayılmaktadır (7,8). O halde ilgili kalite yönetim standartlarına ve sağlık otoritelerince belirlenmiş kriterlere göre sağlık hizmeti alanların bu hizmetle ilgili memnuniyet düzeylerini periyodik aralıklarla belirlemek ve bununla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlere başlamak ilgili (Sağlık Bakanlığı) yönergelerine de konu olan bir zorunluluktur (9).

Sonuç olarak üstte belirtilen nedenlerden dolayı bu çalışma, Selçuklu Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinden hizmet alanların memnuniyet durumunun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Bu anket Selçuklu Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde belirlenen (izin alınabilen) Anabilim Dallarının polikliniklerinde (Dahiliye, Cildiye, Kulak Burun Boğaz (KBB), Göz Hastalıkları, Pediatri) eşit oranda (% 20) toplam 195 hizmet alanına yüz yüze anket yöntemiyle uygulanmıştır. Anketin evreni söz konusu anabilim dallarının polikliniklerinde ankete cevap vermeyi kabul eden 195 kişidir. Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Anket araştırmacı tarafından Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi için geliştirilmiştir. Eğitilmiş 15 anketör tarafından 2012 yılı haziran ayının 14. Günü anket uygulanmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci 12 soruluk kısım alınan hizmetle ilgili, 13. soru hastaneye ilk başvurup vurmadığı ile ilgili, diğer 14-19 sorular arası 6 soru ise hizmet alanın sosyo-demografik durumu ile ilgili sorulardır. 20. soru ise açık uçlu olarak “varsa görüş ve önerileriniz” sorusudur. Sonucu soruya ankete katılanlar tarafından hiçbir cevap yazılmamıştır. Memnuniyet düzeylerini ölçmeye yönelik soruların cevapları ankete verilen 3’lü cevapların gruplandırılarak (evet seçeneği olumlu, biraz/bazen ve hayır seçenekleri ise olumsuz kabul edilmiştir) SPSS 16.0 ve Microsoft Office Excell programları kullanılmak suretiyle değerlendirilmiştir. Memnuniyet düzeyleri ortalamalar ve yüzdeler verilmek suretiyle ifade edilmiştir.

Bulgular ve Tartışma: Anket katılanların % 47,5’i kadın, %52,5’i erkektir. Hizmet alanların çoğu üniversite ve üstü eğitim almışlardır (% 34,9), en az ise % 2,9 ile okur yazar olmayanlardır. Meslek olarak bakıldığında en yüksek oran öğrencilere aittir (% 31,8). 2. en yüksek oran ise ev hanımlarına aittir (% 21). En düşük oranlar ise doktorlara ve işsizlere aittir (% 0,6). Ankete katılanların yaş ortalaması 32,33’dür. Hastaneye ilk geliş % 35,2 oranında bulunmaktadır. Ankete katılanların sadece % 2,3’ünün sosyal güvencesi bulunmamaktadır. En yüksek oranda olan % 55,8’lik kısım ise Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı çalışanlardır. “Beni muayene eden doktor kibar ve saygılıydı” sorusuna verilen cevapta en yüksek memnuniyet oranı çıkmıştır (Ort. % 76,1), en düşük memnuniyet oranı ise “Bana yapılan tahliller/tetkikler için çok beklemedim sorusuna karşılık verilen cevapta olmuştur (Ort. % 29,9). Memnuniyet ortalaması 2,45 olup, sonuç olarak 2’den büyük olduğu için hizmet alanlar memnun gözükmemektedir. Cevaplara hizmet alınan bölümler açısından bakıldığında Dahiliye ve Göz Hastalıkları poliklinikleri 6’şar soruda en yüksek ortalamaları almıştır. En az memnun olunan poliklinik ise KBB polikliniği (5 soruya verilen en düşük ortalama nedeniyle) olmuştur. Onu 4 soruya verilen en az memnuniyetle pediatri izlemektedir. Araştırmacı tarafından Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi için geliştirilen bu anket ilk kez uygulandığı için önceki sonuçlarla, farklı hastanelerde yapılan benzer anket sonuçları ise anketler farklı formatlarda hazırlandığı için kıyaslanarak tartışılmamıştır.

Sonuç: Anket katılanların yaklaşık yarısı kadındır. Hizmet alanların çoğu üniversite ve üstü eğitim almışlardır. Hizmet alanların en azı okur yazar olmayanlardır. Meslek olarak bakıldığında en yüksek oran öğrencilere aittir. 2. en yüksek oran ise ev hanımlarına aittir. En düşük oranlar ise doktorlara ve işsizlere aittir. Ankete katılanların yaş ortalaması 32,3’dür. Hastaneye ilk geliş azınlıktadır. Ankete katılanların çok azının sosyal güvencesi bulunmamaktadır. En yüksek oranda güvenceli olan kısım ise Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı çalışanlardır. Sonuç olarak belirlenen 5 anabilim dalı polikliniklerinden alınan hizmetten genellikle memnun olduğu ortaya çıkmaktadır. En az memnun olunan poliklinik KBB polikliniği olmuştur. Onu pediatri izlemektedir. En çok memnun olunan poliklinikler ise Göz Hastalıkları ve Dahiliye olmuştur. Bu anket çalışmalarının yaygınlaştırılarak (olanak bulunduğu takdirde tüm hizmet alanlara) sürekli yapılması gerektiği apaçık bir gerçektir. Hastane yönetimince sürekli olarak yapılması gereken bu anketlerin sonuçları hizmet kalitesinin iyileştirilmesi yönünde çalışmalarda kullanılmalıdır. Hastanenin (ulusal/uluslar arası) hastane hizmet akreditasyon sistemine katılması ve/veya Toplam Kalite Sisteminin (TKY) / ISO 9000 Kalite Yönetim Sisteminin kurulması kaliteyi ve memnuniyeti arttıracak daha radikal çözümler olabilir.

Anahtar Sözcükler: Hasta Memnuniyeti, Toplam Kalite Yönetimi, Kalite Yönetim Sistemi, Hizmet Akreditasyonu.

Kaynaklar:

1-Hisar K.M., Hisar F.: Sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Kamu Yönetiminde Kalite 3. Ulusal Kongresi,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- S: 199-200, TODAİE Yayını, Ankara, 2003.
2- Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği web sitesi: http://www.skid.org.tr/index.php?option=com_docman&task.Erişim Tarihi: 25.06.2012.
3- İkyworld insan kaynakları yönetimi web sitesi: <http://www.ikyworld.com/kitaplik/hastaneisletmeciligi.txt>Erişim Tarihi:25.06.2012.
4- Wikipedia özgür ansiklopedi web sitesi: http://tr.wikipedia.org/wiki/ISO_9000 Erişim Tarihi: 25.06.2012.
5- Wcs trk uluslararası belgelendirme hizmetleri ltd.şti. web sitesi:http://www.wcs.com.tr/sss_belgelendirme.htm Erişim Tarihi:25.06.2012.
6- Slideshare kalite ve akreditasyon şirketi web sitesi: <http://www.slideshare.net/rajinhear/17020> - Amerika Birleşik Devletleri Erişim Tarihi:25.06.2012.
7- Yönetim sistemlerinin danışmanlık ve eğitim hizmetleri web sitesi:http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm Erişim Tarihi:25.06.2012.
8- Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı web sitesi: http://www.performans.saglik.gov.tr/.../calisanlarin_kalite_algisi.pdf – Erişim Tarihi:25.06.2012.
9- Türk Tabipleri Birliği web sitesi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=265:saik-bakanli-yatakli-tedavkurlari-kurumsal-kaleygeltme-ve-performans-derlendme-yerges&catid=8:ygeler&Itemid=34 Erişim Tarihi:25.06.2012

843

TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARININ SON ON YILLIK GELİŞİMİ VE MEVCUT DURUM ANALİZİ

Elif İşlek, Banu Ayar, Berrak Bora Başara, Uğur Dilmen

Sağlık Bakanlığı

Giriş ve Amaç: Tüm dünyada sağlık sistemlerinin ortak hedefi topluma etkili, verimli, ulaşılabilir ve kaliteli hizmet sunmaktır. Sağlık hizmetlerinin emek yoğun bir sektör olması gerçeği ise bu hedefe ulaşmada, insan kaynağını sistemin en önemli ögesi olarak ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, Dünya Sağlık Örgütü’ne göre toplumun sağlık düzeyini koruyan ve geliştiren kişilerden oluşan sağlık iş gücü, ayrıca sağlık sistemlerinin kalbi olarak da tanımlanmaktadır (1, 2, 3).

Yapılan çalışmalar sağlıkta insan kaynağı (SAİK) düzeyi ve yoğunluğu ile (nüfus başına düşen hekim ve hemşire sayısı gibi) anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızı gibi ülkelerin sağlık durumunu gösteren veriler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (4, 5, 6). Bu sebeple denebilir ki; Sağlık insan gücü bir toplumda iyi sağlık sonuçlarına ulaşabilmenin en önemli unsurudur. Kısacası halk sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde sağlıkta insan kaynaklarının nicelik ve nitelik olarak yeterli olmasına bağlıdır.

Dünyada ve Türkiye’de insan kaynaklarının sağlık sistemleri açısından kritik bir öneme sahip olması konusundaki farkındalık son yıllarda artmıştır (7). Bu sebeple de Türkiye’de sağlıkta insan kaynaklarının iyileştirilmesi amacıyla birçok uygulama başlatılmıştır. Bu uygulamalar her ne kadar sağlık insan gücünün sayısının artırılması, coğrafi dağılımda dengesizliklerin azaltılması ve eğitim kalitesinin yükseltilmesi gibi önemli sonuçlara imza atsa da uluslar arası düzeyde karşılaştırıldığında niceliksel yetersizliklerin varoluşu yadsınamaz bir gerçektir (3,8,10).

Bu çalışma ise Sağlıkta Dönüşüm Programının başlamış olduğu 2002 yılından itibaren Türkiye’de sağlık insan kaynaklarının gelişimi, yıllara göre değişimi ve uluslar arası göstergelerle karşılaştırmasını ortaya koymak ve mevcut durumu analiz etmek amacıyla yürütülmüştür. Çalışma sonuçlarının politika yapımcılara, akademisyenlere ve araştırmacılara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmada ikincil veri kaynakları; Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü İstatistik Daire Başkanlığı tarafından toplanan personel verileri, OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı) ve Dünya Sağlık Örgütü verileri kullanılmıştır. Verilerin analizinde Excel programında tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde ve oran) kullanılmıştır. Bu kapsamda incelenen ölçütler sırasıyla; toplam SAİK sayıları, mesleklere ve sektörler göre sayı ve yüzde dağılımları, 100.000 kişiye düşen SAİK

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sayıları, sağlık alanında öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayıları, sağlık personeli ücret miktarları ve personel ücretlerinin GSYİH'ye oranıdır.

Bulgular: Sağlık Bakanlığı (9) verilerine göre Türkiye'de 2002 yılında sağlık sektöründe çalışan toplam 378.551 kişi bulunmakta iken 2011 yılı itibari ile sağlık sektöründe çalışan toplam 650.092 kişi bulunmaktadır. 2011 yılı sağlık çalışanları sayısının sektörlere göre dağılımı sırasıyla %71,1 (462.252) Sağlık Bakanlığı, %19,3 (125.878) özel sektör ve %9,5 (61.962) üniversite hastaneleri şeklindedir.

Sağlık çalışanlarının meslekler göre sayıları incelendiğinde 2002 yılında 91.949 olan hekim sayısının 126.029'a, hemşire sayısının 72.393'ten 124.982'ye, ebe sayısının 41.479'dan 51.905'e, eczacı sayısının 22.289'dan 26.089'a, diş hekiminin 16.979'dan 21.099'a, diğer sağlık personelinin 50.106'dan 92.784'e ve sağlık hizmetleri dışında çalışan personel sayısının ise 83.356'dan 207.204'e yükseldiği belirlenmiştir.

Türkiye'de İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırmasına göre SAİK yoğunluklarının dağılımı şu şekilde sıralanmaktadır; 100.000 kişiye düşen hekim sayısı Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 2002 yılında 69 iken 2011 yılında 116'ya yükselirken ve İstanbul Bölgesinde 228'den 188'e düşmüştür. 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı ise Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 2002 yılında 103'ten 2011 yılında 179'a ve Batı Marmara Bölgesinde 231'den 259'a yükselmiştir.

SAİK düzeyleri uluslararası verilerle karşılaştırıldığında ülkemizde 2011 yılında 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 169 iken bu sayı, ülkemizin de içinde bulunduğu DSÖ Orta-Üst Gelir Grubu Ülkelerinde 171, Avrupa Birliği Ülkelerinde 326 ve DSÖ Avrupa Bölgesinde 332'dir. Hemşire ve ebe sayısı ise ülkemizde 237, DSÖ Orta-Üst Gelir Grubu Ülkelerinde 261, Avrupa Birliği Ülkelerinde 571 ve DSÖ Avrupa Bölgesinde 650'dir.

Tıp fakültelerinde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı 2011 yılı için 4,2, diş hekimliği fakültelerinde 8,0, eczacılık fakültelerinde 13,9, lisans düzeyinde eğitim veren hemşirelik okullarında 45,8, ebelik okullarında 109,0'dur.

Sağlık personeli ücretleri ise 2002'den (2011 yılına göre reel rakamlar) 2011'e sırasıyla uzman hekimlerde 2.665 TL'den 6.122 TL'ye, pratisyen hekimlerde 1.35 TL'den 4.122 TL'ye, hemşire ve ebelerde 1.133 TL'den 2.065 TL'ye şekilde artış göstermiştir. OECD Ülkelerinde Personel Ücretlerinin Kişi Başı GSYİH'ye Oranı ve 21 ülke içinde Türkiye'nin sırası ise sırasıyla uzman hekimlerde 5,1 ile 2. sırada, pratisyen hekimlerde 2,6 ile 6. sırada, hemşire ve ebelerde 1,6 ile 5. sırada (28 ülke içinde) şeklindedir (12).

Tartışma: Türkiye'de sağlık sektöründe yaklaşık 650.000 kişi çalışmakta olup istihdam açısından bu oldukça büyük bir rakamdır. DSÖ'nün verilerine göre de dünya üzerinde 59 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır (1). Yıllar itibari ile sağlık personeli sayısında artış gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın istihdamın artışına yönelik uyguladığı politikalar ve yeni istihdam modellerinin bu artışa neden olduğu söylenebilir (10).

Sağlıkta insan kaynağı sayısal değerleri ülkedeki sağlık personelinin yeterli olup olmadığını açıklamada kısıtlı kalmakta, bu nedenle karşılaştırma açısından genellikle SAİK düzeyi kullanılmaktadır. SAİK düzeyi farklı kategorilerdeki sağlık çalışanlarının belirli bir zamandaki ülke nüfusu büyüklüğüne oranını ifade etmektedir (8). 2011 yılı itibari 100.000 nüfusa düşen hekim ve hemşire sayılarının uluslararası düzeyde karşılaştırıldığında çok düşük olduğu göze çarpmaktadır. Her ne kadar yıllar itibari ile sağlık personeli sayısında önemli artışlar sağlanmışsa da hemşire başta olmak üzere sağlık çalışanı açığımız ciddi düzeydedir (3,8,10).

SAİK düzeylerinin İBBS bölgelerine göre zaman içindeki değişimi coğrafi olarak dengesiz dağılımlarında düzelme olduğu gözlenmektedir. Örneğin hekim dağılımı açısından en kötü durumdaki bölge ile en kötü durumdaki bölgenin oranı 0,24'ten 0,62'ye yükselmiştir. Bu oran hemşirelerde 0,44'ten 0,70'e yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı özellikle eleman temininde güçlük çekilen bölgelerde sağlık personeli sayısının artırılması için 4924 sayılı yasa, 657 4-b kadrosu gibi farklı istihdam modellerini kullanarak kırsal bölgelerdeki personel sayısını artırmaya yönelik bir dizi girişimde bulunmuştur (10). Bunlara ek olarak uygulanan finansal teşvikler de az gelişmiş bölgelerde sağlık personelinin sayısını olumlu yönde artırmaktadır (11). Her ne kadar dengesiz dağılımda bir düzelme sağlanmışsa da sorun devam etmektedir. Literatürde var olan çalışmalar ve DSÖ'nün raporları sağlık personelinin dengesiz dağılımının tüm dünyada bir sorun olduğuna dikkat çekmektedir (1).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

SAİK düzeylerimiz uluslar arası verilerle karşılaştırıldığında ülkemizdeki insan kaynağı açığı göze çarpmaktadır. SAİK düzeyleri ülkeler arası düzeyde karşılaştırılırken ülkelerin sağlık sistemleri, toplumun demografik ve sosyo kültürel durumu ve sağlık ihtiyaçları göz önünde bulundurulduğunda Avrupa'nın Türkiye'ye göre daha yaşlı bir nüfusun olduğu ve Türkiye'de geleneksel olarak yaşlı bakımının evde aile bireyleri tarafından verildiği görülmektedir. Her ne kadar bu gibi durumlar ülkeler arasında sağlık hizmeti ve sağlık personeli ihtiyacını farklılaştırırsa da ülkemizdeki SAİK eksikliğinin ve özellikle de hemşire açığının kritik düzeyde olduğu yadsınamaz bir gerçektir.

Öğretim elemanı açısından Türkiye'deki tıp fakültelerinin diğer okullardan daha iyi durumda görünmektedir. Öyle ki bu sayı uluslar arası verilerle karşılaştırıldığında ülke olarak tıp fakültelerindeki öğretim üyesi sayısı olarak iyi konumda olduğumuz belirlenmiştir (3). Fakat hemşirelik ve ebelik okulları açısından öğretim elemanı eksikliği ciddi boyuttadır.

Sağlık personelinin maaşları açısından Türkiye OECD ülkeleri arasında üst sıralardadır. Özellikle de 2002'den itibaren personel maaşlarındaki artış (2011 yılına göre reel rakamlar) dikkat çekicidir. Özellikle performans dayalı ödeme sistemi ücret artışındaki önemli bir nedendir (10). Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında yapılan "Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması" sonucuna göre performans dayalı ek ödeme sistemi ele alınması gereken birinci sorun olarak ortaya çıkmış, izin kullanma sırasında ek ödeneğin kesilmesi, meslekler arasında ek ödemede büyük farklılıkların olması ve ek ödemelerin geleceği ile ilgili belirsizlik bu konudaki temel sorunlar olarak tespit edilmiştir (13). Türkiye OECD ülkeleri arasında uzman hekim maaşlarında 2. sırada iken pratisyen hekimlerde 6. ve hemşirelerde 5. sırada yer almaktadır.

Sonuç ve Öneriler: Sonuç olarak yıllar itibari ile Türkiye'de SAİK alanında sayısal artış, dengesiz coğrafi dağılımda düzelme ve öğretim elemanı sayısında artış gözlenmiş olsa da özellikle uluslar arası karşılaştırmalar ışığında sorunların devam ettiği gözlenmektedir. Sorunların çözümü için ilgili paydaşlarla işbirliği içinde detaylı analizler yapılmalı, ileriye dönük makro planlamalar ışığında gelişimler izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta insan kaynakları, sağlık çalışanı sayısı, coğrafi dağılım, personel maaşları

Kaynaklar:

1. World Health Organization (WHO). World Health Report. 2006 p1-10. www.who.int Erişim: 11.06.2012.
2. Hongoro C. ve McPake B. How to bridge the gap in human resources for health, Lancet, 2004;364:1451-1456.
3. Mollahaliloğlu, S., Taşkaya, S., Kosdak, M. A macro view on human resources for health in Turkey. Cah. Socio. Demo. Med., 2010; 50 (4): 411-432.
4. ANAND, S., BÄRNİGHAUSEN, T. (2004) Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. www.thelancet.com Vol 364 October 30.
5. ROBINSON J, WHARRAD H. (2001) The relationship between attendance at birth and maternal mortality rates: an exploration of United Nations' data sets including the ratios of physicians and nurses to population, GNP per capita and female literacy. J Adv Nurs; 34: 445-55.
6. ROBINSON J, WHARRAD H. (2000) Invisible nursing: exploring health outcomes at a global level—relationships between infant and under-5 mortality rates and the distribution of health professionals, GNP per capita, and female literacy. J Adv Nurs; 32: 28-40.
7. Dubois, C.A., McKee, M. and Nolte, E. Human resources for health in Europe. England: Open University Press; 2006 pxxi.
8. Sağlık bakanlığı. Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü Personel Verileri. 2012

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

9. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara: Yücel Ofset Baskı; 2007 p4-20

10. Akdağ, R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010). Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2011; Yayın no:839

11. Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2009 May 29;9:86.

12. OECD Health Data 2012 Veri Tabanı

13. Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Taşkaya, S., (2010) Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması. Araştırma Serisi:3. Sağlık Bakanlığı yayın No:805. Opus Basın Yayın

804

TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE PASİF ÖZELLEŞTİRME

Hakan Tüzün

Kağıthane Toplum Sağlığı Merkezi

Giriş ve Amaç: Finanse eden ve hizmet sunan kuruluşların birbirinden ayrılması, hizmet sunucusu kuruluşların finanse eden kuruluşlar ve hizmet kullanıcılar karşısında birbirleri ile rekabet halinde olmalarını öngören “*yönetilen piyasa*” kavramı sağlık reformlarının temel izlekleri arasında yer almaktadır.

Özelleştirme aktif ve pasif olarak iki biçimde yürütülebilmektedir. “*Aktif özelleştirmede*” kamu ve özel sektörün sorumluluklarındaki değişim doğrudan gerçekleştirilir ve süreç kamu kurumlarının satılması ile belirlenir. “*Pasif özelleştirme*” ise genellikle ekonomik krizler ya da kaynak yetersizliği gerekçe gösterilerek kamu harcamalarında kısıntıya gidildiği dönemlerde, kamu sektörünün büyümesinin kısıtlanması ve özel sektörün payının artışı ile ortaya çıkmaktadır (1).

Bu çalışmada sağlık bakanlığına ait kamu hastaneleri ile özel sektöre ait hastanelerin tedavi edici sağlık hizmetleri alanı içindeki ağırlıklarının ve tedavi edici sağlık kuruluşlarıyla ilgili bazı ölçütlerin zaman içindeki değişiminin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Veri kaynağı olarak kullanılan “Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2010”da, tedavi edici sağlık kuruluşları sağlık bakanlığına, üniversitelere, özel sektöre ve diğerlerine ait olarak sınıflanmaktadır (2). Diğer başlığı altında diğer kamu kuruluşları ve yerel yönetimlere ait hastaneler yer almaktadır. 2002 yılı verileri için SSK’ya (Sosyal Sigortalar Kurumu) ait veriler sağlık bakanlığı verilerine dahil edilerek değerlendirilmektedir. Sosyal güvenlik kuruluşları sağlık harcamaları için SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) 2010 istatistik yılı verilerinden yararlanılmıştır (3).

Bir yatağın yılda kaç hasta tarafından kullanıldığını belirten “yatak devir hızı”, yatan hasta sayısının yatak sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Bir yıl içinde hasta yataklarının ne oranda hasta tarafından kullanıldığını gösteren “yatak doluluk oranı” “(yatılan gün sayısıX100)/ (yatak sayısıX365)” formülü ile hesaplanmaktadır. Bir hasta yatağının kaç gün boş kaldığını gösteren “yatak devir aralığı” “(yatak sayısıX365-yatılan gün sayısı)/taburcu olan ya da ölen hasta sayısı” formülü ile hesaplanmaktadır. “Kaba ölüm hızı” ise bir yıl içinde hastanede ölen hasta sayısının aynı süre içinde ölen ve taburcu olan hastalara oranını binde olarak ifade etmektedir (2).

Bulgular: 2002’den 2010’a dek sağlık bakanlığı hastane sayısında % 8,9, özel hastane sayısında % 80,4 artış olmuş; özel hastanelerin tüm hastanelere oranı % 23,4’den % 33,9’a ulaşmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

2002'den 2010'a dek sağlık bakanlığı hastanelerinin yatak sayısında % 16,7, özel hastanelerin yatak sayısında % 126,6 artış olmuş; özel hastane yatak sayısının toplam yatak sayısına oranı % 7,8'den % 14'e çıkmıştır.

2002'den 2010'a dek başvuru sayısında sağlık bakanlığı hastanelerinde % 114,2, özel hastanelerde % 737,5 artış olmuş; özel hastane başvurularının tedavi edici sağlık hizmetleri için toplam başvuru sayısına oranı % 4,6'den % 15,7'ye ulaşmıştır.

Birinci basamak sağlık kuruluşu başvurularını ve tedavi edici sağlık hizmeti başvurularını içeren toplam başvuru sayısı dikkate alınarak, ilgili sağlık kuruluşu başvurusunun toplam başvurusu sayısına oranına bakıldığında 2002'den 2010'a değin birinci basamak sağlık kuruluşları için (sağlık ocakları, aile sağlığı merkezleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile planlama Merkezleri, Verem Savaş Dispanserlerini içerecek biçimde) % 32,5'ten % 39,6'ya, sağlık bakanlığı hastaneleri için %59,6'dan % 46,8'e, özel hastaneler için % 3,1'den % 9,5'e değişim görülmektedir.

2002'den 2010'a değin yatan hasta sayısında sağlık bakanlığı hastanelerinde % 52,5, özel hastanelerde % 377,6 artış olmuş; özel hastane yatan hasta sayısının toplam yatan hasta sayısına oranı % 10,1'den % 25,2'ye ulaşmıştır.

Ortalama yatış günü özel hastanelerde sağlık bakanlığı hastanelerine göre daha düşüktür. 2002'den 2010'a dek yatan hasta ortalama kalış gününde sağlık bakanlığı hastanelerinde % 22,8 (5,7 den 4,4'e), özel hastanelerde % 35,5'lik (3,1 den 2,0'a) azalma meydana gelmiştir.

2002'den 2010'a değin yatak doluluk oranlarında sağlık bakanlığı hastanelerinde % 1,6'lık (% 63,4'den % 64,4'ye), özel hastanelerde % 58,8'lik (% 32,0'dan % 50,8'e) artış sağlanmıştır.

Yatak devir hızı 2002'de sağlık bakanlığı hastanelerinde daha yüksekken 2010'da özel hastanelerde daha yüksektir. 2002'den 2010'a dek yatak devir hızında sağlık bakanlığı hastanelerinde % 30,8'lik (40,6'dan 53,1'e), özel hastanelerde % 142,9'luk (37,5'den 91,1'e) artış sağlanmıştır.

Yatak devir aralığında sağlık bakanlığı hastanelerinde % 27,2'lik (3,3 günden 2,4 güne), özel hastanelerde % 69,7'lik (6,6 günden 2,7 güne) düşüş meydana gelmiştir.

2010 için 10 bin tedavi başvurusuna düşen MR görüntüleme sayısı sağlık bakanlığı hastaneleri için 151,7, özel hastaneler için 334,5; BT görüntüleme sayısı sağlık bakanlığı hastanelerinde 209,2, özel hastanelerde 313,5'dir.

Kaba ölüm hızı sağlık bakanlığı hastanelerinde (2002'de binde 15, 2010'da binde 13,2) özel hastanelere (2002'de binde 9,6, 2010'da binde 8,7) göre daha yüksektir.

Diğer yandan sosyal güvenlik kuruluşlarınca yapılan tedavi edici sağlık harcamalarının sağlık kuruluşlarına göre değişimine bakıldığında, 2001'den 2010'a dek kamu hastanelerinin payının % 65,9'dan % 51,9'a, özel hastanelerin payının % 15,8'den % 28,4'e, üniversite hastanelerinin payının % 18,3'ten % 19,3'e değiştiği gözlenmektedir (2010 verileri için tedavi edici sağlık harcamalarının % 0,5'i diğer başlığı altında yer almaktadır).

Tartışma ve Sonuç: 2002-2010 döneminde gerek hastane ve yatak sayılarında, gerekse ayaktan ve yatılı sağlık hizmeti başvurularında özel hastanelerin ağırlığında önemli bir artış olduğu görülmektedir. Özel hastanelerin tüm hastanelere oranı % 23,4'den % 33,9'a, özel hastane yatak sayısının toplam yatak sayısına oranı % 7,8'den %33,9'a, özel hastane yatan hasta sayısının toplam yatan hasta sayısına oranı % 10,1'den % 25,2'ye, özel hastane başvurularının tedavi edici sağlık hizmetleri için toplam başvuru sayısına oranı % 4,6'den % 15,7'ye, çıkmıştır. Veriler tedavi edici sağlık kuruluşlarıyla ilgili pasif özelleştirme süreci içinde olduğunu göstermektedir. Türkiye'de gerçekleştirilen sağlık reformları çerçevesinde bir yandan kamu sosyal güvenlik sigortaları tek çatı altında toplanırken, diğer yandan kullanıcıların kamu sağlık sigortası ile kamunun yanı sıra özel sektörden hastanelerinden hizmet alabilmesini sağlayan düzenlemeler getirilmiştir. Özel sektör hastanelerinin tedavi edici sağlık hizmetleri içindeki ağırlığının fiziksel artışının, bu düzenlemeler üzerinden başvuru sayısı artışıyla buluştuğu söylenebilir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

2002'den 2010'a kadar birinci basamak sağlık kuruluşu başvurularının toplam başvuru sayısına oranının % 32,5'den % 39,6'ya, özel sağlık kuruluşu başvurularını toplam başvuru sayısında oranının % 3,1'den %9,5'e ulaşılması; bir yandan birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda yapılan köklü değişikliklere karşın kullanıcıları bu kuruluşlara yönlendirmede birinci başmağın kazanması beklenen ağırlıkla orantılı bir artış sağlanmadığını gösterirken, diğer yandan özel sağlık kuruluşu başvurularında meydana gelen 3 kata yakın artış reformlar çerçevesinde yapılan değişikliklerin kullanıcıları özel sağlık kuruluşlarına yönlendirmede başarılı olduğunu göstermektedir.

Yatak doluluk oranlarında ve yatak devir hızlarındaki önemli artış ve yatak devir aralığında meydana gelen önemli düşüşler özel hastanelerin kapasite kullanımlarında da dikkate değer artış olduğunu göstermektedir. Özel hastaneler 2002'den 2010'a dek yatak devir hızında sağlık bakanlığı hastanelerini geçmişler, yatak doluluk oranı ve yatak devir aralığı bakımından ise aradaki farkı belirgin olarak azaltmışlardır. Bu sonuçlar kamu sağlık güvencesi aracılığı ile özel hastane başvurusunu olanaklı kılan düzenlemelerin bir sonucu olarak görülebilir. Finansman yöntemindeki düzenleme ile birlikte bu sonuçlar aynı zamanda sağlık hizmeti sunumuna özel sektörün daha çok müdahil olmasını sağlayan uygun alt yapının oluşturulduğunun kanıtı olarak da ele alınabilir. Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran bir özelliği "*talep belirsizliği*" olmasıdır. Sigorta sistemi, hizmet kullanıcı açısından olası sağlık sorunlarına karşın finansal güvence sağlarken, sağlık hizmet üreticisi açısından da finansal belirsizliği ortadan kaldırarak üretimin sürekliliğini garanti altına almakta, özel sağlık hizmet sunucuları için üretecekleri hizmetin satın alınacağına dair garanti sağlamaktadır (1).

Başvuru başına MR ve BT görüntüleme sayısının özel hastanelerde kamu hastanelerine göre yüksekliği "*arzın uyandırdığı talebin*" bir sonucu olarak da değerlendirilebilir. Özel sağlık hizmeti sunucularına olan talep artışının ne kadarının gerçek sağlık gereksinimlerinden, ne kadarının arzın uyandırdığı talepten kaynaklandığıyla ilgili hizmet kullanım araştırmalarının yapılması önerilebilir.

Kaba ölüm hızlarının özel hastanelerde sağlık bakanlığı hastanelerine göre daha düşük olması, özel hastanelerin komplikasyon oluşması olasılığı daha düşük hastaları seçme eğiliminde oluşlarının bir sonucu olarak meydana gelmiş olabilir. Bu durum özel sağlık kuruluşu başvurularını kapsayan sağlık hizmeti kullanım araştırmalarının olası etik sorunları da ortaya çıkarmaya yönelik bir dikkati içermesi gerektiğine işaret etmektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde pasif özelleştirmenin sonucu olarak değerlendirilebilecek biçimde, sosyal güvenlik tedavi edici sağlık harcamalarının sağlık kuruluşlarına göre dağılımına bakıldığında, zaman içinde özel sektörün payı artarken kamu hastanelerinin payının azaldığı görülmektedir. İktisadi bir bakış açısı ile bu durum sağlığa ayrılan kaynakların sermaye birikim süreçleri tarafından içerildiğini düşündürmektedir.

Hizmet sunucu kuruluşların aktif ya da pasif olarak özelleştirilmesi ve piyasa koşulları içinde bağımsız hareket eden aktörler haline getirilmesi, liberal politikalar tarafından güdülenen sağlık reformlarının ana amaçları arasında yer almaktadır. Öte yandan sağlıkta özelleştirmenin gerek toplumun sağlık düzeyinde gerek sağlık hizmetlerine erişimde beliren sağlık eşitsizliklerinin temel nedenleri arasında yer aldığı bilinmektedir (1,4,5). Diğer taraftan da sağlık çalışanları bakımından sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sonrası olumsuzluklar yaşanabilmektedir (6). Sağlık reformunun sonuçları izlenirken tedavi edici sağlık kuruluşlarında yaşana pasif özelleştirmelerin, sağlık reformlarının gidiş doğrultusunda yaşanması olası aktif özelleştirmelerin boyutları ve sağlık eşitsizlikleri ile ilgili sonuçları gözden kaçırılmamalıdır.

Anahtar Sözcükler: "tedavi edici sağlık hizmetleri", "pasif özelleştirme", "özel hastane", "yönetilen piyasa", "arzın uyandırdığı talep"

Kaynaklar:

1. Nalçacı E. , Hamzaoğlu O. , Özalp E. Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü, Nazım Kitaplığı, Nisan 2006.
2. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Sağlık Bakanlığı
3. SGK istatistik yılı, 2010. www. sgk. gov. tr

4. Aksan H.A.D, Ergin I., Ocek Z. The change in capacity and service delivery at public and private hospitals in Turkey: A closer look at regional differences. BMC Health Services Research 2010, 10:300

5. Yıldırım HH, Hughes D, Yıldırım T. Markets, modernisation and national interest: three faces of patient choice policy in Turkey. Health Soc Care Community. 2011 Mar;19(2):168-77. doi: 10.1111/j.1365-2524.2010.00956.x. Epub 2010 Sep 29.

6. Zuberi DM, Ptashnick MB. The deleterious consequences of privatization and outsourcing for hospital support work: the experiences of contracted-out hospital cleaners and dietary aids in Vancouver, Canada. Soc Sci Med. 2011 Mar;72(6):907-11. Epub 2011 Jan 27

916

ŞANLIURFA'DA GEBELERDE HBsAg TESTİ İSTEMİNİ ARTTIRMAYA YÖNELİK MÜDAHALE ÇALIŞMASI

İbrahim Koruk, Süda Tekin Koruk, Suzan Havlioğlu, Muharrem Öncül, Mustafa Açar, Seher Kutlu, Burcu Kara

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Hepatit B virüsü (HBV) akut hepatitin yanı sıra kronik hepatite de neden olmaktadır. Kronik HBV enfeksiyonu, düşük viremi ile seyreden inaktif taşıyıcılıktan karaciğer sirozu ve hepatoselüler karsinomaya (HCC) kadar değişebilen bir seyir izlemesi nedeniyle tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir halk sağlığı sorunudur

HBeAg pozitif anneden doğan bebeklerin %70-90'ı enfekte olur ve bunlarda enfeksiyon %90 kronikleşir. HBeAg negatif anneden doğan bebeklerin %10-40'ı enfekte olur ve enfeksiyon %40-70'inde kronikleşir. Bu nedenle CDC, tüm gebelerin HBsAg yönünden tetkik edilmesini ve doğumda bebeklere aşı ile birlikte HBIG uygulanmasını önermektedir. Türkiye'de , birinci basamakta doğum öncesi bakım hizmetleri Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Protokolü Genelgesi 2008/13'ün ekinde düzenlenen Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre yürütülmektedir. HBs Ag testi, genelge ekindeki rehberde bulunmazken isabetli bir kararla 2009 tarihli yayınlanan rehberde yer almıştır. Ancak, tüm gebelere HBs Ag testinin yapıldığını söylemek henüz mümkün değildir.

Şanlıurfa'da kent merkezinde topluma, berber ve kuaförlere, dış hekimlerine yönelik araştırmalarda hepatit B sıklığının 3.4 ile 4.2 arasında değiştiği belirtilmektedir. Bu araştırmalarda göze çarpan dikkat çeken en önemli bulgulardan birisi hepatit B taşıyıcılarında ailede hepatit B öyküsünün bulunmasıdır. Bu nedenle gebelerde HBsAg testinin yapılması ve annesinde HBsAg testi pozitif olan yenidoğanlara aşı ve Hepatit B hiper immün globülin(HBIG) uygulanması gerekmektedir.

Şanlıurfa'da Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde yapılan ve çok başarılı sonuçlar elde edilen müdahalede gebelerden HBsAg testi istemi müdahale sonrası 6 kat, HBIG uygulaması 2 kat, hepatit B aşısı uygulaması 1.2 kat artmıştır. Ancak bu sonuçlara rağmen annesinde HBsAg pozitifliği olan 355 yenidoğana HBIG uygulanmamıştır. Aynı araştırmada 2066 yenidoğanın da hepatit B aşısının ilk dozunu almadan hastaneden ayrıldığı tespit edilmiştir. Bu durum bu müdahalenin tüm ilde ve birinci basamak destekli yapılması gerekliliği ortaya koymuştur.

Bu çalışma ile Şanlıurfa'da aile hekimlerine kayıtlı gebelerde HBsAg tetkiki istemini arttırmaya yönelik yapılan bir dizi uygulamanın etkinliğini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Öncesi-Sonrası tipinde müdahale araştırmasıdır. Haziran 2011 ve Haziran 2012 tarihleri arasında yapılmıştır.

Müdahale öncesi ve sonrası dönemde Aile Hekimliği Bilgi Sistemine(AHBS) kayıtlı tüm gebeler araştırmaya alınmıştır. Belirtilen sürelerde aile hekimleri tarafından izlenmiş ya da izlenmekte olan tüm gebelere ait HBsAg test yaptırma durumu ve test sonuçları AHBS'den elde edilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, HBsAg testi yaptırma düzeyi ve HBsAg pozitiflik durumudur.

Şanlıurfa'da aile hekimliği uygulamasının 2010 Aralık ayında başlaması ile tespit edilen gebelere ait izlemler ve kayıtlar aile hekimlerine devredilmiştir. Müdahale öncesi dönem aile hekimliği uygulamasının Haziran 2011'e kadar olan ilk 7 aylık dönemini kapsamaktadır. Mevcut durumu tespit etmede bu sürenin yeterli olacağı kanısı ve çalışmanın hizmet boyutunun daha fazla geç kalmaması için müdahale öncesi dönem kısa tutulmak zorunda kalmıştır. Müdahale sonrası dönem ise Temmuz 2011'den Haziran 2012'ye kadar olan 1 yıllık dönemi kapsamaktadır.

Müdahale çalışmaları;

1. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalından birer öğretim üyesinin teklifi sonucunda Şanlıurfa Sağlık Müdürü, ilgili sağlık müdür yardımcısı, bulaşıcı hastalıklar şube müdürü ve ilgili öğretim üyelerinin katılımı ile yapılan toplantıda durumun tartışılması, tarafların sorumluluklarının ve yol haritasının belirlenmesi.

2. Mevcut durumu belirlemek için hazırlanan 3 maddelik bilgi formunun Şanlıurfa Sağlık Müdürlüğü tarafından aile hekimlerine gönderilmesi ve toplanması.

3.Şanlıurfa'daki aile hekimlerinin Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim üyeleri tarafından hazırlanan bir hizmet içi eğitim çalışmasına katılması. İl merkezi ve ilçelerde görev yapan 450 aile hekiminden 233'ü eğitim toplantısına katılmıştır. Katılım düzeyi % 51.8 olmuştur.

4. Harran Üniversitesi Öğretim üyeleri tarafından konuyu ele alan poster ve A4 büyüklüğünde yapıştırmalı etiketlerin hazırlanması ve bastırılması.

5. Hazırlanan poster ve yapıştırmalı etiketlerin eğitimden 1 ay sonra Şanlıurfa Sağlık Müdürlüğü tarafından tüm aile sağlığı merkezlerine asılması.

6. Çalışmadan 3 ay sonra hazırlanan bir bilgilendirme yazısının Şanlıurfa Sağlık Müdürlüğü tarafından tüm aile hekimlerine gönderilerek konunun yeniden hatırlatılması

7. Temmuz ayının ilk iki haftası içerisinde daha önceden uygulanan 3 maddelik bilgi formunun tekrar uygulanması.

8. Müdahale öncesi ve sonrası dönemlere ait verilerin analiz edilmesini, içermektedir.

Bulgular: 2011 yılında Haziran ayı itibarı ile aile hekimleri tarafından izlenmiş ya da izlenmekte olan gebe sayısı 15064'tür. Bu gebelerden %25.8(n=3888)'inin aile hekimleri ya da başka bir hekim tarafından yaptırılmış HBsAg test sonuçları vardır. Test yaptırılanlar içinde HBsAg pozitif olanlar %2.5(n=97)'dir.

2012 yılı Temmuz ayına kadar 1 yıllık süre içinde aile hekimleri tarafından izlenmiş ya da izlenmekte olan gebe sayısı 51822'dir. Gebelerin %61.8(n=32001)'ine HBsAg testi yaptırılmıştır. HBsAg pozitifliği %1.3(n=429)'tür.

2011 ve 2012 yılları arasında HBsAg testi yaptırma düzeyi %25.8'den %61.8'e yükselmiştir(Ki kare=31.19 P<0.001). Bu müdahalenin etkinlik oranı 2.4 olarak hesaplanmıştır.

Tartışma ve Sonuçlar: Nitekim yapılan çalışmalarla Şanlıurfa'da aile hekimlerinin gebelerden HBsAg testi istemi 2.6 kat artarak oldukça iyi bir düzeye yükseltilmiştir. Benzer şekilde başarılı bir sonuç Şanlıurfa'da Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde yapılan bir müdahale çalışmasında da elde edilmiştir(1).

Akademik işbirliği ile sağlık çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitim çalışmaları önemli bir müdahale stratejisidir. Bu tür müdahalelerin diğer enfeksiyon hastalıklarına yönelik çalışmalarda etkinliği gösterilmiştir(2).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sağlık personeline yönelik sürekli eğitim çalışmalarının sağlık hizmetlerinin niteliğini arttırdığı gibi, tıbbi hata olasılığını da azaltmaktadır(3,4).

Değişik gerekçelerle eğitime katılmaya hekimler olmuştur. HBsAg test isteminin %60 düzeyinde kalmasında bu durumun bir etkisi olabilir.

Sonuç olarak hizmet içi eğitim programları akademi işbirliği ile sürdürülmeli ve bu eğitimlere herkesin katılımını sağlayacak şartlar oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, müdahale, tarama

Kaynaklar:

1. Koruk I, Tekin Koruk S, Cicek Copur O, Simsek Z. An intervention study to improve HBsAg testing and preventive practice for hepatitis B in an Obstetrics Hospital. TAF Preventive Medicine Bulletin 2011, 10: 287-292.
2. Goetz MB, Hoang T, Bowman C, et al. A System-wide Intervention to Improve HIV Testing in the Veterans Health Administration. J Gen Intern Med. 2008; 23(8): 1200–1207.
3. Thomas A N, Boxall E M, Laha S K. An educational and audit tool to reduce prescribing error in intensive care. Qual Saf Health Care. 2008; 17(5): 360–363.
4. Ferreira CT, da Silveira TR. Viral hepatitis prevention by immunization. J Pediatr(Rio J). 2006; 82(3): 55-66.

390

ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINA YÖNELİK MEMNUNİYET ALGILARI

Gülşah Yapıcı¹, Ferruh Ayoğlu²

¹Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi, ²Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Giriş ve Amaç: Sağlık reformları, sağlık hizmetlerinin sunumundan finansmanına kadar çok sayıda alanda sağlık hizmeti sunucularını ve hizmetten yararlananları etkileyecek uygulamalar içermektedir ve özellikle 1980'li yıllardan itibaren küresel ölçekte pek çok ülkede uygulanmaya başlamıştır. Söz konusu küresel ölçekli sürecin ülkemizdeki yansıması Sağlıkta Dönüşüm Programıdır. Sağlık reformları ve sonuçları ile ilgili tartışmalar genellikle hekimler ve hekimlerin çalışma ortamı üzerinden yürütülmekte/yönlendirilmekte, bu durum diğer sağlık çalışanlarını dışlayan/yok sayan önemli yanlıgilara neden olmaktadır. Hizmet sunumunun farklı aşamalarında görev alan farklı sağlık çalışanlarının reformlar ve sonuçlarına yönelik değerlendirmelerinin incelenmesi bu alanda yaşanan eksikliklerin giderilmesine ve konunun daha bütüncül bir biçimde irdelenmesine katkı sağlayacaktır. Çalışma, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıkta dönüşüm programı ve alt bileşenlerine yönelik memnuniyet algılarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır ve Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında gebelik, hastalık, vb. nedenlerle uzun süreli olarak izinli ya da raporlu bulunanlar dışında, 15-22 Nisan 2012 tarihlerinde kurumda aktif olarak çalışmakta olan 300 hemşirenin tümüne ulaşılarak araştırma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden 225 (%75) hemşireden araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunu doldurması istenmiştir. Çalışmaya katılan ancak anket formunda yer alan sorulardan herhangi birine yanıt vermemiş olan 15 hemşire çalışma kapsamından çıkartılmış ve araştırma 210 (%70) katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Toplam 36 soru içeren anket formunun son 15 sorusunda katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bileşenlerine yönelik memnuniyet algılarını kesinlikle katılmıyorum (0 puan), katılmıyorum (1 puan), kararsızım (2 puan), katılıyorum (3 puan) ve kesinlikle katılıyorum (4 puan) seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların bu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sorulara verdiği yanıtlara ait puanlar toplanmış ve 60 tam puan 100 puan olacak şekilde dönüştürülerek sağlıkta dönüşüm programı memnuniyet puanı (SDPMP) hesaplanmıştır. Ortalama değerler “aritmetik ortalama±standart sapma” şeklinde gösterilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda ANOVA varyans analizi, Kruskal-Wallis varyans analizi, bağımsız örneklerde t testi kullanılmış, analiz sonuçları %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 210 hemşirenin ortalama yaşı 29.5±3.5 olarak saptandı, ortalama mesleki deneyim 6.8±3.7 yıl, haftalık ortalama çalışma süresi 53.2±11.6 saattir. Katılımcıların %82.4’ü (n=173) kadın, %58.1’i (n=122) evli, %71’i (n=149) lisans ve lisansüstü eğitilmiş iken, %71.9’u (n=151) nöbet sistemi ile çalışmaktadır ve %84.8’i (n=178) sendika, %10’u (n=21) mesleki dernek üyesidir. Katılımcıların %32.4’ü (n=68) dahili kliniklerde, %35.2’si (n=74) cerrahi kliniklerde, %13.8’i (n=29) yoğun bakım ünitelerinde, %18.6’sı (n=39) diğer bölümlerde çalışmaktadır.

Katılımcıların %69.5’i (n=146) Sağlıkta Dönüşüm Programı, %41.9’u (n=88) 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, %56.6’sı (n=119) kamu hastaneleri birliği, %89.6’sı (n=188) aile hekimliği uygulamaları, %81.9’u (n=172) performans dayalı ek ücret uygulaması hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların hangi kaynaklardan bilgi aldıkları incelendiğinde, Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkındaki bilgilerin %31.5 Sağlık Bakanlığı internet sitesi, %29.5 gazete, %21.9 diğer internet siteleri, %19.9 televizyon, %26 iş arkadaşları, %13 sendikalar aracılığıyla edinilmiştir. Bilgi edinme kaynakları sırasıyla 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname için %44.3, %55.7, %36.4, %29.5, %39.8 ve %23.9, kamu hastaneleri birliği için %40.3, %58, %44.5, %37, %50.4 ve %28.6, aile hekimliği uygulamaları için %39.4, %57.4, %37.2, %54.3, %58.5 ve %18.1, performans dayalı ek ücret uygulaması için %32, %44.8, %26.7, %30.8, %68 ve %41.3 olarak izlenmiştir.

Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı ve yapısal bileşenlerine yönelik memnuniyet algılarının değerlendirildiği ortalama SDPMP 37.0±19.3’dür ve %70’i (n=147) gelirlerinin bir yıl öncesine göre azaldığını, %71.9’u (n=151) ise çalışma koşullarının bir yıl öncesine göre daha kötü olduğunu belirtmiştir. Ortalama SDPMP kadınlarda 36.8±19.6, erkeklerde 38.2±18.3 (p=0.685); evlilerde 35.4±19.5, evli olmayanlarda 39.2±19.0 (p=0.162); lise mezunlarında 41.2±21.6, önlisans mezunlarında 34.3±24.4, lisan ve lisans üstü mezunlarında 36.0±18.0 (p=0.816); otuz yaş altında 37.3±17.7, otuz yaş üstünde 36.7±21.4 (p=0.816); mesleki deneyimi 5 yılın altında olanlarda 37.7±19.3, 5-9 yıl olanlarda 37.0±17.3, 10 yıl ve üstü olanlarda 36.2±22.8 (p=0.917); dahili kliniklerde çalışanlarda 40.0±19.8, cerrahi kliniklerde çalışanlarda 36.3±18.2, yoğun bakım ünitelerinde çalışanlarda 32.9±20.9, diğer bölümlerde çalışanlarda 36.2±19.6 (p=0.646); haftalık çalışma süresi 40 saat olanlarda 35.5±18.2, 41-72 saat olanlarda 37.7±20.7, 72 saatten fazla olanlarda 36.2±15.9 (p=0.788); gündüz mesaisinde çalışanlarda 36.5±18.0, nöbet sistemi ile çalışanlarda 37.2±20.0 (p=0.816) olarak saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı, 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve kamu hastaneleri birliği’ne yönelik bilgi edinmişlikleri görece düşük (sırasıyla %69.5, %41.9 ve %56.6) olmakla birlikte bu oran aile hekimliği uygulamaları için %89.6, performans dayalı ek ödeme için %81.9’dur. Bu anlamda, katılımcılar gelirlerini doğrudan etkileyen ek ödeme uygulamaları ve sağlık reformlarının başlangıcını oluşturan aile hekimliği uygulamaları ile karşılaştırıldığında, görece yeni bir gündem olan kamu hastaneleri birliği ile sağlık reformlarının bütüncül çerçevesini oluşturan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname hakkında daha az bilgiye sahiptir. Bu durum, sağlık personelinin konuyu bütüncül değerlendirmek yerine doğrudan kendisini etkileyen alt bileşenlere görece daha yoğun ilgi gösterdiğini düşündürmektedir.

Katılımcıların en çok bilgi edindikleri kaynak olarak internet, gazete ve iş arkadaşları dikkati çekmektedir. İnternet aracılığıyla bilgi edinmede sağlık reformlarının ana uygulayıcısı konumundaki Sağlık Bakanlığı’nın internet sitesinin kullanımı belirgin bir ağırlığa sahiptir. Katılımcıların internet aracılığıyla bilgi edinmeleri, internetin günümüzdeki yaygın kullanımı dikkate alındığında beklendik bir durumu yansıtmaktadır. Bununla birlikte, sendikalar aracılığıyla bilgi edinmede performans dayalı ek ödeme konusunun ön plana çıkması dikkat çekicidir. Yüksek sendikalaşma oranına karşın, sendika aracılığıyla bilgi edinmenin doğrudan ücret/gelir ile ilgili bir konuda yoğunlaşması daha önce de ifade edilen “alt bileşenlere yönelik yoğun ilgi” ile uyumlu olmakla birlikte, sendikaların bu alanda daha yoğun bilgi aktarmasına ya da kişilerin sendikalara bu alanda yoğun bilgi başvurusunda bulunmasına bağlı olabilir.

Katılımcıların %70’i son bir yılda gelirinin gerilediğini, %71.9’u da çalışma koşullarının kötüleştiğini düşünmektedir ve her iki alanı da yakından etkileyen Sağlıkta Dönüşüm Programı ve alt bileşenlerine yönelik

memnuniyet algıları düşüktür; katılımcıların çalışma özelliklerine göre de anlamlı farklılık izlenmemektedir. Gelir ve çalışma koşullarında olumsuz değişim algısı reform uygulamalarına yönelik memnuniyet algısında önemli bir olumsuzluğa yol açabilir. Bu durum, sağlık reformlarının sadece hizmet sunumu ya da hizmetten yararlananlar açısından değil, hizmeti sunanlara yönelik etkileriyle birlikte bütüncül bir biçimde tartışılması ve yorumlanması gerektiğini destekleyici niteliktedir.

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının reform uygulamalarına yönelik bilgilerinin alt bileşenlerle birlikte bütüncül çerçeveye yönelik olarak yaygınlaştırılması, reform tartışmalarının dar/kısıtlı çerçevelerden kurtarılmasına, sağlık reformlarının ve aslında sağlık reformlarının da bir alt bileşen olarak yer aldığı kamu reformlarının ve küreselleşme sürecinin bütüncül olarak tartışılmasına olumlu katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Sağlıkta Dönüşüm Programı, hemşire, memnuniyet.

925

ZORUNLU HİZMET YAPAN HEKİMLERİN VE YENİ MEZUN HEKİMLERİN YURTDIŞINA GÖÇ KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİ

Salih Mollahaliloğlu, Ülger Aydoğan¹, Mustafa Kosdak, Hasan Gökhan Öncül

¹T.C. Sağlık Bakanlığı-Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Hekimlerin uluslararası göçü uzun yıllardır devam eden ve sağlıkta insan kaynakları politikalarının oluşturulmasında ve geliştirilmesinde giderek önemi artan bir konudur. Türkiye’de ise hekim göçlerine ilişkin resmi kayıtlar mevcut değildir, bununla birlikte alıcı ülkelerin kayıtlarından ve tahminlerden yola çıkılarak zaman zaman yapılmış çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Ancak bu araştırmaların çoğu hekimlerin görüşlerini incelemek ve göçe iten nedenleri araştırmaktan ziyade göçlere ilişkin sınırlı sayısal bilgi elde etmeye yöneliktir. Elde edilen sayısal sonuçlar ise Türkiye’de de hekim göçünün ileride sorun olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle göçleri azaltıcı ve hekimleri kendi ülkelerinde çalışmaya teşvik edici politikaların geliştirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Göçlerin kalıcı bir nitelik kazanmasının önlenmesi ve gelişmiş ülkelerden bilgi ve teknoloji aktarımını sağlayacak geçici göçlere dönüştürülebilmesi de bu bağlamda büyük önem arz etmektedir.

Bu çalışma ile Türkiye’de yeni mezun henüz göreve başlamamış pratisyen hekimler ile göreve yeni başlamış zorunlu hizmetini yapan pratisyen hekimlerin yurt dışında çalışma ve/veya eğitim alma görüşlerinde etkili olabilecek nedenleri araştırmak ve hekim göçünü azaltmaya yönelik olarak geliştirilebilecek politikalara ışık tutmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın bir bölümü yeni mezun henüz göreve başlamamış pratisyen hekimleri, diğer bölümü ise zorunlu hizmetini yapan, görev süresi 0-24 ay arasında değişen pratisyen hekimleri kapsamaktadır.

Yeni mezun hekimleri kapsayan çalışma Eylül 2009 ve Kasım 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. 2009 yılında mezun olan ve Sağlık Bakanlığı’nın açıktan atama kuralarına başvuran toplam 4753 yeni mezun henüz göreve başlamamış hekimden 3690’ı on-line soru formunu yanıtlamıştır (Yanıtlama oranı= %77.6). Mesleğe yeni başlamış ve zorunlu hizmetini yapan pratisyen hekimleri kapsayan çalışma ise Ekim 2009 - Nisan 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Türkiye’deki 81 ildeki İl Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla zorunlu hizmet yapan, görev süresi 0 ile 24 ay arasında değişen pratisyen hekimlere soru formu gönderilmiştir. Gönüllü 2146 pratisyen hekim soru formunu yanıtlamıştır.

Göç isteği ile ilişkili olabilecek değişkenler ki-kare analizi ile araştırılmıştır. P değeri 0.05’e eşit ve küçük olan değişkenler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS 15(SPSS, Chicago, IL, USA) programı kullanılmıştır.

Bulgular: I. Bölüm: Yeni Mezun Henüz Göreve Başlamamış Pratisyen Hekimler

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışmaya katılan yeni mezun olmuş pratisyen hekimlerin yaşları 22 ile 35 arasında olup ortanca yaş 24'tür. Hekimlerin %52.5'ini erkekler, %47.5'ini kadınlar oluşturmaktadır. Hekimlerin %54.6'sı meslekleri ile ilgili olarak eğitim ya da çalışma amacıyla yurt dışına gitmek istediklerini belirtmiştir. Buna karşın göç etmek isteyen hekimlerin %77.4'ü bu konuda herhangi bir girişimde bulunmadığını belirtmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan hekimlerin %80.8'i daha önce hiç yurt dışına çıkmadığını belirtmiştir. Yurt dışına çıkmış hekimlerin ise %51'i akraba ziyareti, tatil veya turistik gezi gibi amaçlarla, %15.1'i kısa süreli eğitim amacıyla, %9.0'u staj yapmak amacıyla çıkmıştır. Uzun süreli eğitim amacıyla giden hekimlerin oranı %5.8'dir. Bununla birlikte daha önce yurt dışına çıkmış olanlarda göç etmek isteyenlerin oranı %70.0'tir. Genel olarak bakıldığında hekimlerin %70.2'si çalışma koşullarının göç isteğinde en önemli faktör olduğunu düşünmektedir. Ardından sırasıyla yurt dışında sosyal olanakların daha fazla olması (%19.8), ücretin daha fazla olması (%6.3) ve çocuklara daha kaliteli eğitim imkanının (%3.6) sağlanması gelmektedir. Çalışma koşullarının göçte en önemli neden olduğunu düşünen hekimlerin ise %96.2'si yurt dışında çalışmayı/eğitim almayı istemektedir.

Ki-kare analizi sonucunda ise göç isteği ile cinsiyet, yabancı dil seviyesi, daha önce yurt dışına gitmiş olma durumu, gittiğinde yanında kalabileceği bir yakınının olması, ailesinin aylık geliri ve ücret beklentisi durumu arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Erkek hekimler kadın meslektaşlarına göre, yüksek gelirli ailelerden gelen hekimler daha düşük gelirli ailelerden gelen hekimlere göre daha çok göç etme eğilimindedir. Hekimlerin mezun oldukları lise türünün ise göç tercihi üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmüştür ($p > 0,455$).

II. Bölüm: Mesleğe Yeni Başlamış Hekimler

Çalışmaya katılan hekimlerin yaşları 23 ile 35 arasında değişmektedir ve ortanca yaş 30'dur. Bununla birlikte %39.8'ini kadınlar, %60.2'sini erkekler oluşturmaktadır. Ayrıca hekimlerin %22.3'ü evli, %77.5'i bekar ve %0.3'ü dul/boşanmıştır.

Hekimlerin %38.7'sinin eğitim ya da çalışma amaçlarından en az biri için yurtdışına gitmek istediği görülmüştür. Göç etmek isteyen hekimlerin ise %67.6'sının bu konuda herhangi bir girişimi olmamıştır. Göçü teşvik eden en önemli faktörün çalışma koşulları olduğunu düşünenlerin oranı %61.1'dir. %27.0'si daha fazla sosyal imkanların bulunmasını, %10.0'u ücretlerin daha yüksek olmasını, %2.0'si ise çocuklarının eğitimi konusunda daha iyi imkanlar olmasını önemli görmektedir. Ki-kare analizi sonucunda cinsiyet, medeni durum, eşin çalışıp çalışmama durumu, hekimin ailesinin aylık geliri, İngilizce bilgisi ve ücret beklentisi ile göç etme isteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p < 0,05$) Göç etmek isteyen erkek hekimlerin oranının, kadın hekimlere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca evlilerin ve eşi çalışan hekimlerin göç konusunda daha isteksiz oldukları da dikkat çekmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığının illerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeylerine göre belirlediği 6 bölge sınıflaması dikkate alınarak doğum yerinin ve mezun olunan tıp fakültesinin bulunduğu bölge ile göç isteği arasında da istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur. En az gelişmiş illerin yer aldığı bölge olan 6. bölgede doğan ve mezun olduğu okul bu bölgede bulunan hekimlerin göç konusunda daha istekli oldukları görülmektedir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Çalışma sonuçları hem çalışan hem de henüz mesleğe başlamamış hekimler arasında eğitim veya çalışma amaçlı göç düşüncesinin dikkate değer bir boyutta olduğunu göstermektedir. Hekimlerde önemli bir oranın yurt dışına gitmeyi düşünmesi, geçmişte eğitim amacıyla yurt dışına giden öğrencilerin %59'unun Türkiye dönmediği[1] hesaba katıldığında, yaşanabilecek sorunlara bir ipucu olabilecek niteliktedir. Bununla birlikte göç isteğinin fazla olmasına karşı girişimde bulunanların oranının az olması da hekimlerin bunu daha çok düşünce boyutunda tuttuğunu ve zamanla fikrinin değiştiğini göstermektedir. Ancak gelişmiş ülkelerde artan hekim açığı ve küreselleşme bu tabloyu kısa sürede değiştirebilir.

Hekim göçünü azaltmada ya da avantaja dönüştürmede hekimleri göçe iten nedenlerin araştırılması büyük önem arz etmektedir. Çeşitli ülkelerde de bu nedenlerin belirlenmesi ve çözüme yönelik politikaların geliştirilmesi için yapılmış çok sayıda çalışma bulunmakta, bu çalışmaların çoğundaysa göç isteğini en çok teşvik eden unsurun yüksek gelir sağlama isteği olduğu belirtilmektedir[2]. Buna karşın çalışmamızda her iki hekim grubunda da gelirin göçü etkileyen faktörler içinde ilk sıralarda yer almadığı, çalışma koşullarının Türk hekimler açısından daha önemli bir faktör olduğu görülmüştür. Türkiye'de hekim maaşlarının özellikle uzman hekim maaşlarının OECD ülkelerine göre orta düzeyde olması [3] Türk hekimlerin göç isteğinde gelirin ilk sırada yer almamasını desteklemektedir. Ancak hekim iş gücü açısından OECD[4] ve DSÖ Avrupa bölgesi[5] ülkelerine göre

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

son sıralarda yer alan Türkiye’de hekim yetersizliğinin mevcut hekimler üzerinde yarattığı iş yükünün bu ülkelere göre daha ağır olduğu da bilinen bir gerçektir. Bunu çözmek için yeterli sayıda hekim yetiştirmek ve bu hekimlerin ülkenin her yerine dengelini dağıtımını sağlayacak mevcut uygulamaları geliştirerek hekimlerin iş yükünü azaltmak gibi bir dizi birbirine bağlı önlemler geliştirilebilir. Kısacası politika yapımcıların sağlıkta göç konusunu tek başına incelemek yerine tüm sağlık sistemi içerisinde değerlendirmelerinde fayda görülmektedir. Ayrıca TUBITAK tarafından uygulanan göçü tersine çevirme programlarına daha fazla kurumsal destek sağlanmasında fayda bulunmaktadır.

Literatürdeki bir çok çalışma gibi bu çalışmada da belirli özelliklerin, kişisel ve çevresel faktörlerin göç tercihi üzerindeki etkisi ortaya konmuştur. Ülkemizde yapılan ender çalışmalardan biri olan bu araştırma sonuçlarının dikkate alınması ve süreçte daha kapsamlı çalışmaların planlanması, hedeflenen sağlık göstergelerine ulaşabilmek için de önemli görülmektedir. Ancak bu çalışma esnasında da görüldüğü gibi Türkiye’de hekim göçü konusunda ülke çapında kurulmuş bir kayıt sistemi ve kesin sayısal bilgiler bulunmaması en büyük eksikliklerdir. Bu nedenle sorunun boyutlarının net bir şekilde saptanabilmesi için öncelikli olarak bir kayıt sistemi oluşturulması gerekmektedir. Oluşturulacak kayıt sistemi, göç eden bireylerin belirlenmesi ve göç eğilimine ilişkin profillerin çıkarılmasında ve göçün nedenlerinin belirlenmesinde büyük öneme sahiptir. Bu sonuçlara dayanarak üretilen çözümler de şüphesiz daha gerçekçi ve etkili olacaktır. Ayrıca çalışma süresi daha uzun olan hekimleri de kapsayacak yeni araştırmaların yapılması gerekmektedir. Daha önce yurttan ayrılmış bilim insanlarını belirlemek ve bu kişilerin yurtlarına geri dönmesini sağlayacak politikalar geliştirmek hem ülkenin gelişimine hem de sağlık turizmine son derece önemli katkılar sağlayabilecektir.

Her iki hekim grubuna yapılan bu iki çalışma başlangıçta ayrı çalışmalar olarak planlandıkları için aynı soru formları kullanılmıştır. Bu nedenle iki grubun doğrudan karşılaştırılmaması çalışma açısından bir kısıtlılık nedendir.

Anahtar Sözcükler: Hekim Göçü, Beyin Göçü, Türkiye, Sağlıkta İnsan Kaynakları

Not: Bu çalışmadaki tüm yaklaşımlar yazarların kişisel düşüncelerini belirtmektedir, çalıştıkları kurumları bağlamaz veya çalıştıkları kurumlara atfedilemez.

Kaynaklar:

1. Astor A, Akhtar T, Matallana MA, Muthuswamy V, Olowu F, Tallo V, Lie RK. Physician Migration: Views from Professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. *Social Science and Medicine* 2005; 61:2492-2500.
2. ATO, Türk Einstein'ler Firarda. 2004. <http://www.atonet.org.tr/yeni/index.php?p=192&1=1>
3. Vujicic M, Sparkers S, Mollahaliloğlu S. Health Workforce Policy in Turkey: Recent Reforms and Issues for the future. HNP Discussion Paper. 2009. Washington, DC. World Bank
4. OECD Health Data 2011 http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html
5. WHO Regional Office for Europe, European Health for All Database (HFA-DB) <http://data.euro.who.int/hfad/>

3-Epidemiyoloji

681

ANKARA DEVLET ÜNİVERSİTELERİ TIP FAKÜLTELERİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALLARINDAKİ ÖĞRETİM ELEMANLARININ İŞ DOYUM DÜZEYLERİ

Sabahat Tezcan¹, Meltem Şengelen¹, Tahir Metin Pişkin¹, Elif Köse¹, Elif Benderlioğlu¹, Gülnaz Ulusoy¹, Evren Kibar¹, Abdülkadir Zakin¹, Ömer Turhan¹, Emrah Açıköz², Ebru Yücel Tüfekçioğlu³, Cenk Benli⁴, Hasan Erdoğan⁵

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ²Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ⁴Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ⁵Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: İş doyumunu çalışanın bir bütün olarak işini ya da iş yaşamını değerlendirmesi ile ulaştığı haz veya ulaştığı olumlu duygusal durumdur, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını doğrudan etkilediği gibi iş hayatında etkinlik ve verimliliğin artmasında da olumlu etkileri vardır (1). Ayrıca iş doyumunun yetersiz olması, stres ve grup uyumu sorunları gibi olumsuz durumlara neden olacağından bu kavramın iş hayatındaki önemini daha da arttırır. Bu çalışmanın amacı Ankara Devlet Üniversiteleri Tıp Fakülteleri Halk Sağlığı Anabilim Dallarında çalışan öğretim elemanlarının sosyo-demografik özelliklerini ve iş doyum düzeylerini saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Ankara, Gazi, Hacettepe Üniversiteleri ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA)'nde çalışan 88 öğretim elemanı oluşturmaktadır. Veriler; Nisan 2012'de bazı sosyo-demografik özellikler, çalışma hayatı ve memnuniyetine yönelik soruların yanı sıra, iş doyum düzeyini saptamaya yönelik Minnesota İş Doyum Ölçeğinin (MİDÖ) kullanıldığı 48 soruluk bir anketle toplanmıştır. MİDÖ Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirisini Baycan yapmıştır (2). MİDÖ'nde genel iş doyum puan aralığı 20 – 100 arasındadır. Düşük iş doyum; 25 puan ve altı, Orta iş doyum; 26 -74 puan arası, Yüksek iş doyum 75 puan ve üzerini ifade eder (1). Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD'da 2012 yılı uzmanlık eğitimine katılan 11 araştırma görevlisi bu araştırmanın insan gücünü oluşturmaktadır. Verilerin analizi SPSS v15.0 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı değerlendirmeler, yüzdeler ve ortalama±standart sapma olarak sunulmuştur. Yüzdeler arası farkın değerlendirilmesinde Ki Kare ve gerekli durumlarda Fisher'in Kesin Ki Kare testi kullanılmıştır. Ortalamalar arası farkın değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda t-testi, ANOVA, ileri ikişerli karşılaştırmalar için Tukey, Bonferroni post-hoc testleri ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Araştırma öncesi Üniversitelerin Halk Sağlığı Anabilim Dallarından ve anket öncesi katılımcılardan sözel izin alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya Ankara'daki Devlet Üniversiteleri Tıp Fakülteleri Halk Sağlığı Anabilim Dallarında çalışan 88 öğretim elemanı arasından 72 kişi (%81) katılmıştır. Katılımcıların %44,4'ü (29 kişi) Hacettepe Üniversitesi, %20,8'i (15 kişi) Ankara Üniversitesi, %18'i (13 kişi) GATA, %16,7'si (12 kişi) Gazi Üniversitesi'ndendir. Araştırmaya katılanların %58,3'ü (42 kişi) erkek, %29'u (20 kişi) 50 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların sigara içme durumlarına bakıldığında %50'sinin (36 kişi) hiç sigara içmediği, %27,8'inin (20 kişi) sigara içtiği görülmüştür. Öğretim elemanlarının %68,1'inde (49 kişi) herhangi bir kronik hastalığı bulunmadığını ifade ederken %39,1'inde (23 kişi) çeşitli kronik hastalıkları olduğunu ifade etmişlerdir. Öğretim elemanlarının Halk Sağlığı alanındaki çalışma sürelerine bakıldığında %25'inin (18 kişi) 1-9 yıl, %25'inin(18 kişi) 10-19 yıl, %30,6'sının (22 kişi) 20 yıldan fazla, %19,4'ünün (14 kişi) ise 1 yıldan daha az çalıştıkları görülmüştür. Araştırmaya katılan Öğretim Elemanlarının ünvanlarına bakıldığında %34,7'sinin (25 kişi) Profesör, %18,1'inin (13 kişi) Doçent, %8,4'ünün (6 kişi) ise Öğretim görevlisi ve Yardımcı Doçent, %38,9'unun (28 kişi) Araştırma Görevlisi ünvanına sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların Halk Sağlığı'nın belirli alanlarında uzmanlaşma durumlarına bakıldığında %41,7'sinin (30 kişi) bir alanda uzmanlaştığı, uzmanlık alanlarının ise %26,9'unun (7 kişi) Epidemiyoloji, %19,2'sinin(5 kişi) İş Sağlığı, %15,3'ünün(4 kişi) Çevre Sağlığı ve Hekimliği, % 11,5'inin (3 kişi) ise Sağlık Yönetimi olduğu bulunmuştur. Öğretim elemanlarının %90,3'ünün (65 kişi) Halk sağlığı alanını isteyerek seçtiği, seçme nedenleri içerisinde ise ilk sırada %45,2 (38 kişi) ile "halk sağlığı bakış açısı", ikinci sırada %30,9 (26 kişi) ile "klinik dışı branş olması", üçüncü sırada ise %8,4 (7 kişi) ile "üniversite ortamında çalışmak" seçeneği yer almaktadır. Katılımcıların %47,9'u (33 kişi) halk sağlığı alanında olumsuzluklar yaşadığını belirtirken,%23,0'ı (9 kişi) çalışma koşullarından, %17,94'ü araştırma/uygulama güclüğü ve sağlıkta dönüşümden kaynaklanan sıkıntılar olduğunu belirtmişlerdir. Halk sağlığı alanındaki olumlu görüşlere

bakıldığında ise öğretim elemanlarının %21,4'ü (15 kişi) "topluma hizmet", %18,5'i (13 kişi) "bütüncül bakış", %17,1'i (12 kişi) "mesleki doyum" cevaplarını vermişlerdir. Katılımcıların MİDÖ aldığı ortalama puanlar erkeklerde 78,2±11,1 kadınlarda ise 74,2±11,2 olarak hesaplanmıştır. Üniversitelere göre ortalama puanlar ise GATA'da 86,3±10, Gazi Ü.'nde 77,5±10,1, Hacettepe Ü.'nde 74,2±11,4 ve Ankara Ü.'nde 73,2±8,9'dur ve MİDÖ puan ortalamaları arasındaki fark çalışılan kurumlara göre istatistiksel olarak anlamlıdır (ANOVA p:0,006). İleri ikiye karşılaştırmalarda GATA ile Ankara Ü. arasındaki fark anlamlıdır (p:0,013). Ünvanlara göre alınan puanlar ise Doçentlerde 81,6±9,6, Profesörlerde 79,2±12,1, Öğretim Görevlilerinde 79,0±20,2, Araştırma Görevlilerinde 72,5±8,8 ve Yrd. Doçentlerde 68,0±13,0 dir ve MİDÖ puan ortalamaları ünvanlara göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır (ANOVA p:0,048). İş hayatında toplam çalışma sürelerine göre MİDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (ANOVA p:0,018) ve 1-9 yıl arası çalışanlar ve 10-19 yıl arası çalışanlar arasındaki puanların ortalaması anlamlı olarak farklıdır (Tukey, p:0,013).

Halk Sağlığını isteyerek seçme durumuna göre MİDÖ ortalama puanlarına bakıldığında isteyerek seçenlerin istemeyenlere göre daha yüksek puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (t testi, p:0,009). Öğretim elemanlarının halk sağlığı alanında kendini mutlu hissetme durumlarına ve yeniden halk sağlığını seçme isteklerine göre MİDÖ ortalama puanlarına bakıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. (ANOVA, p:0,015 ve p: 0,049). Halk Sağlığı alanında uzmanlaşma durumlarına göre ortalama puanlar değerlendirildiğinde ise uzmanlaşanların daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır (ANOVA, p:0,001).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada Ankara ili Devlet Üniversitelerinde görevli Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Elemanlarının MİDÖ ortalama puanları erkeklerde yüksek düzeyde (78.26, n=42), kadınlarda ise orta düzeyde (74.20, n=30) saptanmıştır. İki cinsiyet arasında bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,134). Kırıkkale ilinde 3 farklı hastanede hekimler üzerinde yapılan çalışmada ve cinsiyetin personelin genel iş doyumuna üzerine etkisini araştıran diğer bir çalışmada da cinsiyetin iş doyumuna üzerine etkisi bulunamamıştır (2, 3). Akademisyen hekimlerde ilerleme olanaklarının olması, yapılan işte bağımsız olmaları, bilgi ve becerilerini kullanma olanaklarının fazla olması iş doyumunu arttırmaktadır (2). Minnesota İş Doyum Ölçeğinde alınan puanların ortalaması ünvanlara göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,048). Araştırma görevlileri iş doyum ölçeği puanlarına göre diğer öğretim görevlilerinden anlamlı olarak daha düşük puan almıştır. En yüksek iş doyum puanına sahip unvan doçentlik olmuştur. Başka bir çalışmada ise ünvanın genel iş doyumuna üzerine etkisinin olmadığı görülmüştür (3). Minnesota iş doyum ölçeğinden alınan ortalama puanlar halk sağlığını isteyerek seçme durumuna göre karşılaştırıldığında isteyerek seçenlerde ortalama 77.69, istemeyenlerde ortalama 66.14 bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,009). Yapılan başka bir çalışmada mesleğin kendi seçimi olduğunu ifade eden, mesleği seçerek "doğru" davrandığını düşünen hekimlerin iş doyumlarının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır (4). Başka bir çalışmada asistan hekimlerin büyük kısmı ihtisas yaptıkları branşlara isteyerek başlamıştır ve çalıştığı dalı isteyerek seçenlerde iş doyumuna anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (5). Ayrıca 1-9 yıl çalışanlar ve 10-19 yıl çalışanlar arasında Minnesota iş doyum ölçeğinde alınan puanların ortalaması anlamlı olarak farklıdır (p=0,013). Atatürk Üniversitesinde Öğretim elemanlarında yapılan bir çalışmada mesleki kıdemine iş doyumuna üzerine etkisi incelenmiş, 1 yıl ve altı çalışma süresine sahip olan 20 kişinin 60.30 ortalamasıyla orta iş doyum düzeyinin en düşük kısmını teşkil ettiğini; 5-7 yıl ve 8 yıl üzerindeki orta iş doyumuna sahip 130 öğretim elemanın da 73 üstü ortalamayla orta iş doyum seviyesinin en yüksek kısmını oluşturduğu saptanmıştır (6). Sonuç olarak, Halk sağlığı alanında farklı dallarda uzmanlaşabilmek, bilgi ve becerilerini zenginleştirecek olanaklara sahip olmak iş doyumunu arttırmaktadır. Bunu sağlayacak olanakların bulunması önemlidir. Türkiye'de halk sağlığı çalışanlarında iş doyumuna araştırması daha önce yapılmamıştır. Bu araştırmanın Ankara dışındaki illere de yayılması ve özel üniversitelerin de çalışmaya dahil edilmesi sonuçların karşılaştırılması açısından önemli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Halk sağlığı, iş doyumuna, öğretim elemanı

Kaynaklar:

1) Aksu G, Acuner A, Tabak R, Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı Yöneticilerinin İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma(Ankara Örneği), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 55(4):271-282, 2002.

2) Baycan AF, Analysis of several affects of job satisfaction between different occupational groups, Boğaziçi University Institute of Social Science, 1985.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- 3) Saygun M, Çakmak A, Köse K, Kırıkkale İlinde Üç Farklı Hastanede Çalışan Hekimlerin Mesleki İş Doyumu.
- 4) Yelboğa A, Bireysel Demografik Değişkenlerin İş Doyumu ve İlişkinin Finans Sektöründe İncelenmesi, Sosyal Bilimler Dergisi, 4(2), Aralık 2007.
- 5) Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş doyumunu, Ege Academic Review 2005;5:55-64.
- 6) Tan ve ark. Uzmanlık Eğitiminde Mesleki Memnuniyet Marmara Medical Journal 2012;25:20-5
- 7) Yetiş Ü, Katkat D, Bakıcı Y Atatürk Üniversitesi Öğretim Elemanlarının İş Doyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler Atatürk Journal of Physical Education and Sport Sciences, 2010

894

BURDUR İLİNDE GÖRÜLEN ZEHİRLENME OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sevinç Kant Sökel¹, Okan Badıllıoğlu², Sırrı Şenbayram¹, Gökhan Bolat¹, Fehminaz Temel³

¹Burdur Sağlık Müdürlüğü, ²Lüleburgaz Toplum Sağlığı Merkezi, ³Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Giriş ve Amaç: Zehirlenme, herhangi bir ajanla karşılaşan canlı organizmanın işlevinin bozulmasıdır(1). İlimizde bulunan Sağlık Kuruluşlarından zehirlenmeler ile ilgili istatistiksel bilgiler “vaka bildirim formu” ile toplanmaktadır (6). Burdur ilinde görülen ve bildirim yapılan zehirlenme olgularının kişi, yer ve zaman özellikleri yönünden inceleyerek, zehirlenme olgularını azaltmaya yönelik çalışma planlamak ve zehirlenmelere karşı korunma önlemlerini belirlemek amacıyla bu araştırma yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Burdur Sağlık Müdürlüğüne 01.01.2011 ve 31.12.2011 tarihleri arasında bildirim yapılan zehirlenme olguları geçmişe yönelik olarak araştırılmış, tanımlayıcı bulgulara ulaşılmıştır. Bildirim yapılan zehirlenme olguları, bağımlı değişken; yaş, cinsiyet, yerleşim yeri, mevsim, aylar, zehirlenme nedeni ise bağımsız değişkenler olarak analiz yapılmıştır. Zehirlenme nedenleri, zehirlenmeler tanı ve tedavi rehberinde yapılan sınıflandırmaya göre belirlenmiştir. Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınarak 2011 yılına ait toplam 824 zehirlenme formundaki veriler SPSS 18,0 programına girilerek değerlendirilmiştir.

Bulgular: Burdur ilinde bulunan tüm sağlık kuruluşları tarafından 2011 yılında, 824 adet zehirlenme bildirim yapılmıştır. Olguların %43,3’ü erkek, %56,7’si kadındır. En çok etkilenen yaş grupları sırasıyla 25-44 yaş (%29,5), 15-24 yaş (%24,9) ve 50-64 yaş (%12,6) olmuştur. Yaş gruplarında kadın/erkek oranı birbirine yakinken 15-24 yaş grubunda kadın/erkek oranı (137/68-%29,3/%19,0) kadın lehinedir. Bildirim yapan kurumların buldukları ilçeye göre zehirlenme olgularının oranları sırasıyla; Bucak (%34,3), Merkez (%23,9), Gölhisar (%9,1), Yeşilova (%6,9) ve Çeltikçi (%3)’dir.

Burdur ilinde görülen zehirlenme vakalarının nedenleri içinde zehirli hayvan ısırıkları (%50,7), terapötik ilaçlarla zehirlenmeler (%25,1) ve mantar zehirlenmeleri (%8,3) ilk üç sırada yer almaktadır. Zehirli hayvan ısırıkları sıklıkla Bucak (%63,2), Gölhisar (%6,9), Merkez (%6,2) ve Çeltikçi (%6,0) ilçelerinde, terapötik ilaçla zehirlenmeler; Merkez (%52,7), Gölhisar (%13,0), Yeşilova (%8,7) ilçelerinde ve mantar zehirlenmeleri ise Yeşilova (%23,5), Merkez (%22,1) ve Gölhisar (%19,1) sıklıkla görüldüğü bulunmuştur.

Yaz aylarında zehirli hayvan ısırıklarının arttığı, kış aylarında ise terapötik ilaçla zehirlenme olgularının arttığı bulunmuştur. Zehirlenme olgularının aylara göre analizi yapıldığında ise; Ağustos (%17,5), Temmuz (%16,6) ve Mayıs (%11,3) aylarında zehirlenmeler daha sık görülmektedir.

Tartışma: Sağlık kurumlarına başvuran zehirlenme olgularına standart tedavi prosedürü ile yaklaşılmaktadır (1,2). Zehirlenme olguları tedaviye yanıt veren ve ciddi yaklaşım gerektiren bir halk sağlığı sorunudur (3) İlimizde Form 018/C zehirlenme vaka bildirim formu ile Sağlık Müdürlüğüne bildirim yapılan zehirlenme olgularının kişi, yer ve zaman yönünden analizi yapıldığında; olguların kadınlarda ve 15-44 yaş aralığında daha

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

fazla olduğu görülmektedir. Diğer yapılan çalışmalarda da kadınlarda zehirlenmeler daha fazla bulunmuştur (1,3). Ancak çocukluk çağı zehirlenmelerinin araştırılmasında erkeklerde daha fazla olgu görülmüştür (5). Diğer yapılan araştırmalarda terapötik ilaçlarla zehirlenmeler daha sık olarak bulunmuştur (1,3,5). İlimizde yapılan bildirimleri analiz ettiğimizde ise zehirli hayvan ısırması ve terapötik ilaçlarla zehirlenme olgularının ağırlıklı olduğu görülmektedir. Aylara göre zehirlenme vakalarının analizinde, yaz aylarında zehirli hayvan ısırılmalarının arttığı, kış aylarında ise terapötik ilaçla zehirlenme olgularının arttığı ilimizin iki büyük devlet hastanesinin bulunduğu Bucak ve Merkez ilçelerimizde olgular daha çok görülmektedir. Ancak zehirlenmenin olduğu yerlerin daha doğru tespiti için kişilerin ikamet adreslerine göre de analiz yapılması gerekmektedir.

Sonuç ve Öneriler: İlimizde zehirlenme olgularının azaltılmasına yönelik neler yapmamız gerektiğini belirlemek amacıyla yapmış olduğumuz bu çalışmada, zehirli hayvan ısırıklarının daha sık görüldüğü ilçelerde, acil müdahale ve tedavi için sağlık personeline hizmet içi eğitimler ve korunmaya yönelik olarak da halk eğitimleri yapılmalı; terapötik ilaçlarla zehirlenmelerin sık görüldüğü ilçelerde ise halkın bilinçlendirilmesi ve akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitimler yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Zehirlenme, Epidemiyoloji, Burdur

Kaynaklar:

1. N.G.Çetin, H.Beydilli, Ö.Tomruk. Acil servise başvuran intoksikasyon olgularının geriye dönük analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi 2004 (S.D.Ü Tıp Fakültesi Dergisi;11(4) 7-9)
2. Zehirlenmeler Tanı ve Tedavi Rehberleri, Sağlık Bakanlığı 2008.
3. T.Deniz, H.Kandış, M.Saygun, Ü.Büyükoçak, H.Ülger, A.Karakuş. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Zehirlenme Olgularının Analizi 2009 (Düzce Tıp Fakültesi Dergisi;11(2) 15-20)
4. Temel ilkyardım uygulamaları eğitim kitabı, Sağlık Bakanlığı 2007.
5. H.L.Yılmaz, T.Demre, D.Yıldızdaş, E.Alhan. Çukurova Bölgesindeki Çocukluk Çağı Zehirlenme Olgularının Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi (Nobel Medikus 14; cilt 5 sayı2 35-44).
6. Zehirlenme Bildirimi Genelgesi, Sağlık Bakanlığı 24.04.2009

619

BİR TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN TÜTÜN ALKOL VE ÜRÜNLERİNİ KULLANIM SIKLIĞI VE RİSK ETMENLERİ

Emine Avcı, Mustafa Necmi İlhan, Emine Füsün Civil, Tuğba Özdemirkan, Mehmet Ali Bumin

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Ülkemizde sigara ve alkol kullanımı yaygın bir alışkanlık ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigara ve alkol kullanımının getireceği sağlık sorunları adolesan ve gençler tarafından yeterince algılanmamakta ve önemsenmemektedir. Sağlığımızın en büyük tehditlerinden biri olan bu alışkanlıklar, gençlerimiz arasında gün geçtikçe yaygınlaşmakta ve tercih edilme yaşları küçülmektedir. Toplumla örnek teşkil edecek olan, geleceğin hekimlerinin yetiştiği tıp fakültesi öğrencilerinin tütün, alkol ve ürünlerini kullanma alışkanlıklarının bilinmesi bu maddelerle mücadele açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmada Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin tütün, alkol ve ürünlerini kullanım sıklığı ve risk etmenlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kapsamında, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde (GÜTF) 2010-2011 eğitim-öğretim döneminde öğrenim görmekte olan 1284 öğrenciden 1003 öğrenciye ulaşılmıştır. Ulaşım yüzdesi %78,11'dir. Konu hakkında hazırlanan anket formu 04-28 Şubat 2011 tarihleri arasında kişilerin onamları alındıktan sonra, gözlem altında uygulanmıştır. Kesitsel-tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Bir anketin uygulanma

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

süresi ortalama 10 dakikadır Araştırma verisi ortalama(\pm)standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Ki-kare testi ve halen tütün ve ürünlerini, alkol ve ürünlerini kullanmaya etkili faktörlerin analizinde Bacward LR lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon modeli oluşturulmadan önce univariate analizler yapılmıştır. Modele univariate analizlerde ve literatürde istatistiksel olarak anlamlı olan değişkenler alınmıştır. Modele cinsiyet (kız/erkek), yaş, sınıf (hazırlık ve dönem I/ dönem II ve dönem III/ dönem IV, dönem V ve dönem VI), ikamet edilen yer (yurt/öğrenci evi/aile yanı), aylık kişisel harcama (\leq 500 TL/501-1000 TL/ \geq 1001 TL), aylık aile toplam geliri (\leq 1500 TL/1501-2000 TL/ \geq 2001 TL), ailede tütün ve ürünlerini/alkol ve ürünlerini kullanan kişi varlığı (yok/var) dahil edilmiştir. Analizde removal $p < 0,10$ alınmıştır. Logistik regresyon analizinde son step sunulmuştur Çalışmada istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır. Odds ratio (OR) değerleri %95 güven aralığında GA) sunulmuştur.

Bulgular: Araştırmaya katılan 1003 öğrencinin % 53,8'i kız, % 46,2'si erkek, %21,7'si hazırlık ve dönem I, %44,9'u dönem II ve III, %33,4'ü dönem IV, V ve VI öğrencisi olup, yaş ortalamaları 21,12 \pm 2,25, ortancası 21(min;17-maks;44)'dir. Öğrencilerin %28,7'si yurttan, %37,6'sı arkadaşları ile, % 33,7'si ailesi ile yaşadığını, %50,7'si aylık harcama miktarının 500 TL ve altında, %37,5'i 501-1000 TL arasında, %11,8'i 1001 TL ve üzerinde olduğunu, %27,9'u ailesinin aylık toplam gelir düzeyinin 1500 TL ve altında, %22,3'ü 1501-2000 TL arasında, %49,8'i 2001 TL ve üstünde olduğunu belirtmiştir.

Öğrencilerin %42,0'si ailelerinde tütün ve ürünlerini kullanan olduğunu, %37,6'sı tütün ve ürünlerini yaşamı boyunca en az bir kez kullandığını, %30,0'u son bir yıl içerisinde, %24,8'i son bir ay içerisinde kullandığını, %18,8'i ise halen tütün ve ürünlerini kullanmakta olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %26,6'sı ailelerinde alkol ve ürünlerini kullanan olduğunu, %35,6'sı alkol ve ürünlerini yaşamı boyunca en az bir kez kullandığını, %31,0'i son bir yıl içerisinde, %24,2'si son bir ay içerisinde kullandığını, %22,5'i ise halen alkol ve ürünlerini kullanmakta olduğunu belirtmiştir.

Tütün ve ürünlerini kullanan öğrencilerin %20,4'ü eğlenceli olmasını, %23,6'sı keyif verici olmasını, %16,7'si stresi, %13,7'si sıkıntı ve sorunlardan uzaklaşmak istemelerini, %13,3'ü merak etmelerini, %9,4'ü arkadaş çevresinden etkilenmelerini, %2,0'si anne/babadan etkilenmelerini kullanma nedeni olarak belirtmiştir. Alkol ve ürünlerini kullanan öğrencilerin %39,1'i eğlenceli olmasını, %25,1'i keyif verici olmasını, %8,9'u merak etmelerini, %8,9'u arkadaş çevresinden etkilenmelerini, %7,9'u sıkıntı ve sorunlardan uzaklaşmak istemelerini, %5,9'u stresi, %2,9'u anne/babadan etkilenmelerini kullanma nedeni olarak belirtmiştir (İlgili sorulara birden fazla yanıt verilmiştir, yüzdeler yanıt veren kişiler üzerinden hesaplanmıştır). Ailesinde tütün ve ürünlerini kullanan kişi olan 421 öğrencinin %53,2'si, olmayan 582 öğrencinin %26,3'ü yaşamları boyunca en az bir kere tütün ve ürünlerini kullandığını ($p=0,0001$, OR:3,19, %95 GA:2,44-4,16), ailesinde tütün ve ürünlerini kullanan kişi olan öğrencilerin %43,9'u, olmayan öğrencilerin %19,9'u son bir yıl içerisinde tütün ve ürünlerini kullandığını ($p=0,0001$, OR:3,15, %95 GA:2,38-4,17), ailesinde tütün ve ürünlerini kullanan kişi olan öğrencilerin %36,6'sı, olmayan öğrencilerin %16,3'ü son bir ay içerisinde tütün ve ürünlerini kullandığını ($p=0,0001$, OR:2,96, %95 GA:2,20-3,98), ailesinde tütün ve ürünlerini kullanan kişi olan öğrencilerin %30,4'ü, olmayan öğrencilerin %10,5'i halen tütün ve ürünlerini kullanmakta olduğunu ($p=0,0001$, OR:3,73, %95 GA:2,66-5,23) belirtmiştir. Bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Ailesinde alkol ve ürünlerini kullanan kişi olan 267 öğrencinin %78,7'si, olmayan 736 öğrencinin %20,0'si yaşamları boyunca en az bir kere alkol ve ürünlerini kullandığını ($p=0,0001$, OR:14,77, %95 GA: 10,47-20,82), ailesinde alkol ve ürünlerini kullanan kişi olan öğrencilerin 72,3'ü, olmayanların %16,0'sı son bir yıl içerisinde alkol ve ürünlerini kullandığını ($p=0,0001$, OR:13,66, %95 GA: 9,80-3,19,05), ailesinde alkol ve ürünlerini kullanan kişi olan öğrencilerin %60,3'ü, olmayanların %11,1'i son bir ay içerisinde alkol ve ürünlerini kullandığını($p=0,0001$, OR: 12,11, %95 GA: 8,66-16,95), ailesinde alkol ve ürünlerini kullanan kişi olan öğrencilerin %59,2'si, olmayanların %9,2'si halen alkol ve ürünlerini kullanmakta olduğunu ($p=0,0001$, OR:14,24, %95 GA: 10,05-20,19) belirtmiştir. Bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Öğrencilerin halen tütün ve ürünlerini kullanma durumunu etkileyen faktörler için yapılan lojistik regresyon modelinde; erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre 2,45 kat, yaştaki 1 birimlik artışın 1,15 kat, arkadaşları ile öğrenci evinde yaşıyor olmanın, yurttan kalan öğrencilere göre 2,82 kat, aile ile yaşıyor olmanın 1,81 kat, aylık kişisel harcamanın \geq 1001 TL olmasının, \leq 500 TL olmasına göre 3,18 kat, aylık aile toplam gelirinin 1501-2000 TL arasında olmasının, \leq 1500 TL'ye göre 2,27 kat, ailede tütün ve ürünlerini kullanan kişilerin olmasının olmayanlara göre 3,64 kat tütün ve ürünlerini kullanım riskini artırdığı ve bu risk değişimlerinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmıştır ($p < 0,05$).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Öğrencilerin halen alkol ve ürünlerini kullanma durumunu etkileyen faktörler için yapılan lojistik regresyon modelinde; erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre 1,98 kat, dönem IV, V ve VI öğrencisi olmanın hazırlık ve dönem I öğrencisi olmaya göre 2,32 kat, aile ile yaşıyor olmanın yurttan kalan öğrencilere göre 2,38 kat, aylık kişisel harcamasının ≥ 1001 TL olması, ≤ 500 TL olmasına göre 2,53 kat, aylık aile toplam gelirinin ≥ 2001 TL olması ≤ 1500 TL'ye göre 2,01 kat, ailede alkol ve ürünlerini kullanan kişilerin olmasının olmayanlara göre 14,60 kat alkol ve ürünlerini kullanım riskini artırdığı ve bu risk değişimlerinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmıştır ($p < 0,05$).

Tartışma: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin tütün, alkol ve ürünlerini kullanım sıklığı ve risk etmenlerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada öğrencilerin %18,8'i tütün ve ürünlerini, %22,5'i ise alkol ve ürünlerini halen kullanmakta olduğunu belirtmiştir. 2002'de Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2004'te Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmalarda yaşam boyu sigara kullanım sıklığı sırasıyla %43,0 ve %64,4 bulunmuştur(1,2). Bu çalışmada ise yaşam boyu sigara kullanım sıklığı %37,6 ile diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur. Avrupa ülkelerinin katıldığı ESPAD çalışmasının 2003 verilerine göre ise öğrencilerde yaşam boyu sigara kullanım prevalansı %50-80 arasında değişmektedir. %83,0 ile Faroe adasında en yüksek iken, bunu %80,0 ile Avusturya, Litvanya ve Çek Cumhuriyeti takip etmektedir. En düşük yüzdeye Kıbrıs, Yunanistan, İzlanda, Malta ve Türkiye sahiptir(%42-52)(3). Bu çalışmanın Türkiye verisi bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmalarda halen sigara kullanım sıklığı sırasıyla %43,5 ve %24,0 bulunmuştur(1,2). Bu çalışmada ise halen sigara kullanım sıklığı %18,8 ile diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul'da onuncu sınıf öğrencileri ve 2009'da Batı Kenya'da kolej öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda sigara içme sıklığı kızlarda erkeklere göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur(2,4,5). Bu çalışmaların bulguları bizim çalışmamızla benzerlik göstermekle birlikte Avrupa'nın bir çok ülkesinde üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda sigara kullanım yaygınlığının kız ve erkek öğrencilerde benzer olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (3). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada ailesinde sigara kullanan kişi bulunan öğrencilerde bulunmayanlara göre sigara içme sıklığı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur(2). Bu çalışmanın bulguları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Bu durum tütün ve ürünlerini kullanım alışkanlıklarında aile ve yakın çevreden etkilenmenin önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir. İstanbul'da onuncu sınıf öğrencilerinde yapılan çalışmada yaşam boyu tütün kullanımı riski; ailesi yüksek gelir düzeyi-ne sahip olan öğrencilerde, ailesi düşük gelir dü-zeyine sahip olanlara göre daha düşük bulunmuştur(4). Bizim çalışmamızda ise tam tersi ailesi yüksek gelir düzeyine sahip olan öğrenciler daha fazla tütün ve ürünlerini kullanmaktadır. Avrupa ülkelerinin çoğunda, düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarında sigara kullanım sıklığı daha fazla bulunurken, az sayıdaki ülkede ailenin gelir düzeyi ile sigara kullanımı arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir(3). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada yaşam boyu alkol kullanım sıklığı %72,3 bulunmuştur(1). Bizim çalışmamızda ise bu sıklık %35,6'dır. Avrupa ülkelerinin katıldığı, ESPAD çalışmasının 2003 verilerine göre ise 35 ülkenin 2/3'ünde öğrencilerin %90,0'ından fazlası yaşam boyu en az bir kez alkol kullanmıştır. Danimarka'da ve Çek Cumhuriyetinde %95,0, Avusturya ve Almanya'da %93,0, Yunanistan ve İngiltere'de %91,0 ile en yüksek iken, Türkiye'de %35,0 ile en düşük bulunmuştur(3). Bu çalışmanın Türkiye bulgusu bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada halen alkol kullanım sıklığı %47,9 iken, bu çalışmada ise %22,5 ile daha düşük bulunmuştur(1). İstanbul'da onuncu sınıf öğrencileri arasında yapılan çalışmada alkol kullanımı riski, ailesi yüksek gelir düzeyi-ne sahip olan öğrencilerde, düşük gelir dü-zeyine sahip olanlara göre daha düşük bulunmuştur(4). Bu çalışmada ise ailesi yüksek gelir düzeyine sahip öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Araştırmanın sonuçları tıp fakültesi öğrencilerinin tütün, alkol ve ürünleri hakkında daha fazla eğitime, tütün ve alkol kullanımıyla ilgili müdahalelere gereksinim duyduklarını göstermektedir. Özellikle de bu maddeleri kullanım nedeni olarak; keyif verici ve eğlenceli olmasını neden olarak göstermeleri, öğrencilerin bu konularda bilinçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Geleceğin hekimleri olan tıp fakültesi öğrencileri, ileride madde kötüye kullanımı konusunda topluma eğitim sağlayacaklardır. Hekim adaylarının tütün, alkol ve ürünlerini kullanması, verecekleri danışmanlık hizmetlerini olumsuz etkilemektedir. Tütün, alkol ve ürünleri ile ilgili ulusal düzeyde kamu, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları tarafından koruyucu ve önleyici yaklaşımlar içeren müdahalelere gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Tıp fakültesi öğrencileri, tütün ve ürünleri, alkol ve ürünleri, kullanım sıklığı, risk etmenleri

Kaynaklar:

1. Akvardar Y, Aslan B, Ekici Z. B, Öğün E, Şimşek T. Dokuz Eylül Üniversitesi tıp fakültesi dönem II öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi 2001; 2(2): 49-52
2. İlhan F, Aksakal F. N, İlhan M. N, Aygün R. Araştırma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu.TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005: 4 (4)188
- 3.Björn H, Barbro A, Thoroddur B, Salme A, Olga B, Anna K, Mark M. The EPSAD Report 2003 Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. 2004:129-133. ISBN 91-7278-103-3
4. Öge K, Taner S, Eke C.Y. Onuncu sınıf öğrencileri arasında tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı: İstanbul örnekleme. Bağımlılık Dergisi 2006;7(1):18-23/ www.bagimlilik.net
5. Lukoye A, Prisca AM, Moses NN, Kiende CK, Evans MO. Prevalence of substance use among college students in Eldoret, western Kenya. BMC Psychiatry 2011;11(1):34-42

678

DERİ KANSERİ VE GÜNEŞTEN KORUNMAYA YÖNELİK ÖĞRENCİLERLE İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALAR: LİTERATÜR TARAMASI

Adem Sümen, Selma Öncel

Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD

Giriş: Deri kanseri dünyada ve ülkemizde giderek artan insidansı ile dikkati çekmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde beyaz ırkta en sık görülen kanser tipi olduğu bilinmektedir (1). Deri kanserinin etiolojisinde en önemli faktör ultraviyole ışınlarıdır (2).

Herkesin deri kanserine yakalanma riski olmasına rağmen açık tenli, çok sayıda büyük ben ve lekeleri olan, uzun süreli güneşe maruz kalan, çocukluk döneminde güneş yanığı öyküsü olan kişilerin deri kanserine yakalanma riski daha fazladır (3). Buna ek olarak ömür boyu güneşte uzun süre kalmanın yaklaşık %80'i 18 yaşından önce oluşmaktadır. Yapılan birçok epidemiyolojik araştırmada, 20 yaş öncesi dönemde gerçekleştirilen korunmaya yönelik davranışların deri kanserinden korunmada olumlu yönde yarar sağladığı belirlenmiştir. Bu farkındalığın kazandırılmasında sağlık personelinin önemli sorumlulukları vardır (4).

Bu literatür derlemesinde amaç, deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik öğrencilerle ilgili yapılan çalışmaların incelenmesidir. Ayrıca öğrencilerin deri kanseri risklerini, bilgilerini, güneşe maruz kalma ve güneşten korunma davranışlarını, korunmaya yönelik yapılan girişimleri özetleyerek; öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunma bilgi ve risklerini; bilgi, tutum ve güneşten korunma davranışları arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Amaca yönelik verilerin toplanmasında yabancı veriler için PubMed ve Science Direct, Türkçe veriler için Türk tıp dizini, google akademik ve YÖK tez tarama veri tabanları kullanılarak son on yılın güncel bilgi ve çalışmaları taranmıştır. Çalışma kapsamına alınan makalelere yönelik kriterler şu şekildedir:

1. **a.** Araştırmaların 2002-2012 yılları arasında yapılmış olması,
2. **b.** Araştırmaların okullarda yapılmış olması
3. **c.** Deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik tanımlayıcı ya da girişim çalışmalarının olması,
4. **d.** Makalelerin tam metnine ulaşılmış olması.

Tarama yapılırken Türkçe veri tabanları için “deri kanseri, güneşten korunma”, yabancı veri tabanları için “skin cancer, sunburn, sun protection,” anahtar kelimeleri kullanılmıştır.

Türkçe veri tabanlarından 8 çalışma; yabancı veri tabanlarından 156 çalışma bulunmuştur. Türkçe veri tabanlarından bulunan 8 çalışmadan 3 tanesi okul grubuyla çalışılmış olup kalan 5 çalışma elenmiştir. Yabancı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

veri tabanlarından bulunan 156 çalışmadan ise 38 tanesi okul grubuyla çalışıldığı için kalan 118 çalışma elenmiştir. Toplam 41 çalışmanın değerlendirilmesinde aşağıdaki soruların cevapları aranmıştır:

- Öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgileri nedir?
- Öğrencilerin güneşten korunmaya yönelik tutumları nelerdir?
- Öğrencilerin güneşten korunmaya yönelik davranışları nasıldır?

Bulgular ve Tartışma: Deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik yapılan 41 çalışma öğrencilerin bilgi, tutum ve davranış düzeylerini araştıranlar olmak üzere üç grup halinde incelenmiştir. Çalışmaların 2'sinin anaokulu, 19'unun ilköğretim, 4'nün ilköğretim ve lise birlikte, 10'unun lise ve 6'sının üniversite öğrencileri ile yapıldığı görülmüştür. Ayrıca çalışmaların 24'ünün tanımlayıcı, 12'sinin deneysel, ikisinin yarı deneysel, ikisinin prospektif ve birinin retrospektif türde yapıldığı belirlenmiştir.

1. 1. Öğrencilerin Deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgileri nedir?

Geller ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin deri kanseri ile ilgili bilgilerde %52'sinin başarılı olduğu saptanmıştır (5). Geller ve arkadaşları UV ışınlarının etkileri, korunmaya yönelik yaptıkları eğitim ve uygulamalar sonucunda öğrencilerin güneş ışınları ve güneşten korunma konusunda bilgi düzeylerinde artış olduğunu belirtmiştir (6).

Gritz ve arkadaşlarının ailelere yönelik yaptığı deneysel bir çalışmada, verilen eğitimin ailelerin bilgilerini olumlu yönde arttırdığı görülmüştür (7). Filiz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yine öğrencilerin deri kanseri ve korunma konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu ve yaş arttıkça bilgi puanlarının arttığı belirtilmiştir (8). Gilaberte ve arkadaşlarının ve Quereux ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda, öğrencilere eğitim ile öğrencilerin bilgi puanlarında artış olduğu saptanmıştır (9,10). Wright ile arkadaşları ve Reinou ile arkadaşları yaptıkları çalışmalarda öğrencilerin yaş ve eğitim düzeyi arttıkça güneşten korunmaya yönelik bilgilerinin de arttığını saptamışlardır (11,12). Saridi ve arkadaşları ise öğrencilerin çoğunluğunun melonomun deri kanseri türü olduğunu bilmediklerini, yarısının ise hiç duymadıklarını saptamışlardır (13).

Patel ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunma bilgi puan ortalamasının %90, kızların erkeklere oranla daha yüksek, ailesinde deri kanseri öyküsü olanların bilgilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (14). Spradlin ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir (15).

1. 2. Öğrencilerin güneşten korunmaya yönelik tutumları nelerdir?

Horsley ve arkadaşları ve Benvenuto-Andrade ve arkadaşları çalışmalarda öğrencilerin bronzlaşmayı sevdiğini ve risk almaya değer olduğunu saptamışlardır (16,17). Geller ve arkadaşları UV ışınlarının etkileri, korunmaya yönelik yaptıkları eğitim ve uygulamalar sonucunda öğrencilerin güneşin deri için iyi olduğu ve güneşte bronzlaşmanın sağlıklı olduğu düşüncelerinde azalma tespit etmişlerdir (6).

Filiz ve arkadaşları kızların erkeklere oranla bronzlaşmayı çekicilik olarak ifade ederken sağlıklı bir uygulama olmadığını da söylediklerini bildirmiştir (8). Wright ve arkadaşları öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik tutumları üzerinde cinsiyetin etkili olduğunu saptamışlardır (11). Rouhani ve arkadaşları kız öğrencilerin erkeklere göre bronz olmayı daha çok istediklerini belirtmiştir (18).

Patel ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin üçte ikisinin imaj için güneşten korunma davranışı sergilemediklerini güneşten korunmaya yönelik tutumlarının bilgi ve davranışlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (14). Spradlin ve arkadaşlarının çalışmalarında öğrencilerin tutum puanlarının düşük olduğu, sadece %69'unun deri kanserine yönelik önlem alınması gerektiğini kabul ettikleri bulunmuştur (15).

1. 3. Öğrencilerin güneşten korunmaya yönelik davranışları nasıldır?

Horsley ve arkadaşları ortaöğretim öğrencilerinin gölgede durma alışkanlıklarının daha az olduğunu, güneş yanıklarının daha fazla meydana geldiğini, güneş yanığı oluşmaların çoğunluğunun genellikle gölgede

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

beklemediklerini ve güneş koruyucu kremler kullanmadıklarını saptamışlardır (16). Uysal ve arkadaşları 6.,7.,ve 8. sınıf öğrencilerinde kızların, 7. sınıfların ve ekonomisi iyi olan öğrencilerin koruyucu önlem alma sıklıklarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (3). Benvenuto-Andrade ve arkadaşları 12-19 yaşlarındaki öğrencilerde, güneşten korunma davranışlarının düşük olduğunu ve öğrencilerin güneş koruyucu kremleri yaz için %47, kış için %3 oranında kullandıklarını tespit etmişlerdir (17). Geller ve arkadaşları 15-18 yaşlarındaki öğrencilerde, müfredata deri kanserinin eklenmesiyle güneşten korunma davranışında artış görüldüğünü belirtmişlerdir (19).

De Vries ve arkadaşlarının 14-18 yaşlarındaki öğrencilerle yaptıkları çalışmada, öğrencilerin uzun süre güneşte kaldıklarını; %70'inin günde en az 3 saatten fazla, %49'unun da 12:00-15:00 saatleri arasında güneş ışınlarına maruz kaldıklarını, her 3 öğrenciden birinde geçen yaz güneş yanığı oluştuğunu, en çok uygulanan güneşten korunma davranışının 2 saatte bir güneş koruyucu krem kullanma olduğunu tespit etmişlerdir (20). Filiz ve arkadaşlarının dokuzuncu ve onuncu sınıf öğrencilerine (2006) yaptıkları çalışmada, güneş koruyucuları en çok 16 yaş grubunun kullandığı, kızların erkeklere oranla daha fazla şapka kullandıkları ve erkeklerin yaş arttıkça şapka kullanımında azalma olduğu belirtilmiştir. Eğitim seviyesinin yüksek olduğu ailelerin çocuklarının 10:00-15:00 saatleri arasında daha az dışarı çıktığı, güneş koruyucu krem kullananların fazla olduğu tespit edilmiştir (8).

Hymowitz ve arkadaşları tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada, öğrencilerin %59'unun güneş koruyucuları düzensiz kullandığını, %45'inde geçen yaz güneş yanığı oluştuğunu, %43'ünün kendi kendine deri muayenesi yapmadığını saptamıştır. Güneş koruyucuların erkeklere göre kızlar tarafından daha yaygın kullanıldığını tespit etmiştir (21). Naldi ve arkadaşlarının ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinde yaptığı deneysel çalışmada, eğitimlerle; öğrencilerin güneş koruyucu krem kullanma, düzenli şapka kullanma ve uzun kollu tişört giymelerinde artış görülmüştür (22). Livingston ve arkadaşlarının 12-17 yaşlarındaki öğrencilerle yaptıkları ileriye dönük çalışmada ise, öğrencilerin güneşten korunma davranışlarında yıllar geçtikçe anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır (23).

Cercato ve arkadaşları ise açık tenli çocuk sahibi olan ailelerin, güneş koruyucu krem kullanma ve uzun kollu giysiler giydirmeye daha meyilli olduklarını tespit etmiştir (24). Jones ve arkadaşlarının geriye dönük çalışmasında, öğrencilerin şapka kullanımında artma olduğu ancak güneş koruyucu krem kullanımlarında azalma olduğu saptanmıştır (25). Paul ve arkadaşları öğrencilerin güneşten korunmaya yönelik yapılan uygulamaların kullanılmasında; görünümlerinin, politikaların, deri kanseri korkusunun, arkadaş davranışlarının, otorite sahibi olanların baskısının, alışkanlıklarının olumlu etki gösterdiğini belirtmiştir (26). Wright ile arkadaşları ve Rouhani ile arkadaşları öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik davranışları üzerinde yaş ve cinsiyetin etkili olduğunu saptamışlardır (11,18).

Saridi ve arkadaşlarının 15-18 yaşlarındaki öğrencilerle yaptıkları tanımlayıcı çalışmada, plajda sadece yarısının şapka kullandığını ve gölgede kaldığını belirtmiştir. Çalışmada güneş koruyucu krem kullanım oranının çok düşük olduğu, kullananların da yarısının kullandıkları güneş koruyucu kremin koruyucu faktörünün yeterli olmadığı saptanmıştır (13). Casthillo ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri (20-29 yaş) ile yaptığı çalışmada solaryum kullanımının düşük olduğu, solaryum kullananların hepsinin kadın olduğu tespit edilmiştir (27). Feher ve arkadaşları açık göz rengine sahip çocuğu olan ailelerin güneşten koruyucu kremler kullandıklarını, açık deri tipine sahip olan ailelerin çocukları için uzun kollu giysiler kullandığını, açık tenli/göz rengine sahip çocuğu olan ailelerin ise şapka kullandıklarını saptamış olup aradaki ilişkiyi anlamlı bulmuştur (28).

Hunter ve arkadaşları 4. sınıf öğrencilerine yaptıkları deneysel bir çalışmada, okulda geniş kenarlı şapka kullanımında %40.5 artış görüldüğünü belirtmişlerdir (2). Patel ve arkadaşlarının tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerine yaptıkları çalışmada; kız öğrencilerin, erkeklere göre, güneş koruyucu krem kullanma oranlarının ve güneşten kaçınma davranışlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (14). Spradlin ve arkadaşlarının 18-24 yaşlarındaki üniversite öğrencilerinin davranış puanlarının çok düşük olduğu, %3'ünün güneşin pik yaptığı saatlerden kaçındıkları, uzun süre güneşe maruz kalanların %5'inin güneş koruyucu krem kullandıkları saptanmıştır (15). Ergül ve Özeren'in yaptığı çalışmada; öğrencilerin güneşten korunma davranış puanlarının düşük olduğu, en çok kullandıkları yöntemin de güneşin pik yaptığı saatlerde gölgede durma ve açık renkli giysiler giyme olduğu saptanmıştır (29).

Roetzheim ve arkadaşlarının dördüncü sınıf öğrencilerinde şapka kullanmaya yönelik yaptıkları deneysel çalışmada, başlangıçta %2 olan şapka kullanma oranı, birinci yıl sonunda %41, ikinci yıl sonunda %19 artış

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

göstermiştir (30). Reinau ve arkadaşları üçüncü, altıncı ve dokuzuncu sınıf öğrencileri ile ilgili yaptığı tanımlayıcı çalışmada, öğrencilerin güneşten korunma davranışlarının düşük olduğunu bulmuşlardır (12). Supa ve arkadaşları 15-19 yaşları arasındaki öğrencilerin, %13'ünün güneşten korunmaya yönelik güvenli uygulamaları yaptıklarını, %39'unun hiçbir şey kullanmadığını saptamıştır (31).

Sonuç ve Öneriler: Tüm çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre; ailelerin bilinçlendirilmesi, erken yaşta eğitimlerin yapılması, okul müfredat programlarına konunun eklenmesi ve okulda güneşten korunma ile ilgili politikaların geliştirilerek, fiziki şartların gözden geçirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Deri kanseri konusunda yapılan birçok çalışma olmasına rağmen veri toplama yöntemleri farklı olduğu için karşılaştırma yapmak çok zor olmaktadır. Bu nedenle deri kanseri ve güneşten korunma konusunda ortak bir forumun kullanılması gereği ortaya çıkmaktadır.

Anahtar kelimeler: Güneşten korunma, deri kanseri, önleme, öğrenci, çocuk,

Kaynaklar:

1. Aktürk A., Yıldız D. K., Bilen N., Bayramgüller D., Kıran N., Onyedi M. Kocaeli Üniversitesi tıp fakültesine 1996-2003 yılları arasında başvuran deri kanseri olguları: Türkiye Klinikleri Journal Dermatology, 2006;16: 44-49
2. Hunter S., Love-Jackson K., Abdulla R., Zhu W., Lee J. H., Wells K. J., Roetzheim R. Sun protection at elementary schools: a cluster randomized trial: Journal of the National Cancer Institute, 2010;102(7): 484-492
3. Uysal A., Özsoy A. S., Ergül Ş. Öğrencilerin deri kanseri risklerinin ve güneş ışınlarından korunmaya yönelik uygulamaların değerlendirilmesi: Ege Tıp Dergisi, 2004;43(2): 95-99
4. Glanz K., Yaroch A. L., Dancel M., Saraiya M., Crane L. A., Buller D. B., Manne S., O'Riordan D. L., Heckman C. J., Hay J., Robinson J. K. Measures of sun exposure and sun protection practices for behavioral and epidemiologic research: Archives of Dermatology, 2008;144(2): 217-222
5. Geller A. C., Venna S., Prout M., Miller D. R., Demierre M. F., Koh H. K., Gilchrist B. A. Should the skin cancer examination be taught in medical school?: Archives in Dermatology, 2002;138(9): 1201-1203
6. Geller A. C., Rutsch L., Kenausis K., Selzer P., Zhang Z. Can an hour or two of sun protection education keep the sunburn away? evaluation of the environmental protection agency's sunwise school program: Environmental Health: A Global Access Science Source, 2003;3;2(1): 13
7. Gritz E. R., Tripp M. K., James A. S., Carvajal S. C., Harrist R. B., Mueller N. H., Chamberlain R. M., Parcel G. S. An intervention for parents to promote preschool children's sun protection: effects of Sun Protection is Fun!: Preventive Medicine, 2005;41(2): 357-66
8. Filiz T. M., Çınar N., Topsever P., Uçar F. Tanning youth: knowledge, behaviors and attitudes toward sun protection of high school students in Sakarya, Turkey: Journal of Adolescent Health, 2006;38: 469-471
9. Gilaberte Y., Alonso J. P., Teruel M. P., Granizo C., Gállego J. Evaluation of a health promotion intervention for skin cancer prevention in Spain: the SolSano program: Health Promotion International, 2008;23(3): 209-19
10. Quéreux G., Nguyen J. M., Volteau C., Dréno B. Prospective trial on a school-based skin cancer prevention Project: European Journal of Cancer Prevention, 2009;18(2): 133-44
11. Wright C., Reeder A. I., Gray A., Cox B. (2008): Child sun protection: sun related attitudes mediate the association between children's knowledge and behaviours. Journal of Pediatrics and Child Health, 44: 692-698
12. Reinau D., Meier C., Gerber N., Hofbauer G. F., Surber C. Sun protective behaviour of primary and secondary school students in north-western Switzerland: Swiss Medical Weekly, 2012;24: 142: W13520

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

13. Saridi M., Pappa V., Kyriazis I., Toska A., Giolis A., Liachapoulou A., Skliros E., Birbas K. Knowledge and attitudes to sun exposure among adolescents in Korinthos, Greece: *Rural and Remote Health*, 2009;9(4): 1162
14. Patel S. S., Nijhawan R. I., Stechschulte S., Parmet Y., Rouhani P., Kirsner R. S., Hu S. Skin cancer awareness, attitude, and sun protection behavior among medical students at the University of Miami Miller School of Medicine: *Archives Dermatology*, 2010; 146(7): 797-800
15. Spradlin K., Bass M., Hyman W., Keathley R. Skin cancer: knowledge, behaviors, and attitudes of college students: *Southern Medical Journal*, 2010;103(10): 999-1003
16. Horsley L., Charlton A., Waterman C. Current action for skin cancer risk reduction in english schools: pupils' behaviour in relation to sunburn: *Health Education Research*, 2002;17(6): 715-731
17. Benvenuto-Andrade C., Zen B., Fonseca G., De Villa D., Cestari T. Sun exposure and sun protection habits among high-school adolescents in Porto Alegre, Brazil: *Photochemistry and Photobiology*, 2005;81(3): 630-5
18. Rouhani P., Parmet Y., Bessell A. G., Peay T., Weiss A., Kirsner R. S. Knowledge, attitudes, and behaviors of elementary school students regarding sun exposure and skin cancer: *Pediatric Dermatology*, 2009;26(5): 529-35
19. Geller A. C., Shamban J., O'Riordan D. L., Slygh C., Kinney J. P., Rosenberg S. Raising sun protection and early detection awareness among Florida high schoolers: *Pediatric Dermatology*, 2005;22: 112-118
20. De Vries H., Willems K., Mesters I., Reubsaet A. Skin cancer prevention behaviours during summer holidays in 14 and 18-year-old Belgian adolescents: *European Journal of Cancer Prevention*, 2006;15(5): 431-8
21. Hymowitz M. B., Hayes B. B., Maury J. J., Geller A. C. Evaluation of medical students' knowledge, attitudes, and personal practices of sun protection and skin self-examination: *Archives of Dermatology*, 2006;142(4): 523-4
22. Naldi L., Chatenoud L., Bertuccio P., Zinetti C., Di Landro A., Scotti L., La Vecchia C.; Oncology Cooperative Group of the Italian Group for Epidemiologic Research in Dermatology (GISED). Improving sun-protection behavior among children: results of a cluster-randomized trial in Italian elementary schools. The "SoleSi SoleNo-GISED" Project: *Journal of Investigative Dermatology*, 2007;127(8): 1871-7
23. Livingston P. M., White V., Hayman J., Dobbinson S. Australian adolescents' sun protection behavior: who are we kidding?: *Preventive Medicine*, 2007;44(6): 508-12
24. Cercato M. C., Nagore E., Ramazzotti V., Guillén C., Terrenato I., Villena J., Lomuscio M., Natali P. G., Schönemann H. J. "Self and parent-assessed skin cancer risk factors in school-age children": *Preventive Medicine*, 2008;47(1): 133-5
25. Jones S. B., Beckmann K., Rayner J. Australian primary schools' sun protection policy and practice: evaluating the impact of the National SunSmart Schools Program: *Health Promotion Journal of Australia*, 2008;19(2): 86-90
26. Paul C., Tzelepis F., Parfitt N., Girgis A. How to improve adolescents' sun protection behavior? Age and gender issues: *American Journal of Health Behavior*, 2008;32(4): 387-98
27. Castilho I. G., Sousa M. A., Leite R. M. Photoexposure and risk factors for skin cancer: an evaluation of behaviors and knowledge among university students: *Anais Brasileiros Dermatologia*, 2010;85(2): 173-8
28. Fehér K., Cercato M. C., Prantner I., Dombi Z., Burkali B., Paller J., Ramazzotti V., Sperduti I., Nádas E., Parragi K., Menyhárt I., Natali P. G., Ember I. Skin cancer risk factors among primary school children: investigations in Western Hungary: *Preventive Medicine*, 2010;51(3-4): 320-4

29. Ergül Ş., Özeren E. Sun protection behavior and individual risk factors of Turkish primary school students associated with skin cancer: a questionnaire-based study: Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention, 2011;12: 765-770

30. Roetzheim R. G., Love-Jackson K. M., Hunter S. G., Lee J. H., Chen R., Abdulla R., Wells K. J. A cluster randomized trial of sun protection at elementary schools. Results from year 2: American Journal of Preventive Medicine, 2011;41(6): 615-8

31. Suppa M., Cazzaniga S., Fagnoli M. C., Naldi L., Peris K. Knowledge, perceptions and behaviours about skin cancer and sun protection among secondary school students from central Italy: Journal of the European Academy of Dermatology, 2012; DOI: 10.1111/J.1468-3083

664

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN MADDE KULLANIM DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Füsun E. Civil, Mustafa N. İlhan, Tuğba Özdemirhan, Emine Avcı, M. Ali Bumin

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş – Amaç: Gençler arasında madde kullanımı dünya genelinde yaygındır. Üniversiteler, öğrencilerin yetişkin denetiminden çıkıp bağımsızlık ve özgürlük kazandıkları yerlerdir ve üniversiteye başlayan öğrencilerin riskli davranışlara adım attıkları bilinmektedir. Riskli davranışlar gençlerin akranları tarafından kabulüne, aile içinde anne babadan bağımsızlığını kazanmasına, geleneksel değer ve normlara karşı çıkmasına, başarısızlık beklentisine, engellenmeler ve kaygıları ile başa çıkabilmesine, kimlik gelişimine ve olgunlaşmasına aracılık edebilmektedir. Genç erişkinler bu dönemde sağlıklarını olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek – sigara, alkol ve madde kullanımı gibi- birçok alışkanlığı edinebilirler.

Tıp fakültesi dönemi, hekimin eğitimindeki en zor dönemlerden biridir, öğrencilerinin önemli bir çoğunluğunun depresyon, tükenmişlik ve akranlarına göre daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bilinmektedir. Bu sıkıntılar öğrencilerin yaşamlarını kötü etkilemekte, hatta madde kullanımına, aile içi geçimsizliğe, kötü kişisel bakıma ve intihara da sebep olabilmektedir.

Ülkemizde madde kullanımı ile ilgili araştırmalar daha çok lise düzeyindeki yaş gruplarını hedeflemiş, yapılan az sayıda üniversite öğrencileri ile ilgili çalışmalar ise tıp fakültesi öğrencilerine pek değinmemiştir. Tıp fakültesi öğrencileri yaşadıkları stres ve maddelere ulaşmalarının kolay olması nedeniyle önemli bir risk grubudur.

Bu çalışmanın amacı 2010-2011 eğitim yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören öğrencilerde madde kullanım sıklığı ve etkili etmenleri belirlemektir.

Gereç – Yöntem: Araştırma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2010-2011 eğitim-öğretim döneminde öğrenim görmekte olan 1003 öğrenciye 04-28 Şubat 2011 tarihleri arasında "Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Madde Kullanım Durumlarının Değerlendirilmesi" isimli 28 sorudan oluşan anket formunun yüz yüze görüşme yönteminin uygulanması ile yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır. Ulaşım yüzdesi % 78,11'dir.

İlaç kullanma durumları "Hiç yaşamınız boyunca doktor tanısı dışında ilaç kullandınız mı?" olarak, madde kullanma durumları ise "Hiç yaşamınız boyunca uyuşturucu/yatıştırıcı madde kullandınız mı?" olarak sorgulanmıştır. Kategorik veriler sayı ve yüzde olarak, sürekli veriler ise ortalama±standart sapma ve ortanca (en küçük, en büyük) sunulmuştur. Verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Madde kullanımı üzerinde etkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 1003 öğrencinin % 53,8'i kız, % 46,2'si erkek; %44,0'ü 20 yaş ve altında, %53,8'i 21-25 yaş grubunda ve %2,2'side 26 yaş ve üzerinde; %98,8'i bekar; %2,6'sı hazırlık sınıfında, %19,1'i 1. sınıfta,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

%24,5'i 2. sınıfta, %20,3'ü 3. sınıfta, %11,5'i 4. sınıfta, %9,8'i 5. sınıfta ve %12,2'si ise 6. sınıfta okumakta; %69,0'ı tıp fakültesini kendi isteği ile tercih etmiş; %78,3'ü aldığı eğitimden memnun; %81,8'i sınıf/staj kaybı yaşamamış; %59,5'inin ailesi Ankara dışında yaşamakta; %36,9'u öğrenci evinde kalmakta; %35,7'sinin annesi yüksekokul/üniversite mezunu; %63,1'inin babası yüksekokul/üniversite mezunu; %56,9'unun annesi ev hanımı; %44,5'inin babası memur; %91,4'ünün anne ve babası birlikte yaşamakta; %83,1'i anne ve babasının ilişkisini 'huzurlu ve mutlu bir aile yaşamına sahipler.' olarak tanımlamakta; %39,5'inin aylık aile toplam geliri 2001-5000 TL arasında; %51,2'sinin aylık kişisel harcaması 500TL'nin altında ve %89,5'inin 3 ay ya da daha uzun süredir devam eden doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığı yoktur. Öğrencilerin %61,8'i yaşam boyu tütün ve ürünlerini (sigara, nargile, pipo gibi) kullanmadığını, %63,5'i yaşam boyu alkol ve ürünlerini kullanmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan 1003 öğrencinin yaş ortalaması 21,12±2,57 ve ortancası da 21 (17 – 44)'dir.

Doktor tanısı dışında ilaç kullanımı ile ilgili sorulara cevap veren 992 öğrencinin %77,3 (767)'nün ailesinde kullanan olmadığını, %51,8 (514)'i yaşamı boyunca kullandığını beyan etmiştir.

Madde kullanımı ile ilgili sorulara cevap veren 990 öğrenciden 26 öğrenci (%2,6) ailesinde uyuşturucu/yatıştırıcı madde kullanan olduğunu belirtmiş, 25 (2,5) öğrenci yaşamı boyunca en az bir kez, 13 (%1,31) öğrenci son bir yıl içerisinde, 3 (%0,3) öğrenci ise son bir ay içerisinde kullandığını ve 2 (%0,2) öğrenci ise halen uyuşturucu/yatıştırıcı madde kullandığını ifade etmiştir. Uyuşturucu/yatıştırıcı madde kullanma nedeni belirten 22 öğrenciden 6'sı merakı, 3'ü arkadaş çevresinden etkilenmeyi, 3'ü sıkıntı ve sorunlardan uzaklaşma isteğini, 5'i stresi, 3'ü eğlenceyi ve 6'sı keyif vermesini neden olarak sunmuştur (İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir.).

Yaşam boyu doktor tanısı dışında ilaç kullanma sıklığı devlet yurdunda kalanlarda, annesi yüksekokul/üniversite mezunu ve ev hanımı olanlarda, aile aylık toplam geliri 2001-5000TL olanlarda ve ayrıca ailede doktor tanısı dışında ilaç kullanan olmaması durumunda istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

Yaşam boyu uyuşturucu/yatıştırıcı madde kullanma sıklığı ailede uyuşturucu/yatıştırıcı madde kullanan olmayanlarda, yaşam boyu tütün-ürünlerini (sigara, nargile, pipo gibi) ve yaşam boyu alkol-ürünlerini kullananlarda istatistiksel anlamlı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşam boyu doktor tanısı dışında ilaç kullanmayı özel yurttan ikamet etmenin 2,20 kat (GA:1,29-3,77 ve $p=0,01$) arttırdığı; ailede doktor tanısı dışında ilaç kullanan olmamasının ise riski 0,12 kat (GA:0,08-0,18 ve $p=0,01$) azalttığı anlaşılmıştır.

Yaşam boyu uyuşturucu/yatıştırıcı madde kullanmayı ise evli olmanın 9,21 kat (GA:1,69-50,14 ve $p=0,01$), aldığı eğitimden memnun olmanın 2,90 kat (GA:1,16-7,23 ve $p=0,01$), 1001-1500 TL aylık kişisel harcaması olmasının 9,0 kat (GA: 2,66-30,44 ve $p=0,01$) ve 1501-2000TL olmasının 35,36 kat (GA: 6,30-198,33 ve $p=0,01$), yaşam boyu alkol ve ürünlerini kullanmanın 3,04 kat (GA: 1,16-7,95 ve $p=0,02$) arttırdığı görülmüştür.

Tartışma - Sonuç – Öneriler: Araştırmamızda yaşam boyu uyuşturucu/yatıştırıcı madde kullanma sıklığı %2,5 olarak saptanmıştır. Boğaziçi Üniversitesi'nde 2005 yılında 623 öğrenci ile yapılan bir çalışmada ise yaşam boyu en az bir kez yasa dışı madde kullanım sıklığı %9,2; 2006'da Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Ziraat Fakültesi ve Reyhanlı Sağlık Meslek Yüksek Okulu'ndan 396 öğrenci ile yapılan çalışmada %9,6 ve 2008 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi'nde 2016 öğrenci ile yapılan bir çalışmada yaşam boyu madde kullanım sıklığı %5,6 olarak saptanmıştır (1 - 3). 2012'de Akademik Psikiyatri dergisinde yayınlanan bir yorumda ise tıp fakültesi öğrencilerinin %3 - %10 sıklıkta yasadışı madde kullanımı bildirdikleri yer almıştır (4). Araştırmamızda elde edilen madde kullanım sıklığı diğer çalışmalarda belirtilenlerden daha düşüktür. Bunun nedeni tıp fakültesi öğrencilerinin bu konuda eğitim almış olmaları, diğer üniversite öğrencilerine göre sonuçlarını daha iyi bilmeleri ve hatta madde kullanımını deneyimlemiş hastalarla kliniklerde karşılaşmaları olabilir.

Çalışmamız tıp fakültesi öğrencilerinin de – her ne kadar akranlarına göre daha düşük sıklıkta da olsa- madde kullanımı riskinin etkisinde olduğunu göstermektedir. Daha fazla aylık kişisel harcamaya sahip ve yaşam boyu alkol - ürünlerini en az bir kez kullananlarda madde kullanım riskinin arttığı gösterilmiştir. Fakültelerdeki "Danışman Öğretim Üyesi" uygulamalarının daha işler hale getirilmesiyle riskli davranış sergileyen öğrencilerin daha erken tanınabilmesi ve bu riskli davranışlarla ilgili koruyucu önlemler alınabilmesi mümkündür. Bu

uygulamada öğrencilerin sadece erken tanınması değil, aynı zamanda öğrenciye stresle nasıl başa çıkabileceği, üniversitede tanıştığı yeni ortama nasıl uyum sağlayabileceği konularında destek olunabilir.

Anahtar Kelimeler: Madde, bağımlılık, öğrenci, üniversite

Kaynaklar:

- 1) Sevil Taner. Prevalence of tobacco, alcohol and substance use among undergraduate Boğaziçi University students and exploration of specified risk factors. Sosyal Bilimler Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. Ağustos 2005. (URL: http://gdb.comu.edu.tr/egitim/sevil_tez.pdf)
- 2) Ebru Turhan, Tacettin İnandı, Cahit Özer, Sabahat Akoğlu. Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9(1).
- 3) Serra GÖRGÜN, Ahmet TIRYAKI, Murat TOPBAŞ. Üniversite öğrencilerinde madde kullanma ve anne babaya bağlanma biçimleri. Anadolu Psikiyatri Derg 2010; 11:305-312.
- 4) Andreea Seritan, Justin Hunt, Angela Shy, Margaret Rea, Linda Worley. The State of Medical Student Wellness: A Call for Culture Change. Academic Psychiatry, 36:1, January-February 2012.

811

HEMŞİRELERDE ÇALIŞMA DÜZENİNİN KESİCİ-DELİCİ ALET YARALANMASI İLE İLİŞKİSİ

Rabia Türkmen¹, Aylin Karaca¹, Selçuk Demirler¹, Ayşen Akay¹, Ayşin Çelik¹, Emine Kılıç¹, Esra Çetin¹, Ezgi Malak¹, Gülsüm Kahraman¹, Hesna Yağmur Çıkrıkçıoğlu¹, Hikmet Altınay¹, Hikmet Baykara¹, İbrahim Kandemir¹, Meral Kapan¹, Perihan Kuzu¹, Zühriye Kar¹, Hakan Baydur²

¹Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ²Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sosyal Hizmet Bölümü

Giriş: İğne batması/kesici-delici alet yaralanması sağlık çalışanlarının en sık karşılaştıkları mesleki riskler arasında yer almaktadır. Sağlık çalışanlarında kesici-delici alet yaralanmasının önemini arttıran ana etmen, enfeksiyon riski ile karşı karşıya kalınmasından dolayıdır. Bu durum kaza ve meslek hastalığının birbiri peşi sıra meydana gelmesi olarak adlandırılabilir önemli bir mesleki sorunu ön plana çıkarmaktadır. Sorunun diğer önemli bir yanı ise çalışanların çoğu zaman bu riskin farkına varmaması ve yetersiz bildirimlerdir. Bu nedenle gizli kalmış, bilinmeyen olgular enfeksiyon riskinden, özellikle paranteral bulaşta önemli bir yeri olan HBV, HCV ve HIV enfeksiyonunun sağlık çalışanları arasında sık görülmesinde etkilidir.

Kesici-delici alet yaralanması farklı çalışmalarda sağlık çalışanlarında yıllık düzeyde %28'den %71.9'a farklı sıklıklarda olduğu gösterilmiştir. Özellikle çalışma saatlerinin düzensizliği, aşırı iş yükü, uykusuzluk ve yorgunluğun bu tür yaralanmalarda ana etmen olduğu düşünülmektedir.

De Graaf ve arkadaşlarının hasta popülasyonunda %19'luk HIV pozitifliğinin olduğu çalışma alanında kesici-delici alet yaralanması ve patojen materyal ile temas (göz, deri, mukoza) araştırmasında sözel olarak yaptıkları bildirimde, karşılaşmaya neden olan etmenler için çeşitli sübjektif değerlendirmeler yapmışlardır. Bunlar arasında dikkatsizlik, acele müdahale edilmesi gereken durumlar, yorgunluk, çalışma arkadaşları ve hastalar ile olan yanlış iletişim, kötü çalışma ortamı (ör: yetersiz aydınlatma vb.), uygun olmayan araç-gereç, kompleks girişimler ya da bu girişimlerin yapılabilmesi için yeterli deneyimin olmaması, hatalı uygulamalar, ekip üyesinin deneyimsizliği gibi nedenler sayılabilir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı hemşirelerde çalışma düzeninin (gece çalışması, hafta sonu çalışması, nöbet usulü çalışma, vardiyalı çalışma) kesici-delici alet yaralanması ile olan ilişkisini belirlemektir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç-Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışma Mayıs-Haziran 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Manisa CBÜ Hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Çalışmada örnek seçimi yapılmaksızın evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 211 hemşire ile görüşülmüş, katılım oranı %70 olarak gerçekleşmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelere araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik özelliklerden oluşan bireysel bilgi formu ve çalışma ortamı maruziyet bilgi formu, İş Gerilimi (Stresi) Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği sunulmuş ve doldurmaları istenmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni son bir yıl içerisinde iğne batması, kesici alet yaralanması varlığıdır. Bu bilgi katılımcıların öz bildirimine dayalı olarak elde edilmiştir.

Bağımsız değişkenlerden çalışma düzeni katılımcılara dört farklı şekilde sorulmuştur. Bunlar gece çalışması, nöbet usulü çalışma, hafta sonu çalışma ve vardiya düzeninde çalışmadır. Her bir çalışma düzeni ayrı ayrı analiz aşamasında değerlendirilmeye alınmıştır.

Araştırmanın analiz aşamasında kesici-delici alet yaralanması ile ilgili olabilecek tüm sosyodemografik değişkenler, çalışma yaşamına ilişkin özellikler, uykululuk düzeyi ve psikososyal etmenlerin öncelikle tek değişkenli karşılaştırması yapılmıştır. Tek değişkenli çözümlemede kategorik değişkenler için ki-kare, sürekli değişkenler için student t testi sınaması uygulanmıştır.

Her bir çalışma düzeninin kesici-delici alet yaralanması ile olan ilişkisini diğer olası karıştırıcı etmenler açısından düzeltilmiş olarak ortaya koyabilmek için çok değişkenli lojistik regresyon çözümlemesi uygulanmıştır. Model oluşturma yaklaşımında her bir çalışma düzeni değişkeni için 4 ayrı model kurgulanmış, bu modeller içerisinde yer alması gereken değişkenlerin neler olduğuna karar vermede literatür bilgisinde çoğunlukla anlamlı ilişki gösteren değişkenler çözümlenmeye dahil edilmiştir. Ayrıca yaş ile cinsiyet gibi değişkenler de bu model içerisinde düzeltme faktörü olarak bulundurulmuştur. Analizde iki kategorili bağımlı değişkenler için lojistik regresyon çözümlemesinde 'enter' yöntemi kullanılarak elde edilen bulgular Olasılıklar Oranı ve %95 güven aralığında sunulmuştur.

Verilerin analizinde SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %44.1'inin dahili bölümlerde çalıştığı, %42.7'sinin 26-30 yaş aralığında ve yaş ortalamaları 28.3 ± 4.9 olduğu %90.0'inin kadın, %54.0'ünün evli olmadığı, % 66.4'ünün çocuk sahibi olmadığı, %73.0'nün lisans yada yüksek lisans mezunu olduğu, %63.0'ünün sigara hiç kullanmamış yada bırakmış olduğu, %59.7'sinin alkol kullanmadığı, %87.7'sinin kronik hastalığı olmadığı, %98.1'inin fiziksel engeli olmadığı, %65.9'unun haftalık 40 saat çalıştığı, %62.1'inin sözleşmeli olduğu, %64.0'ünün sendika üyesi olduğu bulunmuştur. Ayrıca, %95.7'sinin gece çalışması, %94.8'inin hafta sonu çalışması, %95.7'sinin nöbetli çalışma ve %50.7'sinin vardiyalı çalışma sistemine göre çalıştıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin son 1 yıl içerisinde en az bir kez iğne batması ile karşılaşma sıklığı %38.4, kesici alet yaralanması yaşama sıklığı %16.6'dır. Son bir yılda kesici ya da delici alet yaralanması ile karşılaşma sıklığı %39.8 (84 kişi) olarak gerçekleşmiştir. Son bir yıl içerisinde kesici-delici alet yaralanması geçirenlerde bu olayı bir kez yaşama sıklığı %23.5, iki kez karşılaşma sıklığı %29.4, üçten fazla yaşama sıklığı ise %47.1'dir.

Sosyodemografik özellikler, çalışma süresi, statü, mesleki deneyim süresi ve uykululuk düzeyinin kesici delici alet yaralanması ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Psikososyal etmenlerden iş yükü, kontrol, sosyal destek ve iş gerilimi ile çalışma ortamı riskleri ile karşılaşma düzeyinin kesici-delici alet yaralanmasında etkili olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Çalışma düzenlerinin her biri ile karşılaşma açısından yapılan karşılaştırmalarda da anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Literatür ışığında oluşturulan çok değişkenli lojistik regresyon modelleri aracılığıyla her bir çalışma düzeninin (gece çalışması, nöbet usulü çalışma, hafta sonu çalışma ve vardiyalı çalışma) kesici-delici alet yaralanması ile olan ilişkisi sınanmış, fakat anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tartışma: Bu çalışmada son bir yıl içerisinde yaşanan iğne batması-kesici delici alet yaralanması geçirme oranı %39,8 olarak bulunmuştur. Birçok çalışmada kesici-delici alet yaralanması sıklığı farklı düzeyde bulunmuştur. Örneğin Smith ve arkadaşlarının Japonya’da yürüttüğü çalışmada herhangi bir etken ile yaralanma sıklığı %45.6 olarak bulunurken, bu yaralanmaların yalnızca %20.6’sı enjektör iğnesi, %32.3’ü ampul/flakondan kaynaklanmaktadır. Frijstein ve arkadaşlarını çalışmasında ise tehlikeli madde ile karşılaşmada en sık olayın %66 ile iğne batması, %17 kesiler ve %12 sıçramalar olarak bildirilmiştir. İskenderi’ye üniversite hastanesinde Hanafi ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada (2011) bir yıllık yaralanma sıklığı %67.9, Mazoor ve arkadaşlarını çalışmasında ise hemşirelerde bir yıllık yaralanma sıklığı %71.9’dur. Uçak ve arkadaşlarının Isparta Gülkent Devlet Hastanesinde sağlık çalışanlarında yaptıkları bir çalışmada ise son bir yılda kesici delici alet yaralanması sıklığının %62.5, yalnızca iğne batmasının %52.5 ile en sık karşılaşılan yaralanma türü olduğu görülmektedir. Omaç’ın araştırmasında kesici-delici alet yaralanması %67.2, %53.8’i enjektör iğnesi kaynaklıdır. Özarslan’ın çalışmasında ise hemşirelerde son bir yılda iğne batması %21.9, kesici alet yaralanması 12.7, cam kesici %10 olarak gerçekleşmiştir.

Bizim çalışmamızda hemşirelerin yıllık toplam yaralanma sayısı 261, hemşire başına yıllık yaralanma sayısı 1.23 kez gerçekleşirken, Smith ve arkadaşlarının çalışmasında bu sıklığın 0.75, Hindistan’da yapılan bir çalışmada ise 4.9 olarak hesaplanmıştır.

Bu alanda yapılan çalışmalarda yaralanma bildiriminin sorunlu olduğu belirtilmektedir. Azadi ve arkadaşlarının çalışmasında %45.9’luk kesici-delici yaralanmaya karşılık, bunların yalnızca %36.8’i bildirildiği, bildirilmeme nedeni olarak 1/3’ünün izlemiden hoşlanmadığını, 1/3’ünün ise riskli bir temas olmadığını belirtilmiştir. Voide ve arkadaşlarının İsveç üniversite hastanesinde bildirim eksikliğini inceledikleri çalışmalarında olayların toplamda 1/4’ünün bildirilmediği, en sık yaralanmanın hemşirelerde (%49.2) olmasına karşın en fazla bildirim eksikliğinin %42.7 ile invaziv girişim yapan hekimlerde olduğu iletilmiştir.

Bu çalışma özelinde son bir yılda kesici- delici alet yaralanması sıklığının düşük bulunmasının bir sebebi olarak, hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun iğne batması ya da kesici-delici alet yaralanması geçirme sorusunu kontamine yada enfekte materyalle yaralanma şeklinde düşünmesi ve kesici-delici yaralanma yaşamadım şeklinde cevaplaması olduğu düşünülmektedir.

Özellikle gece çalışmasının uyku kalitesini olumsuz etkilediği yönünde, bununda kazaları arttırdığına ilişkin bulgular bulunmaktadır. Bu çalışmada sorgulanan her bir çalışma düzeni ile kesici-delici alet yaralanması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı, ayrıca epworth uykululuk ölçeğinden elde edilen puan ile de ilişkinin belirlenmediği bulunmuştur ($p>0.05$). Olası karıştırıcı etkenlere göre düzeltildiğinde de (iş yükü, iş üzerinde kontrol, sosyal destek, yaş, cinsiyet vb.) kesici-delici alet yaralanması ile çalışma düzeni arasında ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$). Omaç’ın tez çalışmasında (2006) gece vardiyasında çalışma ve epworth uykululuk düzeyi, kesici-delici alet yaralanmasında anlamlı ilişki gösteren etmenlerdendir ($p<0.05$). Canini ve arkadaşlarının Brezilya’da üçüncü basamak hizmet sunan bir üniversite hastanesinde yürüttükleri çalışmada perkutan yaralanma ile tek değişkenli analizlerinde yalnızca gece çalışması ile anlamlı ilişki bulunurken, karışık vardiya düzeninde çalışma ile anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çok değişkenli analizlerinde ise hem gece hem de karışık vardiya düzeninde çalışma yapanlarda perkutan yaralanmanın daha fazla olduğu gösterilmiştir ($p<0.05$).

Yaralanma açısından ise farklı çalışmalarda her zaman durumun böyle olmadığı, bizim elde ettiğimiz bulgulardaki gibi farksızlıkların bulunduğu bildirilmektedir. Örneğin Patrician ve arkadaşlarının kesici-delici alet yaralanması ile vardiyaları ve klinikleri incelediği çalışmalarında; gece vardiyasında yaralanmanın daha az olduğu, hatta gece çalışmanın olduğu yoğun bakımda kesici-delici alet yaralanmasının anlamlı olarak daha az görüldüğü [0.45(0.16-0.99)] bildirilmiştir.

Suzuki ve arkadaşlarının Japonya’da sekiz hastanede çalışan hemşirelerde yürüttükleri çalışmalarında ilaç uygulama hatası [1.78 (1.35-2.34)] ile vardiyalı çalışma arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, hatalı tıbbi uygulama [1.28 (0.94-1.76)] ve kesici-delici alet yaralanması [1.18 (0.91-1.52)] ile vardiyalı çalışma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bu tür araştırmalarda verinin nasıl toplandığı ve değerlendirmeye alındığı önemli bir noktadır. Özellikle maruziyet süresi ve kişi açısından yapılan değerlendirmeler sonuçların değişkenliğini gösterme açısından önemlidir. Parks ve arkadaşlarının hastanede çalışanlar ve stajyer öğrencilerde yürüttükleri çalışmada gündüz mesaisinde kaza sayısının (gündüz=531, gece=214) ve ortalamasının (saat başına gündüz ortalaması=44.25, gece ortalaması=17.83) geceden anlamlı olarak daha fazla olduğunu göstermiştir ($p<0.001$). Bununla birlikte aynı çalışmada çalışan 1000 kişi-saat başına gece çalışması sırasında 60, gündüz çalışmasında 40 olayın meydana geldiği ve bunun 1.5 kez daha yüksek olduğu ($p<0.04$) bildirilmektedir.

Kesitsel çalışmalardan elde edilen bulgular ise daha dikkatle değerlendirilmesi gereken özelliindedir. Örneğin İlhan ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerde tüm çalışma yaşamları boyunca kesici-delici alet yaralanması geçirme ile gece vardiyasında çalışma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken [1.57 (0.97-2.54)], son bir yıldaki yaralanma durumu ile gece vardiyasında çalışma arasında risk yönünde anlamlı ilişki olduğu [3.12 (1.93-5.07)] bildirilmiştir.

Kısıtlılıklar: Bu çalışmada veriler öz bildirim dayalı toplanmıştır. Bu nedenle çalışma düzeni ve yaralanmayı algılama biçimi sonuçları etkilemiş olabilir. Araştırmacının kesitsel oluşu ve geçmişe yönelik hatırlama güçlüğü çalışmanın bir başka kısıtlılığıdır. Araştırma evreninin %70'ine ulaşılmış olması elde edilen yaralanma sıklığının olduğundan farklı olma olasılığını etkilemiş olabilir.

Sonuç: Hemşirelerde gece çalışması, hafta sonu çalışması, nöbet usulü çalışma ve vardiyalı çalışma ile kesici-delici alet yaralanması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Anahtar Sözcükler: Kesici-delici alet yaralanması, çalışma düzeni, hemşire.

Kaynaklar:

1. Omaç, M., Malatya İl Merkezinde Çalışmakta Olan Hemşirelerde Kesici-Delici Yaralanma Durumu ve Uygunluk Düzeyleriyle İlişkisinin İncelenmesi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2006, Malatya.
2. Gücük, M. ve ark., İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Çalışanlarında Kesici-Delici Alet Yaralanmaları, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 2002; 6: 72-81, İstanbul.
3. Altıok, M. ve ark., Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınan Önlemler, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009, 2(3), 71-79, İstanbul.
4. Uçak, A. ve ark., Sağlık Çalışanlarının Karşılaştıkları İş Kazaları ve Eğitimin İş Kazalarını Azaltma Durumuna Etkisi, Bozok Tıp Dergisi, 2011, 1(3), 7-15, Yozgat.
5. Talaat, M. ve ark., Occupational Exposure to Needlestick Injuries and Hepatitis B Vaccination Coverage Among Health Care Workers in Egypt, American Journal of Infection Control, December 2003, 31(8):69-474.

889

KAYSERİ İLİNDE 2011 YILI KANSER VAKALARI

Rukiye Yalap Tuna¹, Emel Güden², Yunus Karadağ¹, Ahmet Öksüzkaya²

¹Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğü, ²Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Kanser dünyada hemen her ülkede mortalite ve morbitide oranları açısından önde gelen bir sağlık sorunudur. Yaşlı nüfus oranının artması ve gelişen teknoloji ile çevresel karsinojenlerle temasın artışına da bağlı olarak kanser sayısının progresif olarak artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Farklı toplumlarda görülen farklı kanser dağılımları, çevre faktörleri ve bu toplumlardaki insanların sosyal alışkanlıkları, yaşam biçimleri gibi ilişkilerinin incelenmesi sağlanmalıdır. Bu gibi değişimlerin incelenebilmesi için öncelikle mevcut kanser vakalarının sayısı belirlenmelidir.

Ülkemizde ölüm nedenleri arasında 2.sıraya yükselmesi ve görülme sıklığındaki artışlar nedeniyle, kanser kontrol programlarının oluşturulması ve stratejik eylem planlarının uygulamaya geçirilmesi söz konusu olmuştur.

Bu çalışmada Kayseri il genelinde 2011 yılı içinde kanser teşhis konulan vakaların dağılımının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 2011 yılı içinde Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Kontrol Birimi'ne gönderilen Kanser Kayıt Bilgi Formu esas alınarak yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma kapsamına yıl içinde gönderilen bütün formlar dahil edilmiştir. Veriler bilgisayarda SPSS programında değerlendirilmiş, istatistiksel analizde ki kare testi ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmış ve $p < 0.05$ düzeyi anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: 2011 yılında Kayseri il genelinde toplam 1991 kanser vakası bildirilmiştir. Kayseri ili 2011 kanser insidansı yüzbinde 158.6 olarak hesaplanmıştır. Kanser insidansı erkeklerde yüzbinde 189,6, kadınlarda ise yüzbinde 127.2 olarak belirlenmiştir.

Değerlendirilen vakaların %60.1'i erkek, %39.9'u kadındır. Hastaların yaş ortalaması 59.2 ± 15.7 (min=1, max=93)'dir. Yaş ortalaması erkek hastalarda 61.1 ± 14.9 ve kadın hastalarda 56.3 ± 16.4 olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($t=6.664$, $p < 0.001$).

Kanser teşhisi konulan hastaların %48.2'sinin 55-74 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Hastaların cinsiyete göre yaş gruplarına dağılımı incelendiğinde; erkek hastaların en fazla 55-64 yaş aralığında (%27.6), kadın hastaların ise 45-54 yaş aralığında (%23) buldukları belirlenmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2=89.219$ $p < 0.001$).

Araştırma kapsamına alınan hastalarda tümörün ilk yerleştiği organ ve lokalizasyonuna göre değerlendirildiğinde bölgede görülen ilk 5 kanser türü akciğer (%13.5), mesane (%11.5), meme (%10.8), mide (%8) ve kolon (%6.5) kanseridir. Kanser türleri cinsiyete göre değerlendirildiğinde; erkek hastalarda sırasıyla %19.4'ünde akciğer, %17.2'sinde mesane, %15.4'ünde prostat, %9.1'inde mide ve %6.9'unda kolonda lokalize olduğu saptanmıştır. Kadın hastalarda ise sırasıyla %26.3'ünde meme, %9.2'sinde troid, %7.9'unda kolon, %6.4'ünde mide ve %5.8'inde ciltte lokalize olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların %78.6'sında tanıya esas yöntem patoloji iken %4.9'unda radyoloji, %4.5'inde cerrahi, %1.5'inde sitolojidir. Hastaların %10.5'inde tanı yöntemi belirtilmemiştir.

Tümörün evresi değerlendirildiğinde hastaların %1.4'ünde insitu, %30.6'sında lokalize, % 10.5'inde bölgesel yayılım ve %7.6'sında uzak metastaz olduğu belirlenmiştir. Hastaların %49.7'sinde ise tümörün evresi bilinmemektedir. Erkek hastaların %0.9'unun insitu, %30.6'sının lokalize, %10'unun bölgesel yayılım ve %8'inin uzak metastaz evresinde tanı aldıkları, kadınlarda ise bu oranların sırası ile %2.2, %30.8, % 11.5 ve %6.9 olduğu belirlenmiştir. Hastaların cinsiyetlerine göre evre ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=7.171$ $p=0.127$).

Hastaların tedavi sürecinde %54.9'unda cerrahi, %19.3'ünde kemoterapi, %1.5'inde radyoloji ve %0.1'inde ise hormonoterapi temel tedavi olarak uygulanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Yapılan bir çalışmada Türkiye'de kanser görülme sıklığı yüzbinde 229 kişi olarak belirtilmektedir. Trabzon'da 2004 yılı yılında yapılan çalışmada yüzbinde 136.8 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada da Trabzon'da yapılan çalışmayla benzer şekilde araştırma bölgesinde kanser insidansı Türkiye ortalamasından daha düşük bulunmuştur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hatay ilinde yapılan kanser vakalarının sıklığı ve dağılımı ile ilgili çalışmada kanser tanısı alan hastaların %51.2'sinin erkek olduğu ve erkek olguların yaş ortalamasının kadın olgulara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Van Gölü havzasında yapılan bir diğer çalışmada hastaların %61'inin erkek olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda kanser teşhisi konulan hastaların %60'ünün erkek olduğu ve erkek hastalarda yaş ortalamasının kadın hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular ülkemizde yapılan diğer çalışmalardaki kanser oranları ile benzerlik göstermektedir.

Kanser insidansı 55 yaşından sonra belirgin bir artış göstermektedir. Van Gölü havzasında yapılan çalışmada erkek hastaların %40.8'inin, kadın hastaların %32.5'inin 56-70 yaş aralığında olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada da %48.2'sinin 55-74 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Çalışmada hastaların cinsiyete göre yaş gruplarına dağılımı değerlendirildiğinde kadın hastalarda erkek hastalara göre daha düşük yaş gruplarında vaka oranlarının yüksek olduğu belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir.

Trabzon'da yapılan bir çalışma sonucunda erkeklerde en sık karşılaşılan kanser türleri sırasıyla akciğer, deri, mesane, mide ve prostat kanserleri, kadınlarda ise en sık karşılaşılan kanser türleri sırasıyla meme, deri, tiroit bezi, mide ve akciğer kanserleri olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde erkeklerde ilk sırada akciğer ve kadınlarda meme kanserinin görüldüğü belirlenmiştir.

Teknolojinin ve tıbbın gelişmesi ile birlikte gelişmiş laboratuvarlar, daha iyi görüntüleme metotları ve tarama çalışmalarının yaygınlaşması ile birlikte kanserin daha erken evrelerde teşhis edilme oranı da artmıştır. Çalışmamızda hastaların %32'sinin insitu ya da lokalize evrede tespit edildiği belirlenmiştir. İzmir ilinde yapılan bir çalışmada hastaneye başvuru açısından cinsiyet ve evre ilişkisi incelendiğinde kadınların erkeklere oranla daha erken evrelerde hastaneye başvurdukları belirtilmiştir. Bu çalışmada ise cinsiyet ve evre ilişkisi arasında önemli bir farklılık saptanmamıştır.

Sonuç olarak; bölgemizde erkeklerde kanser vakaları kadınlara oranla daha sık görülmektedir. Kanser teşhisi konulan kadınların yaş ortalaması erkeklere göre anlamlı olarak daha düşüktür. Erkeklerde en sık akciğer, mesane ve prostat kanseri görülürken kadınlarda en sık meme, tiroit ve kolon kanserinin görüldüğü saptanmıştır. Toplumda kanser riskini en aza indirmek için koruyucu hekimlik kapsamında gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Kanserinin daha erken evrede saptanabilmesi için toplum tarama programlarının artırılması, tanı olanaklarının geliştirilmesi ile etkin tedavinin sağlanması kansere bağlı ölümleri azaltabilir.

Anahtar kelimeler: Kanser, Epidemiyoloji, Kayseri

Kaynaklar:

1. Arıca S, Nazlıcan E, Özer C, Benk Şifeler D, Arıca V, Özgür T, Özaydın Ü. Hatay ilinde 2008 yılı kanser vakaları sıklığı ve dağılımı, Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2011;2(2):192-195
2. Çolak HE, Yomrakoğlu T, Coğrafi bilgi sistemleri ile istatistiksel kanser haritalarının üretilmesi: Trabzon örneği. II.Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı, 2-6 Nisan 2007, Ankara
3. Kösem M, Uğraş S, Özen S, Bayram İ, Ceran F, Oral H, Polat S. Van Gölü havzasında kanser sıklığı ve dağılımı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2001;26:30-36
4. Haydaroğlu A, Bölükbaşı Y, Özsrın Z. Ege Üniversitesinde kanser kayıt analizleri (34134 olgunun değerlendirilmesi) Türk Onkoloji Dergisi 2007;22(1):22-28

931

KIRKLARELİ VE LÜLEBURGAZ'DA 2011 YILINDA GÖRÜLEN İNTİHAR GİRİŞİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Önder Porsuk¹, Okan Badıllıoğlu², Çiğdem Cerit³, Birkan Buzol³

Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü¹, Lüleburgaz Toplum Sağlığı Merkezi², Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü³

Giriş ve Amaç: İntihar istemli olarak kişinin yaşamına son vermesidir. İntihar davranışları, intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar olarak üç boyutta düşünülebilir. Birçok ülkede tüm yaş gruplarında

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

intihar, ölüm nedenleri arasında ilk on sırada yer almaktadır. Bu çalışmada Kırklareli il merkezi ve Lüleburgaz ilçesinde 2011 yılında acil servise başvuran, intihar girişiminde bulunan kişilerin özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bakanlığı'nın başlattığı "Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı"nda Kırklareli ilinde tüm acil servislere intihar girişimiyle gelen olgulara, ilk müdahalesi yapıldıktan sonra, acil servis ekibi tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanarak form doldurulmaktadır. Hastalara Kırklareli ve Lüleburgaz Devlet Hastanelerinde bulunan "Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimleri" hakkında bilgi verilmekte, isterlerse kendileri için uygun zamanda görüşmeye çağrılmaktadırlar. Acil serviste doldurulan formda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, mesleği, varsa önceki girişimleri, psikiyatrik tedavi durumu ve girişim sebebi sorgulanmaktadır. İnceleme "Acil Servis Ünitesi İntihar Girişimleri Kayıt formu" isimli bu formlar kullanılarak yapılmıştır. Elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Çalışma için Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmıştır.

Bulgular: 2011 yılında Kırklareli (n:137) ve Lüleburgaz (n:123) Devlet Hastanelerine başvuran intihar girişimi vakalarının yaşlarına göre dağılımında 15-24 yaş arası, Kırklareli'nde %69.3, Lüleburgaz'da %56.9 ile intihar girişimlerinin en sık görüldüğü gruptur. Yaş ilerledikçe intihar girişimlerinde azalma gözlenmiştir. Hastanelere başvuran intihar girişiminde bulunmuş vakaların Kırklareli'nde %79.6'sı kadın, %20.4'ü erkek, Lüleburgaz'da ise %74.8'i kadın, %25.2'si erkektir. Kadınların intihar girişimi oranı, erkeklere oranla oldukça fazladır. Medeni durumları değerlendirildiğinde ise Kırklareli'nde bekârların %60,6 oranı ile ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Evli olanların oranı ise %31,4'tür. Lüleburgaz'da da benzer şekilde bekârlar %56,1 oranı ile ilk sırada yer alırken, evli olanların oranı ise %37,7'dir. Kırklareli Devlet Hastanesine başvuran intihar girişiminde bulunmuş vakaların % 41.6'sı lise öğrencisi veya mezunudur. İlköğretim mezunu olanların oranı ise % 40.1 ile ikinci sırada yer almaktadır. Lüleburgaz Devlet Hastanesine başvuran vakaların ise %43.9'u ilköğretim mezunu, %39.8'i lise öğrencisi veya mezunudur. Kırklareli'nde intihar girişimi vakalarının %40,1'i öğrenci, %22,6'sı çalışan, %23,4'ü ev hanımı, %11,7'si çalışmamaktadır. Bu anlamda üretimde yer almayanların toplamı % 75,2'ye denk gelmekte ve üretimde yer almıyor olmak sosyal bağların güçsüzleşmesi ve kriz ortamını tetikleyen bir unsur olarak değerlendirilebilir. Lüleburgaz'da ise vakaların %24,6'sı öğrenci, %27,9'u çalışan, %23,8'i ev hanımı, %20,5'i çalışmamaktadır. İntihar girişimlerinde yöntem olarak Kırklareli'nde % 92, Lüleburgaz'da %94.3 oranı ile ilaç kullanımı ilk sırada yer almaktadır. Kırklareli Devlet Hastanesine başvuran intihar girişiminde bulunmuş vakaların %35'i aile nedeni ile, %6,6'sı yalnızlık nedeni ile, %5.8'i iletişim sorunları nedeni ile, %10.9'u ruhsal hastalık nedeni ile, %5.1'i karşı cinsle yaşadıkları sorunlar nedeni ile intihar girişiminde bulduklarını ifade etmişlerdir. Lüleburgaz Devlet Hastanesine başvuran vakaların ise sırasıyla %39.2'si aile nedeni ile, %12.5'i ruhsal hastalık, %12.5'i karşı cinsle yaşadıkları sorunlar, %8.3'ü iletişim sorunları, %4,2'si yalnızlık nedenleriyle intihar girişiminde bulduklarını beyan etmişlerdir. Kırklareli'nde intihar girişimi olan vakaların %20.4'ü, Lüleburgaz'da ise %23.6'sı daha önce intihar girişiminde bulunmuştur. Kırklareli'nde intihar girişiminde bulunmuş vakaların %33.6'sına, Lüleburgaz'da ise %31.7'sine daha önce bir tanı konulmuştur. Kırklareli Devlet Hastanesi'ne başvuran intihar girişiminde bulunmuş vakaların %65,7'sine, Lüleburgaz Devlet Hastanesi'ne başvuran vakaların ise %75.6'sına son 6 ay içinde her hangi bir psikiyatrik tedavi ve takip yapılmamıştır.

Tartışma /Sonuç ve Öneriler: TÜİK verilerine göre Kırklareli ili, Türkiye genelinde en çok intihar vakalarının yaşandığı bölge olan Batı Marmara'da yer almaktadır. Bu nedenle koruyucu- önleyici ve izleme çalışmaları önem kazanmaktadır. Çalışmamızda, Kırklareli ve Lüleburgaz'da 15-24 yaş aralığında, bekar, kadın, öğrenci ve ev hanımlarında intihar girişimlerinin daha çok görülmesi bu gruplara yönelik çalışmaların öne çekilmesi gerektiği sonucunu doğurmuştur. Öğrencilerde gelişim dönemi problemleri, sosyal uyum ve duygusal ilişki sorunları ile birleştiğinde intihar girişimi riskini arttırmaktadır. Kadınlar için ise üretim ilişkilerinin dışında yer almak, aile içi rol ve güç çatışmalarının yarattığı sorunların intihar girişimlerini tetiklediği görülmektedir. İntihar girişimlerinde en çok ilaç kullanımı yöntem olarak yer almaktadır. İlaç kullanımı, ilacın kolay ulaşılabilir bir araç olmasının yanı sıra intihar girişiminde bulunanların yaşamlarını sonlandırma konusundaki kararsızlıklarına da işaret ettiği düşünülmektedir. İntihar girişiminde bulunanların çoğunluğunun 15-24 yaş grubunda yer alıyor olması gerçek intihar niyetinin yanı sıra, ilgi çekme, taklit ve çevrelerindeki insanları cezalandırma aracı olarak da kullandıkları düşüncesine yol açmaktadır. Aile, yalnızlık, iletişim sorunları, karşı cinsle yaşadıkları sorunlar en önemli intihar girişimi nedenleridir. Bütün bu veriler sosyal ilişki, rol ve güç ilişkilerinin toplumsal bağları zayıflattığı ve intiharı tetiklediği yönündeki yaklaşımları destekler niteliktedir ve bu açıdan anlamlıdır. Hastanelere başvuran intihar girişiminde bulunmuş vakaların kayda değer bir kısmı daha önce intihar girişiminde bulunmuştur. İntihar

girişiminde bulunmuş olan kişilerin, takibi, dahil oldukları sistemlerle birlikte ele alınıp değerlendirilmeleri ve mutlaka izlem çalışmaları yapmak gerekliliği tespit edilmiştir. Çünkü birden fazla intihar girişiminin tamamlanmış intihar riskini arttırdığı bilimsel teoriler ve verilerle örtüşen bir gerçekliktir. Bu nedenle özellikle bu grubun izlenmesi ve gerekli çalışmaların yapılması faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: İntihar Girişimleri, Acil Servis

Kaynaklar:

- 1) Türkiye İstatistik Kurumu, İntihar İstatistikleri, 2010.
- 2) Cerit Ç, Buzol B, Bıyıklı D, Cerit Ö. Kırklareli İlinde Acil Servislere Başvuran İntihar Girişimlerinin Profili, 2006. 11. Pratisyen Hekimlik Kongresi, Antalya, 8-12 Kasım 2006.

929

MERAM SAĞLIK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİNDEKİ ÖLÜM BİLDİRİMLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Yasemin Durduran¹, Said Bodur¹, Enver Çakıl²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, ²Meram Sağlık Grup Başkanlığı

Giriş ve Amaç: Aile hekimleri kendi nüfuslarına tarama, tedavi, izlem konularında hizmet vermektedirler. Bölgelerinde ölüm gerçekleştiğinde ölüm bir hastanede gerçekleşmişse hastaneden, evde gerçekleşmişse toplum sağlığı merkezinden görevlendirilen bir hekim ve bazı durumlarda da aile hekimi tarafından defin formu düzenlenmektedir. Bu çalışmada, Meram Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesinde (Meram SEAB) hastanede veya evde gerçekleşen ölümlere ait defin formlarının, hizmet kalitesinin artırılması ve kayıtlarda yaşanan aksaklıkların belirlenmesi için değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu betimleyici arşiv çalışması, 2012 yılında Konya’da Mart-Nisan aylarında yapıldı. Çalışmaya Meram SEAB’da ikamet edip 2011 yılında hastane ve evde ölenlerin tümü dâhil edildi. Çalışma öncesinde kurumsal izin alındı. Çalışmada Meram Sağlık Grup Başkanlığı’na bildirim yapılan ölümlere ait mevcut bilgiler üzerinde çalışıldı. Ev ve hastane ölüm bilgilerinden mükerrer olanlar birleştirildi. Değişkenler yaş, cinsiyet, ölüm nedeni ve ölüm yeri idi. Veriler kodlanarak elektronik ortamda değerlendirildi. Analiz olarak betimlemede yüzde ve ortancadan, verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi ve Mann-Whitney U testinden yararlanıldı.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen 1185 ölümün % 46’i evde, % 54’i hastanede gerçekleşmişti. Hastanede olan ölümlerin formları hastanede düzenlenmişti. Ev ölümlerinde defin formlarının % 24’ü toplum sağlığı merkezleri, % 22’si ise Aile Sağlığı Merkezleri tarafından düzenlenmişti. Ölümlerin % 54’ü erkek, % 46’sı kadındı. Ölümlerin cinsiyete göre dağılımında erkekler istatistiksel olarak daha fazlaydı (p=0.01). Beş yaş altı orantılı ölüm hızı % 6.3, 50 yaş üzeri orantılı ölüm hızı % 86.4’tür. Günün saatlerine göre ölüm sıklığı uniform dağılım göstermektedir ve saatlere göre farklılık yoktur (p>0.05). Ölüm yaşı ortancası erkeklerde 73(0-111) yıl, kadınlarda ise 78 (0-111) yıl idi (p<0.001). Ölümlerin aylara göre dağılımı % 7.8 ile % 9.3 arasında değişmekteydi. Evde olan ölümlerin % 91’ine “hastalık sonrası ölüm” diye yazılmıştı. Ölüm nedenlerinde ilk sırayı % 40 ile kardiyak nedenler almaktaydı. İkinci sırada % 17 ile solunumsal nedenler, üçüncü ve dördüncü sırada ise % 11 ile kanserler ve serebrovasküler nedenler gelmekteydi. Ölenlerin % 5’i bebek, % 72’si 65 ve üzeri yaşta idi. Kanserle ilgili ölümler erkeklerde daha fazla idi (62.1) (p=0.05). Hem erkeklerde hem kadınlarda ilk iki ölüm sebebi kalp ve solunumla ilişkili olup, sebebe orantılı ölüm hızları sırasıyla erkeklerde % 39 ve % 18, kadınlarda % 42 ve % 15 idi.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Evde olan ölümlerin, tüm ölümlerin yarıya yakını oluşturması farklı nedenlerden olabilir. Bu konu üzerinde de çalışmalar yapılabilir. Evde gerçekleşen ölümlerinin nedenleri tam olarak belirtilmemektedir. Ölüm nedenlerinde ilk sırayı kardiyak nedenler almaktadır. Ölüm nedenlerinin incelendiği başka çalışmalarda da ilk neden benzer şekilde kardiyovasküler hastalıklardır (Vehid ve ark 1998, Bütün ve ark 2004, Turla ve ark 2005). Bu nedenle kardiyovasküler hastalıklardan korunmada yaptırım gücü yüksek tedbirler

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

alınması için saha araştırmaları ve eğitimler yapılabilir. Ölümler kayıt altına alınırken dolaylı neden yerine, asıl ölüm nedeninin araştırılarak yazılması epidemiyolojik çalışmalara yön verebilir. Başka çalışmalarda da vurgulandığı gibi (Turla ve ark, 2005), belgede ölüm nedeninin tam yazılmadığı ya da asıl ölüm nedeninin yazılmadığı defin formlarının irdelenmesi epidemiyolojik çalışmaları destekleyemez. Okyay ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da belirtildiği gibi, hekimlere ölüm nedeninin tanımlanması ve ölüm belgesi doldurulması eğitimlerinin periyodik olarak yapılması bu konuda yararlı olabilir. Sonuç olarak, defin formları en azından tam olarak doldurulmalı, ölüm sebebi de asıl sebebe ışık tutacak şekilde yazılmalıdır. Bu tarz çalışmaların çalışanlarla paylaşılması gerektiği kanaatindeyiz. Bu yolla, formlardaki eksikliklerin formu dolduranlarla birlikte gözden geçirilmesinin sağlanması gündeme gelerek, formların eksiksiz ve nasıl doldurulması gerektiğinin birlikte tartışılmasının düzenli veri toplanmasına yardımcı olması umulmaktadır. Ayrıca defin formlarından o bölgedeki ölümlerinin taranmasıyla önlenemez nedenli olanlar için alınacak önlemler tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Ölüm kaydı, defin formu, ölüm nedeni, Meram

Kaynaklar:

Bütün C., Beyaztaş F.Y., Çelik M., Kılıçoğlu B. Defin ruhsatlarında belirtilen ölüm nedenlerinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006;28(3):79-83.

Okyay P., Bilgen M.A., Dirlik M., Barutca S. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi 2008-2009 yılı ölüm nedenleri istatistiklerinde değişim: Bir müdahale çalışması, Aydın. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2011;12(1):1-10.

Turla A., Özkanlı Ç., Kocakaya M. Defin ruhsatı (ölü gömme izin kağıdı) düzenlenmesindeki hata ve eksiklikler. 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 2005;22(2):85-92.

Vehid S., Köksal S., Aran S.N., Kaypmaz A., Sipahioğlu P., Özbal A.N. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 1998 yılında meydana gelen ölümlerin dağılımının incelenmesi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi, 2000;31(1):16-22.

303

MUĞLA'DA 1997-2010 YILLARINA AİT TALASEMİ TARAMALARININ SONUÇLARI

Metin Pıçakçıefe¹, İskender Gencer², İsmail Hakkı Timur², Sultan Koçal², Neşe Türedi², Çiğdem Candemir², Funda Özer Pınar², Sevinç Sütçü²

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ²Muğla İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Talasemi ve anormal hemoglobinler, malarya hipotezi açıklanan doğal seleksiyon nedeni ile özellikle tropikal ve subtropikal bölgelerde sık görülmesine rağmen göçler nedeni ile dünyanın birçok yerinde önemli halk sağlığı sorunu oluşturmuştur (1). ABD ve Kanada'da 1960 yıllara kadar Yunan ve İtalyan kökenli hastalar, yoğunlukta iken son elli yılda her iki ülkede Asya kökenli hastalar ön plana çıkmıştır. İngiltere'de son yıllarda Kıbrıs orijinli hastaların yerini Pakistan kökenliler almaktadır. Kuzey ve Batı Avrupa ülkelerinde de göçler nedeni ile talasemi ve hemoglobinopati sorun olmaya başlamıştır (2,3,4,5). Ülkemizdeki sıklığı ise Doğu Anadolu'da %3.4, Akdeniz ve Ege bölgelerinde ise %11, Adana'da %3.4 olarak bulunmuştur (6,7). Bu çalışmada Muğla ili ve ilçelerinde yapılan talasemi taramalarının sonuçlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Muğla İl Sağlık Müdürlüğü'nün 1997-2010 yıllarına ait talasemi taramalarının kayıtları, 2-20 Şubat 2011 tarihleri arasında Muğla İl Sağlık Müdürlüğüne gidilerek retrospektif olarak incelenmiştir. Talasemi taramaları ilköğretim okullarının 8. Sınıf öğrencilerine, evlenmek isteyenlere ve doktorun muayenesi sırasında talasemi şüphesi olan kişilere yapılmıştır. Çalışmanın değişkenleri sosyodemografik özellikler ve kan ile ilgili özellikler alt başlıklarında irdelenmiştir. Tarama yapılan kişilerden kan örneği alınarak HPLC (*high-pressure liquid chromatography*) yöntemiyle inceleme yapılmıştır. Veri, SPSS 17.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Muğla il ve ilçelerinde toplam kayıtlı 130 373 öğrenciden 123 228'ine (%94.5) tarama yapılmıştır. Bakılan HPLC sayısı 101 496'dır. Öğrencilerin %95.31'si (96 717) normal bulunmuş, %0.02'si (25) hasta olarak değerlendirilmiştir; %0.01'i Talasemi Major (11), %0.01'i Talasemi Intermedia (10), 4 öğrenci diğer Hb hasta. Öğrencilerin %4.67'si (4 754) taşıyıcıdır; %3.94'ü Talasemi Minor (3 995), %0.20'si Orak Hücreli Anemi(217), %0.53(542) diğer Hb taşıyıcı.

Evlenmek isteğiyle başvuranların 113 676'sinden kan örneği alınmıştır. Başvuranların % 96.25'i (109 418) normal bulunmuş, %0.02'si (23) hasta olarak değerlendirilmiştir; 1 kişi Talasemi Major, %0.01'i Talasemi Intermedia (17), 5 kişi diğer Hb hasta. Başvuranların %3.72'si (4 235) taşıyıcıdır; %3.12'si Talasemi Minor (3 542), %0.18'si Orak Hücreli Anemi (200), %0.43 (493) diğer Hb taşıyıcı.

Doktorun isteğiyle başvuranların 32 741'inden kan örneği alınmıştır. Başvuranların % 82.57'si (27 039) normal bulunmuş, %0.28'i (92) hasta olarak değerlendirilmiştir; %0.04'ü Talasemi Major (14), %0.19'u Talasemi Intermedia (63), %0.05'i diğer Hb hasta (15). Başvuranların %17.14'ü (5 610) taşıyıcıdır; %14.9'u Talasemi Minor (4 877), %0.62'si Orak Hücreli Anemi (202), %1.62 (531) diğer Hb taşıyıcı.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Muğla'da talasemi hastalarının sıklığının düşük, taşıyıcı sıklığının ise yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Bu durum koruyucu programların yani; tarama çalışmaları, halk eğitimi, genetik danışma ve doğum öncesi tanı yöntemleri kullanılarak talasemi ve anormal hemoglobülinli hasta çocuk doğumlarının en aza indirildiğini göstermesi açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: Talasemi, tarama, öğrenci, evlilik

Kaynaklar:

1. Canatan D. 5th International Thalassaemia Summerschool.
2. Weatherall DJ and Clegg JB: The thalassaemia syndromes.(4th edition). Blackwell Scientific Publications. Oxford.2001; 3-62; 597-629.
3. Model B, Khan M, Darlison M, King A, Layton M, Old J, Petrou M, Varnavides L: A national register for surveillance of inherited disorders: B thalassaemia in the United Kingdom. Bull of the WHO;79(11), 2001.
4. Galanello R, Eleftheriou A, Traeger-Synodinos J, Old J, Perou M, Angastiniotis M: Prevention of Thalassemiyas and other haemoglobin disorders , TIF Publications(3),Volume 1, 2003.
5. Vichinsky EP, MacKlin EA, Waye JS, Lorey F, Olivieri N: Changes in the epidemiology of thalassaemia in North America: A new minority disease. Pediatrics;116:e818-e825, 2005.
6. Arcasoy A. Hemoglobinopathies in Turkey. Pediatric Hematology and Oncology department, Ankara University.
7. Koçak R, Alparslan Z N, Ağrıdağ G, Başlamışlı F, Aksungur P D, Kotlaş S. The frequency of anemia, iron deficiency, hemoglobin S and beta thalassaemia in the South of Turkey. *European Journal of Epidemiology*, 1995; 11: 181-4

373

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEK OKULU 1.SINIF ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK AÇISINDAN RİSKLİ DAVRANIŞLARIN SIKLIĞI

Elif Durukan, Cihangir Özcan, Sare Mihçioğur, Nihal Bilgili Aykut, Ayşe Akın

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş: 15-24 yaş olarak tanımlanan gençlik dönemi, sağlıkla ilgili tutum ve davranışların oluşturulup tüm yaşama yerleştirileceği bir dönemdir (1). Birçok riskli davranış önlenemez olmasına karşın ergen ve gençler zarar görmekte, hatta bazı durumlarda ölüm ile sonuçlanabilmektedir (2). Riskli sağlık davranışlarının kazanılması gençlik döneminde başlayıp yetişkinlikte devam etmektedir (3).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Üniversite, gençlerin birçok alışkanlığı kazanabilecekleri ortamlardan biridir. Araştırmalar, öğrencilik yıllarının strese artış, fiziksel aktivitede azalma, kötü ve yetersiz beslenme alışkanlığı ve alkol, tütün kullanımı gibi büyük değişikliklere sebep olduğunu göstermiştir (4).

Türkiye’de üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda sigara içme sıklığı %22,5-30.7 , alkol kullanma % 10.6-33.2 ve uyuşturucu madde kullanım sıklığı ise %2.5-3 olarak bildirilmektedir. (5).

Riskli davranışlara bağlı morbidite, mortalite ve maliyet gözönünde bulundurularak bu davranışlara maruziyetin azaltılması toplum sağlığı için büyük bir önem taşımaktadır (6). Riskli davranışların üniversite öğrencileri arasındaki yaygınlığını saptamak sonuçları öngörmek ve önlemek açısından önemli bir adımdır. Özellikle de ileride toplum liderleri olacak, toplumun sağlık eğitimini sağlayacak olan, sağlık meslekleri ile ilgili eğitim almakta olan gençler arasındaki riskli davranışların yaygınlığının araştırılması; bu davranışlarının erişkin dönemlerini ve mesleki yaşantılarını sağlıklı bireyler olarak sürdürebilmeleri ve aynı zamanda topluma karşı olan sorumluluklarını yerine getirebilmeleri açısından farkındalıklarının değerlendirilmesi önemlidir.

Bu araştırmanın amacı Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu (BÜSHMYO) 1.sınıf öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların görülme sıklığının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 7 Nisan–10 Mayıs 2010 tarihlerinde BÜSHMYO 1. sınıf öğrencilerine uygulanmıştır. Araştırmanın evreni BÜSHMYO birinci sınıf öğrencileridir (n=154). Araştırmada evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiş olup 139 öğrenciye ulaşılmıştır; araştırmaya katılma oranı %90.3’tür.

Araştırmada veri kaynağı olarak ABD’de CDC (Centers for Disease Control and Prevention) tarafından hazırlanmış olan “Youth Health Risk Behaviour Survey” (28) temel alınarak oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anket formu öğrencilere, tüm öğrencilerin katılma zorunda oldukları bir sınavın başlangıcında sınav salonuna girilerek gözlem altında uygulanmıştır. Uygulama öncesinde Başkent üniversitesi sağlık hizmetleri yüksek okulu müdürlüğünden yazılı izin alınmış, öğrencilere anket uygulaması öncesinde çalışma hakkında bilgi verilmiş ve anket formları gönüllülük esası ile doldurtulmuştur. Anket formu, 51 soru içermektedir; 1-10. sorular genel tanımlayıcı bilgileri, 11-22. sorular kaza, fiziksel ve duygusal şiddet, 23-37. sorular sigara, alkol ve madde kullanımı, 38-51. sorular diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili davranışların varlığını belirlemeye yöneliktir. Araştırmanın verileri SPSS 15.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) istatistik paket programına girilerek analiz edilmiştir. Sağlık açısından riskli davranışların cinsiyet göre fark gösterip göstermediğini değerlendirmede ki-kare analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi “p<0.05” olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 139 öğrencinin %61.9’u kadın, %38.1 ’i erkek, yaş ortalaması 20.2 ± 1.9 (ortanca:20; min: 18, max:27)dur. Öğrencilerin tamamının en az bir, sağlık açısından riskli davranışı vardır. Öğrencilerin sahip oldukları riskli davranış sayısı ortanca 24’dür. Sağlık açısından riskli davranışların toplam sayısı ve sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilgili davranışların sayısı, erkeklerde daha fazladır (p<0.05).

Öğrencilerin %60.1’i bir arabanın ön koltuğuna oturduğunda emniyet kemerini hiç takmamakta ya da ara sıra takmaktadır; %15.8’i son 1 ay içerisinde alkollü birinin kullandığı otomobil veya başka bir araca bindiğini ifade etmiştir. Son 1 ay içerisinde en az bir gün silah, bıçak, sopa gibi alet taşıma yüzdesi erkeklerde kadınlardan daha yüksektir (sırasıyla %18.9 ve %1.2) (p<0.05). Erkeklerin %11.3’ü son 1 yılda en az bir kez fiziksel kavgada yaralanmış olup bu oran kadın öğrencilerde sıfırdır (p<0.05).

Öğrencilerin %22.5’i son 1 yılda en az bir kez intiharı düşünmüş; %3.9’u en az bir kez intihar girişimi sonucu yaralanmış/zehirlenmiştir. Öğrencilerin %26.1i son bir yıl içerisinde kadın/ erkek arkadaşı tarafından duygusal şiddete uğramıştır.

Kadın öğrencilerin %67.1’i, erkek öğrencilerin ise %84.3’ü hayatında en az bir kez sigara içmiştir. Tam bir sigarayla 12 yaşından küçükken içme (K=%1.3, E=%13.7), son bir ayda en az bir gün sigara içme (K=%39, E=%64.2), son bir ayda her gün düzenli olarak sigara içme yüzdesi erkek öğrencilerde kadın öğrencilerden yüksektir (sırasıyla %39.6 ve %14.6) (p<0.05)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hayatında en az bir kez alkol içme oranı, kadınlarda %65, erkeklerde %81.1'dir. Öğrencilerin %1.8'i hayatında en az 1 kez damardan enjekte madde kullanmıştır.. Damardan enjekte edilen uyuşturucu madde kullanan arkadaşı olan öğrencilerin oranı %0.9'dur. Hayatında en az 1 kez diğer uyuşturucu/ keyif verici madde kullanma oranı, erkek öğrencilerde (%26.4), kadın öğrencilere (%3.5) göre daha yüksektir (p<0.05).

Öğrencilerin Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ortalaması 22.01'dir (Ortanca: 21,5, min:16.1, maks:31.2). Öğrencilerin hedef kilolarına göre hesaplanan VKİ ortalaması 21.09 (Ortanca: 20.9, min:16.9, maks: 27.6) olup mevcut VKİ ve hedef VKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p <0.05) .

Öğrencilerin %40.6'sı kendini fazla kilolu olarak değerlendirmektedir. Kadınların %51.2'si, erkeklerin ise %28.3'ü kilo vermeye çalışmaktadır (p<0.05). Son 3 ayda kilo vermek veya kilo almayı önlemek amaçlı egzersiz yapma; yediklerini, aldığı kaloriyi ve yağ miktarını kısıtlama; diyet hapları, tozları, sıvıları alma oranı kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir.

Öğrencilerin %39.1'i, son 7 günde hiç taze sıkılmış meyve suyu içmemiştir. Son 7 gün içinde hiç meyve yemeyen öğrencilerin oranı %13.8; hiç yeşil salata yemeyenlerin %13.0, hiç diğer sebzelerden yemeyenlerin oranı ise %18.2'dir. Ailesiyle yaşayan öğrencilerin, %24.5'i son 7 gün içerisinde hiç taze sıkılmış meyve suyu içmemiştir.

Fizik aktivite yönünden değerlendirildiğinde erkek öğrenciler genel olarak kadın öğrencilere göre daha düzenli fizik aktivitede bulunmaktadır. Araştırmadan önceki son bir hafta içerisinde erkek öğrencilerin %26.4'ü 3 gün veya daha fazla en az 30ar dakika ter atacak şekilde egzersiz yapmış, %26.4'ü yine en az 3 gün ve her defasında 30ar dakika ter atacak şekilde koşu, tempolu yürüyüş vb. yapmış, %35.8'i de en az 3 gün ve 30'ar dakika kas kuvvetlendirmeye yönelik egzersiz yapmıştır; bu oranlar kadın öğrencilerde sırasıyla % 20.0; %29.4 ve %14.1'dir (p>0.05).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Sonuçları paralellik gösteren bu çalışmalar değerlendirildiğinde farklı ülkelerde de olsalar gençlerin, ölümcül sonuçları engelleyebilecek basit önlemleri (emniyet kemeri takmak, alkollüyen motorlu taşıt kullanmamak veya alkollü sürücünün kullandığı araçta bulunmamak) gözardı ettiği ve bu sebeple günümüzde motorlu taşıt kazalarının bu yaş grubunda ölümlerle sonuçlanan riskli davranışlar arasında hala ilk sıralarda yer aldığı bildirilmektedir (7). Bu araştırmada da öğrencilerin %60.1'i bir arabanın ön koltuğuna oturduğunda emniyet kemerini hiç takmamakta ya da ara sıra takmaktadır; %15.8'i son 1 ay içerisinde alkollü birinin kullandığı otomobil veya başka bir araca bindiğini ifade etmiştir.

Şiddet, birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de tam çözüme ulaşamamış bir problemdir.İzmir ilinde lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada son 6 ay içinde kavgaya katılma (%50.2) ve bıçak/muşta taşıma (%14.5) yüksek oranlarda bulunmuştur (8). Bu çalışmada ise son bir yılda bir veya birden çok kez fiziksel kavgaya girme yüzdesi (%17.3) ve son bir ay içerisinde en az bir gün silah, bıçak, sopa gibi alet taşıma yüzdesi (%7.9) bahsedilen çalışmalara göre daha düşük olarak bulunmuştur. Seçilen popülasyonların yaşları ve eğitimin hangi basamağında oldukları (adolesan/lise ve gençlik dönemi/yüksek öğretim) ve yaşadıkları çevrenin bu farka sebep olabileceği düşünülmüştür.

Sigara epidemisi, pek çok morbiditeye yol açarak halk sağlığını tehdit etmesinin yanında, sağlık harcamalarını arttırarak önemli bir mali yük oluşturmaktadır. Bu çalışmada, erkek öğrencilerin %39.6'sı; kadın öğrencilerinse %14.6'sının düzenli olarak sigara içtiği saptanmıştır. 3101 üniversite 1.sınıf öğrencisinin katıldığı bir çalışmada, en az 1 tam sigara içme oranı %57.8 ve halen sigara kullanma oranıysa %22.5'dir (5).

Alkol kullanımı ve madde bağımlılığı, toplumun her kesimini etkileyen, öncelikli olarak ele alınması gereken, çağımızın en ciddi ve kapsamlı toplumsal sorunlarından biridir. Bu araştırmada, hayatında en az bir kez alkol içme oranı, kadınlarda %65, erkeklerde %81.1'dir. Amerika'da gençlerde düzenli alkol kullanma sıklığı %25.5'dir (9).

Bu çalışmada, sigara, alkol ve madde kullanımını içeren riskli davranışların toplamları arasında da erkeklerle kızlar arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Riskli davranışlarla ilgili yapılan çalışmalarda erkeklerin sigara, alkol ve madde kullanımı oranlarının kadınlardan yüksek olduğu bildirilmektedir (10); genel olarak da ergenlik dönemindeki kızlar risk almaktan kaçınmaktadır (10).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gençlerin çoğunlukla, yağ ve tuzdan zengin “fast-food” türü gıdalarla beslendiği buna bağlı olarak da meyve ve sebze alımının yetersiz kaldığı; bu bilgilerle uyumlu olarak öğrencilerinin yarısının son yedi gün içinde hiç meyve yemediği görülmektedir (10). Bu çalışmada ise öğrencilerin son 7 gün içinde hiç meyve yememe oranı adı geçen çalışmaya kıyasla düşüktür (%13.8). Bunun sebebi, çalışmaya katılanların, sağlık alanında eğitim alan öğrenciler olması ve sağlıklı beslenme konusunda daha bilinçli olmaları olabilir.

Düzenli yapılan fizik aktivitenin kronik hastalık riskinin azaltılmasında ve kaliteli bir yaşam sürdürülmesinde önemli etkileri vardır. Bu çalışmada öğrencilerin yaklaşık dörtte üçünün düzenli fizik aktivitede bulunmadığı göz önüne alındığında, bireylerin düzenli fizik aktivite yapmanın önemi hakkında daha çok bilgilendirilmesine ihtiyaç olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesini büyük ölçüde bozan kardiyovasküler hastalıklar ve obezite gibi önemli sağlık sorunlarına karşı fizik aktivitenin önleyici rolü vurgulanarak bireylerin fizik aktiviteyi günlük yaşamlarının önemli bir parçası haline getirmeleri sağlanmalıdır.

Sonuç olarak, riskli davranışlar erkeklerde daha yüksek orandadır; genel olarak öğrencilerin büyük bir bölümü riskli araç kullanmakta; sağlıklı beslenme ve fizik aktivite konusunda yeterli özeni göstermemektedir; sigara ve alkol tüketiminin yüksektir. Bu bulgular ışığında alınacak koruyucu önlemler ve eğitim uygulamaları ciddi ve bazen ölümcül sonuçlar doğuran sağlık açısından riskli davranışların gençler arasında görülme sıklığını azaltmak açısından önemlidir. Özellikle erkek öğrencilerde riskli davranışların daha fazla olmasının nedenlerini ortaya koyan ileri araştırmaların yapılması, önleme programları için de yol gösterici olacaktır.

Üniversite bünyesindeki öğrencilere sağlık hizmeti sunan “öğrenci sağlık merkezinin “ bu araştırma sonuçlarından haberdar edilerek dikkatlerinin çekilmesi ve risk altında olduğu saptanan gruplara yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: Sigara-alkol kullanma sıklığı, kaza, şiddet, fiziksel aktivite, beslenme

Kaynaklar:

1. Young People’s Health: A Challenge for Society, Report of a WHO Study Group on Young People and ‘Health for All by the Year 2000’ (Technical Report Series No: 731), Geneva, World Health Organization, 1986
2. Gullone E., Moore S.: The Adolescent risk-taking Questionnaire: Development and Psychometric Evaluation. Journal of Adolescent Research, 2000; 15:231-250
3. Lindberg LD, Boggess S, L, Williams S. Teen risk-taking: a statistical portrait. Teen Risk-Taking: A Statistical Portrait. URL: (erişim tarihi: 05/05/2012) <http://aspe.hhs.gov/health/reports/teenrisk/teenrisktaking.html>
4. Dodd, L. J., Al-Nakeeb, Y., Nevill, A., & Forshaw, M. J. Lifestyle risk factors of students: A cluster analytical approach. Preventive Medicine. 2010; 51(1), 73–77.
5. Bertan M, Özcebe H, Doğan BG, Haznedaroğlu D, Kırçaloğlu N, Bülbül SH. Üniversite birinci sınıf öğrencilerinin adolesan dönem konusundaki bilgi ve yaşam tarzlarının belirlenmesi araştırması. ICC, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Adnan Menderes Üniversitesi, Harran Üniversitesi, Kocaeli Üniversitesi, Mersin Üniversitesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Osmangazi Üniversitesi ve Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Meteksan Matbaacılık, 2007.
6. World Health Organization. The world health report: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization. 2002.
7. Ball CG, Kirkpatrick AW, Brenneman FD. Noncompliance with seat-belt use in patients involved in motor vehicle collision. Can J Surg; 2005;48(5):367-372.
8. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J et al. Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2005. J Sch Health; Sep 2006;76(7):353-372.
9. Feldman E. Adolescent health: risks, resilience, prevention. Clin Fam Pract 2000; 2: 767-790
10. Çamur D, Üner S, Özcebe H. Bir üniversitenin bazı fakülte ve yüksek okullarında okuyan gençlerde bazı risk alma davranışları. Toplum hekimliği bülteni , 2007; 26(3): 32-38

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Nilgün Ulutaşdemir, Özgür Dağlı, Halil Kaygusuz

Zirve Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş ve Amaç: Ülkemizde çoğunlukla erkekler tarafından yürütülen şoförlük mesleği mensupları, sürekli oturmanın getirdiği sorunların yanı sıra düzenli yaşamlarının olmamasının getirdiği sorunlar ve yoğun stres başta olmak üzere, çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Bu durum şoförlerin bir ölçüde sağlıklarını tehlikeli hale getirebilmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi açısından önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2002 yılı sağlık raporuna göre, hipertansiyon ülkeden ülkeye prevalansı değişmekle birlikte tüm dünyada morbidite ve mortalite nedenleri arasında en önde gelen sorunlardan biridir (1).

2000 yılı itibarıyla dünyada erişkin nüfusun %26.4'ünün hipertansiyonu olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29.2'ye çıkacağı öngörülmüştür (2). Hipertansiyonu olan bireylerin çoğu, ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu ülkelerde hipertansiyonun bu denli sık olması ve giderek artması, "epidemiyolojik geçiş" sürecine bağlanmaktadır (3). Yirmili yaşlarda %3-5 olan hipertansiyon prevalansı, 60'lı yaşlardan sonra %50-70'lere çıkmakta; 55-65 yaşına gelip hipertansif olmayan bireylerin yaşamın geri kalan döneminde hipertansif olma ihtimali %90'ları bulmaktadır (4). Bütün bu veriler, hipertansiyonun "modern çağın vebası" olarak nitelendirilen, önemli bir toplumsal sağlık sorunu olduğunu göstermektedir (5). Hipertansif hastalarda kan basıncı normal sınırlar içerisinde kontrol edilemediğinde birçok organ ve sistemin fonksiyonu geri dönüşümsüz olarak etkilenir. Başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere pek çok sistemik hastalığa ait risk faktörleri hipertansif kişilerde normotansif olanlara göre anlamlı şekilde yüksektir (6). Ülkemizde hipertansiyon görülme sıklığı yüksek olmasına rağmen, hastaların sadece %40'ı bunun farkındadır (7).

Hipertansiyon ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hipertansiyonlu hastaların önemli bir bölümü hastalıkların farkında olmadıkları gibi tedavi alanların çok azında kan basıncı kontrolü sağlanmaktadır. Hipertansiyonun tanı, tedavi ve kontrolü morbidite ve mortalite oranlarının azaltılmasında oldukça önemlidir.

Daha önce Kastamonu Kuzeykent Semti düzergahında hipertansiyon ile ilgili araştırma yapılmamıştır. Şoförlerde görülebilecek hipertansiyonun sosyal, ekonomik ve tıbbi yükü azaltılabilir olması nedenleriyle araştırmaya gerek duyulmuştur. Bu çalışmanın amacı, Kastamonu Kuzeykent Semti düzergahında görev yapan şoförlerin hipertansiyon prevalansını, farkındalığını ve etkileyen faktörleri belirlemektir. Ayrıca bu alanda yapılan çalışmalara veri tabanı oluşturması amaçlanmıştır.

Şoförlük mesleğinde kan basıncının ölçülmesi, değerlendirilmesi, farkındalığı ve kan basıncını etkileyen faktörlerinin ortaya konulması oldukça önemlidir. Bu nedenlerle bu araştırmanın sonuçlarının; şoförlerin kan basınçlarını artırıcı etkenlere yönelik müdahale ve iyileştirici çalışmalar açısından faydalı olacağı, hipertansiyonla ilgili şoförlere yönelik yapılacak multidisipliner ve çok merkezli çalışmalara yol gösterici olması açısından önemli olduğu düşünülmüştür. Ayrıca bu araştırmanın sonuçları; şoförlerin kan basıncı düzeylerinin ortaya konmasında, tansiyona yönelik farkındalığın artırılmasında, kan basıncı değerini etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesinde ve hipertansiyon tedavisine yönelik tedbirlerin alınmasında kullanılacaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu çalışmanın evrenini Ağustos 2011 tarihinde Kastamonu Kuzeykent Semti düzergahında görev yapan 130 şoför oluşturmuştur. Ayrıca örneklem seçilmemiş, araştırma kapsamına alınan 130 şoförden 126'sına ulaşılmıştır (Cevaplılık oranı: %96.9). Cevapsızlar araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n=4) şoförlerdir.

Araştırmanın saha çalışması, Kastamonu Şoförler ve Otomobilciler Odası Başkanlığı'ndan gerekli izin alınarak yüz yüze anket uygulaması ve kan basıncı ölçümü yoluyla gerçekleştirilmiştir. Şoförlere uygulanan anket formu üç bölümden oluşmuştur. İlk bölümde şoförlerin sosyo-demografik özellikleri, ikinci bölümde kan basıncı değerini etkileyebilecek faktörler (beslenme, egzersiz, sigara ve alkol kullanımı, tuz tüketimi vb.), üçüncü bölümde ise hipertansiyonun tanı, tedavi ve kontrolünü değerlendirecek sorular yer almıştır.

Kan basıncı ölçümü, günümüzde hipertansiyon tanısında kullanılan uygun erişkin manşonlu standart civalı sfigmomanometreler kullanılarak "korotkoff tekniği" ile yapılmıştır. Hipertansiyon sınıflaması; Yüksek Kan

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Basıncı Önlenmesi, Belirlenmesi ve Tedavisine İlişkin Birleşik Ulusal Komite 7. Raporu (JNR-7)'na göre yapılmıştır. Ölçülen kan basıncı değerleri dört grupta sınıflandırılmıştır: 1-Normal Kan Basıncı: <120/80 mmHg, 2-Prehipertansiyon: 120-139/80-89 mmHg, 3-Evre 1 Hipertansiyon: 140-159/90-99 mmHg ve 4-Evre 2 Hipertansiyon: ³ 160/100 mmHg. Bu raporda, ideal kan basıncı düzeyi 120/80 mmHg'nın altı olarak belirtilmiştir. Bu sınıflandırma, 18 ve daha ileri yaştaki erişkinler için, 2 ya da daha çok sayıdaki muayene sırasında, uygun şekilde ve oturarak ölçülmüş, 2 ya da daha çok sayıdaki kan basıncı değerinin ortalamasına dayanılarak yapılan kan basıncı sınıflandırmasıdır. Bu sınıflandırmaya göre prehipertansiyon bir hastalık olarak kabul edilmemelidir. Bu terim, hipertansiyon gelişme riski fazla olan bireyleri tanımlamak ve koruyucu tedavi stratejileri geliştirmek için kullanılmaktadır. Prehipertansif bireylere ilaç tedavisi değil, ileride hipertansiyon gelişmesini engellemek için yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir (1,8).

Çalışma sırasında kan basıncı ³140/90 mmHg saptanan veya kan basıncı normal olsa bile antihipertansif ilaç kullanan veya daha önce bir hekim tarafından kan basıncı en az ³140/90 mmHg saptanan bireylerde hipertansiyon tanısı konmuştur. Hipertansiyonda farkındalık, hipertansif olan bireylerde daha önce bir sağlık çalışanı tarafından hipertansiyonun varlığının söylenmesi olarak tanımlanmıştır. Hipertansiyonda tedavi alma, anket uygulaması anında antihipertansif tedavi kullanma durumu olarak tanımlanmıştır. Hipertansiyonda kontrol, anket uygulaması sırasında kan basıncının doğrudan ölçülmesi ile saptanmış ve ortalama sistolik kan basıncının <140 mmHg ve ortalama diyastolik kan basıncının <90 mmHg olması şeklinde tanımlanmıştır. Antihipertansif tedavi alanlarda kontrol oranları ayrıca kaydedilmiştir.

Elde edilen veriler istatistik paket programı ile değerlendirilerek hata kontrolleri, tabloları ve istatistiksel analizleri bu program aracılığıyla yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testleri kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş (Ort±SS), p<0.05 istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan şoförlerin yaş ortalaması 39.9±10.9 olup, %100.0'ü (126 kişi) erkektir. Çalışma grubunun %45.2'si ilkököl, %44.4'ü ortaokul, %6.4'ü lise mezunu ve %4.0'ı ise okur-yazardır. Şoförlerin %45.2'si (57 kişi) sigara kullanmakta olup %27.0'ı (34 kişi) günde bir paket içmektedir. Alkol tüketen şoför oranı %23.8 (30 kişi), en fazla tüketim sıklığı ise %11.9 (15 kişi) ile ayda en az bir-iki kez olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan şoförlerin %25.4'ü egzersiz yaptığını, %18.3'ü günde bir saat yürüdüğünü, %34.1'i tuz tüketimlerinin yüksek olduğunu, %38.9'u düzenli beslenmediklerini ifade etmiştir. Şoförlerin %23.0'ı tansiyon ile ilgili bilgiye sahip olduğunu ve bu bilgiyi %19.9'u sağlık personelinde, %1.6'sı sağlık personeli olmayan bireylerden, %1.5'i ise basın-yayın'dan temin ettiğini ifade etmiştir.

Şoförlerin ortalama sistolik kan basıncı değeri 120.71±14.98 mmHg, ortalama diyastolik kan basıncı değeri ise 78.64±10.23 mmHg olarak hesaplanmıştır. JNC-7 kan basıncı sınıflamasına göre normal kan basıncı oranı %45.2, prehipertansiyon kan basıncı oranı %38.1, yüksek kan basıncına sahip olanların oranı ise (3. ve 4. grup) %16.7 olarak tespit edilmiştir. Hipertansiyonu olan şoförlerin büyük bir kısmı (%87.3) 45-55 yaş grupları arasında yer almaktadır. Hipertansiyon tespit edilenlerin %93.7'si hipertansif olduğunun farkında değildir. Farkında olmayan şoförlerin %11.0'unda araştırma esnasında hipertansiyon tespit edilmiştir. Hipertansiyonda kontrol oranı %83.3, tedavi alma oranı ise %6.3'tür. Şoförlerin %23.8'i tansiyonu düşüğünde, %34.1'i tansiyonu yükseldiğinde ne yapacağını bilmediklerini ifade etmiştir. Ailesinde hipertansiyon saptananlarda (%33.3) ilk sırada anne-babaları (%27.0) yer almaktadır. Kronik hastalığa sahip olan şoförlerde (%9.5) en yüksek oranda (%3.2) diyabet saptanmıştır.

Şoförlerin kan basıncı ölçme sıklıkları değerlendirildiğinde hipertansiyonu olanların tansiyonlarını daha sıklıkla ölçtükleri görülmüştür. Bu ölçümleri en çok sağlık personeli olmayan kişiler tarafından yapıldığı belirtilirken (%16.7), bunu % 11.1 ile doktorlar izlemektedir. Şoförlerin %50.8'i son altı ay içinde kan basıncı ölçümünü yaptırdığını ifade ederken, %27.0'ı ise hiç kan basıncı ölçümü yaptırmadıklarını ifade edilmiştir. Kan basıncı değerini etkileyebilecek faktörlerin dağılımı değerlendirildiğinde; sigara kullanan şoförlerin %14.0'unda, alkol kullananların %13.3'ünde, egzersiz yapmayanların %17.0'unda, tuz tüketimi yüksek olanların %18.6'ında hipertansiyon saptanırken, düzenli beslenmeyenlerde bu oran %20.4 olarak saptanmıştır.

Ailesinde hipertansiyon olanların olmayanlara (t=2.049, P=0.043), kronik hastalığa sahip olanların olmayanlara (t=2.307, P=0.023) göre hipertansiyon olma durumu daha yüksek bulunmuştur. Tuz tüketimleri düşükten yükseğe (F=4.595, P=0.004) ve beslenme düzeyleri (F=3.893, P=0.011) kötüden iyiye doğru gittikçe kan basıncı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

değerleri artmaktadır. Şoförlerin yaş, eğitim düzeyi, sigara ve alkol kullanıp kullanmama, düzenli egzersiz yapip yapmama durumları ile hipertansiyon olma durumu arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Araştırma bölgemizde JNC-7'ye göre hipertansiyon prevalansı %16.7 olarak tespit edilmiştir. Literatürde hipertansiyon prevalansının değerlendirildiği çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Türk Kardiyoloji Derneği öncülüğünde "Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışmasında hipertansiyon prevalansının %33.7 olduğu bildirilmiştir (9). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 2003 yılında, Türkiye'de 18 yaş üzeri kişilerde yaptıkları "Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Prevalence, Awareness and Treatment of Hypertension in Turkey-PatenT)"nda Türkiye'de hipertansiyon sıklığı %31.8 olarak saptanmıştır (3). PatenT çalışmasının devamı niteliğinde olan ve PatenT çalışmasındaki hasta popülasyonunun yeniden değerlendirildiği "Hypertension Incidence in Turkey (HinT)" çalışmasına göre hipertansif birey oranı Türkiye'de %21.3'tür (10). Sarıışık'ın 2007 yılında Kocaeli-Derince Bölgesi'nde yaptığı çalışmada (11) da hipertansiyon prevalansı %33.6 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlardan hipertansiyon prevalansının farklı bölgelerde farklı sonuçlar verebileceği düşünülebilir.

Çalışmada hipertansiyon olduğunun farkında olanların oranı (%6.3) düşük bulunmuştur. Bu oran PatenT çalışmasında %40.0 (3), Sarıışık'ın çalışmasında %59.3 (11), Eryonucu ve arkadaşlarının çalışmasında ise %77.0 (12) olarak saptanmıştır. Literatürde hipertansiyonda farkındalık ile ilgili sonuçlar birbirine benzememektedir. Araştırmamızda farkındalığın bu denli düşük olması, tansiyon ölçümüne yeterince önem verilmemesinden kaynaklanabilir.

Bu araştırmada hipertansif olduğunun farkında olanların büyük bir çoğunluğu ilköğretim mezunu (%62.5) olarak tespit edilmiştir. Eğitim düzeyinin hipertansiyonda farkındalığı ve hipertansiyon olma durumunu etkilemediği benzer çalışmalarda da saptanmıştır (11,12).

Araştırmada prehipertansif şoför grubunun (%38.1) yüksek olması sonucumuz Sarıışık'ın yaptığı çalışma (11) ile uyumludur. Bu sonucun, ilerleyen zaman diliminde hipertansif olma olasılığı açısından önemli olduğu düşünülmüştür.

Şoförlerin diastolik kan basıncının yaşla beraber artması sonucumuz literatürle benzerlik göstermektedir (3). Genel bir yaklaşımla yaşla birlikte hipertansiyona sahip olanların sayısal olarak arttığı söylenebilir.

Araştırmamız sonuçları ile uyumlu olarak Sarıışık'ın yaptığı çalışmada (11) da egzersiz yapanlarda hipertansiyon daha az görülmüştür. Bu durum, düzenli egzersiz yapmanın antihipertansif etkisi olabileceğini de desteklemektedir. Düzenli yapılan egzersizin sağlık üzerindeki olumlu etkileri kaçınılmazdır.

Sonuç olarak, bu araştırmanın kapsamına alınan şoförlerin hipertansiyon prevalansı düşük bulunmuş ancak şoförlerde hipertansiyonun yeterince farkında olunmadığı görülmüştür. Hipertansiyonda farkındalığı artırmak amacıyla toplumsal yaşam stili değişikliklerinin erken yaşlarda yapılması ve tansiyon ölçümünün her yaşta sık uygulanması önerilebilir. Ayrıca prehipertansif ve araştırma esnasında saptanan hipertansiyonu olan şoförlerde ilerleyen zaman içinde hipertansif olma olasılığı dikkate alınmalı, erken dönemde etkin tedavi ve takip yapılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Şoför, Hipertansiyon, Prevalans, Farkındalık.

Kaynaklar:

1. WHO. The World Health Report 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life. World Health Organization Geneva 2002;1-230.
2. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, Jiang H. Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data. Lancet 2005;365(9455):217-223.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

3. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar Ş. and for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *Journal of Hypertension* 2005;23(10):1817-1823.
4. Weber MA. Yet More Hypertension Quidelines: What Do They Add?. *Journal Hypertension* 2003;21:1977-1981.
5. Arıcı, M. Hipertansiyon Tedavisi 2004: Neler Değişti? Neden Değişti?. *İç Hastalıkları Dergisi* 2004;11(3):133-144.
6. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report. *JAMA* 2003;289(19):2560-2572.
7. Öngen Z. Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. *Klinik Gelişim* 2005;18:4-7.
8. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Complete Report. *Hypertension* 2003;42:1206-1252.
9. Onat A, Türkmen S, Karabulut A, Yazıcı M, Can G, Sansoy V. Türk Yetişkinlerinde Hiperkolesterolemi ve Hipertansiyon Birlikteliği: Sıklığına ve Kardiyovasküler Riski Öngördümesine İlişkin TEKHARF Çalışması Verileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2004; 32:533-541.
10. Arıcı M, Turgan Ç, Altun B, Sindel Ş, Erbay B, Derici U, Karatan O, Erdem Y, Hasanoglu E, Çağlar Ş. for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Hypertension Incidence in Turkey (HinT): A Population-based Study. *Journal of Hypertension* 2010;28:240-244.
11. Sarışık A. Kocaeli-Derince Bölgesinde Hipertansiyondan Haberdar Olma, Hipertansiyon Prevalansı ve Hipertansif Hastaların Sosyo-Demografik Özellikler İle İlişkisi. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi 2007;1-80.
12. Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, Dilek İ. Doğu Anadolu Bölgesindeki Hipertansif Hastaların Hipertansiyon Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi* 1999;6:11-14.

4-Sağlık Ekonomisi

573

ANTALYA 24 NO'LU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN HASTALARDA BAŞVURU ÖNCESİ İLAÇ KULLANIMI

Özaydın Boylubay

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: İlaç, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir unsurudur. İlaç kullanımında reçeteye yazılan ilaçların doğru kullanılmasında sorunlar olduğu gibi, reçete olmadan ve/veya hekime başvurulmadan ilaç kullanımı da önemli bir sorundur. Başvuru dışı ilaç kullanımı kullanım hatalarına, antibiyotikler yönünden direnç gelişimine veya toplumsal maliyet artışına sebep olabilir. Toplumda sağlık kuruluşuna başvuru öncesinde ilaç kullanma durumunun saptanması bu sorunun çözümü için gerekli bilgilerin elde edilmesine yardımcı olabilir. Bu çalışma seçilmiş bir aile sağlığı merkezine başvuranlarda; şu anki başvuru öncesinde veya yaşamlarının herhangi bir anında hekime danışmadan ilaç kullanma durumunu, kullanılan ilaçların türünü, ilacı kimin önerdiğini ve nereden aldığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma; Antalya Kepez ilçesine bağlı bulunan ve yerleşim özelliği olarak ASM'ye uzak olmayan hanelerin oluşturduğu bir bölge yapısına sahip olan 24 No'lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ne; 2011 Aralık ayının ilk haftası boyunca başvuran ve başvuru amacı "şu anda ortaya çıkan sağlık yakınması" olan 18 yaş üzeri kişilerdir. Kuruma başvurular arasından başvuru sırasına göre 200 kişi örnekleme dahil edilmiştir. Çalışma kesitsel tiptedir. Muayene için sıra bekleyen ve örnekleme seçilme kriterlerine uyan hastalara 19 soruluk bir anket formu araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Anket formunda; bağımlı değişken olarak "şu anki başvuru öncesi herhangi bir ilaç kullanımı olup olmadığı" ve "yaşamın herhangi bir anında sağlık kurumuna başvurmadan ilaç kullanımı olup olmadığı" sorgulanmış, bağımsız değişken olarak ise yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir ve ASM'ye uzaklıkla ilgili kişisel bilgiler kaydedilmiştir. Araştırma verilerinin düzenlenmesi ve analizi SPSS programında, çapraz tablolar için ki kare testi elde yapıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılanların (n=200); %18,0'i 18-29 yaş, %31,0'i 30-44 yaş, %29,0'u 45-59 yaş ve %22,0'si 60 yaş ve üzeri gruptaydı. Erkekler %42,5, kadınlar %57,5'ti ve gelir düzeyleri %23'ünde "geliri giderleri karşılamıyor" grubundaydı. Hastaların %26,5'i (53 kişi) "şu anki hastalığı için" başvurudan önce ilaç kullanmıştı. Bunlardan antibiyotik kullananlar 12 kişi (%6,0), analjezik vb ilaç kullananlar ise 48 kişiydi (%24,0). "Herhangi bir zamanda" hekime başvurmadan ve/veya danışmadan ilaç kullananların sayısı ise 108 kişiydi (%54,0). Katılanların "şu anki şikâyeti için" başvurudan önce ilaç kullanma durumları; gelir düzeyi kötü olanlarda iyi olanlara göre daha fazlaydı (p<0,05). Katılanların "herhangi bir zamanda hekime danışmadan ilaç kullanma" durumları ise; yaş ilerledikçe azalmakta (p<0,05), ortaokul ve üzeri eğitimlilerde artmakta (p<0,05) ve gelir düzeyi kötü olanlarda artmaktaydı (p<0,05). Diğer bağımsız değişkenlerle olan ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Tartışma / Sonuç ve Öneriler: Çalışmamıza benzer bazı araştırmalarda başvuru öncesi ilaç kullanma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin Erzurum'daki bir çalışmada başvurmadan ilaç kullanma oranının bazı gruplarda %77,7'lere çıktığı, Isparta'da ise başvuru öncesi ilaç kullanımının genel toplamda %42,9 olduğu anlaşılmaktadır. Ankara'daki bir hastaneye başvuran hastaların % 75,5'i hekime danışmadan ilaç kullanmakta olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın başvuranlarda yapılmış olması toplumdaki başvuru olmadan ilaç kullanma sorununu tam olarak yansıtamaz. Bu grup genellikle sağlık hizmetleriyle işbirliği yapan gruptur ve elde edilen bulgular toplumdaki gerçek duruma göre oldukça olumlu bir tabloyu yansıtmaktadır. Bu durum göz önüne alınarak değerlendirildiğinde başvuru olmadan ilaç kullanımının halen önemli bir boyutta olduğu, toplumdaki bu yaygın davranışın olası sonuçlarının ortaya konması gerektiği anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler:

Akılci ilaç kullanımı, kendi kendine tedavi, antibiyotik direnci, başvuru öncesi ilaç kullanımı.

926

ASKERLİK GÖREVİNİ YAPMAKTA OLAN HEKİMLER GÖZÜYLE ÇALIŞMA YAŞAM KALİTESİ

Mehmet Çetin, Yusuf Ziya Türk, Turan Fedai

GATA Askeri Sağlık Hizmetleri AD

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş: Çalışma ve yaşam kalitesi arasında çok yönlü sıkı bir ilişki vardır ve bu iki kavram birbirinden ayrı düşünülemez. Son yıllarda çalışanların fiziksel ve psikolojik refah düzeyini yükselten, örgütsel kültürde değişim meydana getiren ve tüm çalışanların değerini artıran yönetim felsefesi olarak görülen çalışma yaşamında kalite anlayışı oldukça önem arz etmektedir. Bu yönüyle hekimlerin çalışma yaşam kalitesi, sağlık hizmeti kalitesinin de önemli belirleyenlerindedir. Bu çalışmada amaç, sağlık sektöründe görev yapan hekimlerin çalışma yaşam kalitesi düzeyleri, alt boyutları ve bunlara etki eden değişkenler değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal Metot: Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini, Nisan 2009 tarihinde Samsun Sahra Sıhhiye Okulu ve Eğitim Merkez Komutanlığına yedek subay temel eğitimi için gelen, 196 hekim oluşturmuştur. Askerlik hizmeti öncesi hekim olarak görev yapan ve katılmayı kabul eden katılımcılara anket formu verilmiş, 196 anketten 174'ü geri dönmüştür (%88,7). Araştırma bağımlı değişkeni çalışma yaşam kalitesi puanı, Avcı tarafından 2009 yılında geliştirilen ve Türkçe geçerliliği bulunan Çalışma Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ölçek "Güvenli ve Sağlıklı Çalışma Koşulları" "Beceri Geliştirme ve Kullanma Fırsatları", "Sürekli Gelişim ve İyileştirme Fırsatları", "Organizasyona Sosyal Entegrasyon", "Organizasyondaki Yasalar", "Çalışma ve Özel Yaşam" ve "Yeterli ve Adil Ücretlendirme" alt boyutlarını içermektedir. Yaşam kalitesi puanına hekimin uzmanlık yapma durumu, akademik ünvanı, idari görevi olup olmaması, günlük muayene ettiği hasta sayısı ve kaç yıldır hekimlik yaptığı değerlendirilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı istatistik olarak ortanca (en küçük-en büyük değerler) hesaplanmış, gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Değişkenlerin birlikte değişimi Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Alt ölçek puan ortancaları incelendiğinde en olumlu değerlendirilen özellikler "Organizasyondaki Yasalar" (65,0 (20,0-100,0)) ve "Sürekli Gelişim ve İyileştirme Fırsatları" (65,0 (20,0-100,0)) olurken, en olumsuz değerlendirilen konu "Yeterli ve Adil Ücretlendirme" (40,0(20,0-100,0)) olmuştur. Organizasyondaki yasalar boyutunda pratisyen hekimlerin, sürekli gelişim ve iyileştirme fırsatları boyutunda uzman hekimlerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olumlu cevap verdikleri görülmüştür ($p < 0,05$). Günlük muayene edilen hasta sayısı, organizasyona sosyal entegrasyon, sürekli gelişim ve toplam yaşam kalitesi puanları arasında negatif korelasyon bulunmuş, korelasyonlar zayıf olarak değerlendirilmiştir (Sırasıyla $\rho = 10,152$, $p = 0,045$; $\rho = -0,259$, $p = 0,001$ ve $\rho = -0,198$, $p = 0,009$).

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada en düşük puan yeterli ve adil ücretlendirme alt ölçeği için hesaplanmıştır. Bu durum Türkiye'de yapılmış benzer çalışmalarla büyük uyum göstermektedir. Günlük muayene edilen hasta sayısının çalışma yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi kaçınılmazdır.

Sonuç olarak hekimlerin ücretlendirmelerinde adil davranıldığını düşünmemesi ve günlük muayene edilen hasta sayısının çalışma yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi politika yapıcıların dikkate alması gereken bir husustur.

Anahtar kelimeler: Hekim, Çalışma yaşam kalitesi

927

ASKERLİK HİZMETİNİ YAPMAKTA OLAN PRATİSYEN HEKİMLERİN REÇETE YAZMA TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Çetin, Yusuf Ziya Türk, Salim Özenç

GATA Askeri Sağlık Hizmetleri AD

Giriş: Günümüzde belirli bir endikasyonda kullanılmak üzere geliştirilmiş çok sayıda ilaç vardır. Bu ilaçlar aynı endikasyonda kullanılmalarına rağmen etki güçleri, biyoyararlanımları, toksik etkileri, kullanılış şekilleri ve tedavi maliyetleri bakımından birbirinden önemli farklılıklar gösterirler. Hekim, yazacağı ilaca karar verirken ve onu reçetesine yazarken bütün bu farklılıkları dikkate alarak hastası için en uygun ve en doğru ilacı seçmek durumundadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bu çalışmada, pratisyen hekimlerin hastalarına reçete yazarken hangi faktörlerin etkisinde kaldıklarını belirlemek, örnek bir yazılı hasta olgusu (viral tonsillofarenjit) için reçeteleme davranışlarını (reçete başına ilaç sayısı, antibiyotik yazıp yazmamaları ve reçete maliyeti) etkileyen faktörleri bulmak amaçlanmıştır.

Materyal Metot: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Nisan ve Haziran 2009 döneminde yedek subay temel eğitimi almak için gelen, 267 pratisyen hekimden araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 189 (%70,7)'u çalışmaya katılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan anket yöntemi kullanılmıştır. Anketin ilk bölümünde hekimlerin kişisel ve mesleki özellikleri, ikinci bölümünde yapılan hekimlerin ilaç seçimlerinde etkili olması olası, literatürden ve uzman görüşlerinden yararlanılarak saptanan, 52 maddeye yer verilmiştir. Bu soruların her birine 1'den 7'ye kadar puan verilmiştir. Üçüncü bölümünde ise yazılı hasta olgusuna (viral tonsillofarenjit) ilişkin reçete yazması istenmektedir.

Bulgular: Çalışma grubunun yaş ortalaması 30,2, toplam hizmet süresi ortalaması 2,8 yıldır. Günlük ortalama baktıkları hasta sayısı 60,5'tir. İlaç müessilleri tarafından bir ay içinde yapılan aylık ortalama ziyaret sayısı ise 7,7'dir.

Hekimlerin cevaplarından hesaplanan ortalama puanlara göre, reçete yazarken, en fazla ilacın güvenilirliği (yan etki profili) (6.0), daha sonra ilacın klinik etkinliği (5.8) ve ilacın hastaya uygunluğu (5.8) hekimlerin önem verdikleri özellikler olarak bulunmuştur. Eczacıların yönlendirmeleri ve beklentileri (1.8) ve hastanın "Çok ilaç yazan hekim iyi hekimdir" anlayışı (2.1) ise en az önem verdikleri maddeler olduğu görülmektedir.

Alt boyut olarak en fazla "İlacın Maliyet ve Geri Ödeme Koşullarına İlişkin Faktörler" (5.1) en az "Meslektaşlara İlişkin Faktörler" (2.6)'den etkilendikleri yer almaktadır.

Verilen örnek vakaya yazılan reçete maliyet ortalamasının 17.1 TL olduğu, en yüksek 71.9 ve en az ise 2 hekimin reçete yazmamasına bağlı olarak 0 TL olduğu bulunmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Nispeten genç ve erkek hekimler üzerinde yapılan bu çalışmada hekimlerin reçete yazarken en çok "İlacın Maliyet ve Geri Ödeme Koşullarına İlişkin Faktörler" ve "İlaca İlişkin Faktörler"den etkilendikleri bulunmuştur. Literatürde bu yönde yapılmış çalışmalar incelendiğinde ise ilaç tercihi en etkili faktörün "ilacın etkinliği" olduğunu öne süren çalışmalar olduğu gibi "ilacın etkinliği faktörünün" promosyon, fiyat, mevzuat, ilacın kullanım şekli ve hastanın sağlık güvencesi gibi durumlardan daha az önemli bir faktör olduğunu ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmada hekimler ilaç tanıtımlarını en az etkilendikleri faktörler arasında belirtmişlerdir.

Örnek vakaya yazılan reçetelerin geniş bir fiyat aralığına dağılmış olması, akılcı ilaç kullanımı ve reçeteleme eğitimine verilmesi gereken önemi bir kez daha göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hekim, Viral Tonsillofarenjit, reçete, reçeteleme davranışı, akılcı ilaç kullanımı, örnek hasta olgusu

348

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI: ULUSAL SAĞLIK HESAPLARI SONUÇLARININ GENEL DEĞERLENDİRMESİ

Hakan Oğuz Arı, Bilgehan Karadayı, Uğur Dilmen

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Giriş-Amaç: Sağlık alanında belirlenen hedeflere ulaşılabilmesi için, mevcut kısıtlı kaynakların sektör içindeki miktarı ve dağılımı, bu kaynakların akış yönü, şekli ve geçmişte gözlenen hareketleri ile gelecekte beklenen eğilimleri konusunda detaylı ve doğru bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır (1). Bu çalışmanın amacı, ülke düzeyinde yapılan sağlık harcamalarını kaynaklarına ve kullanım yerlerine göre belirlemek ve sağlık harcamalarının makro ekonomi içindeki rolünü ortaya koymaktır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Metot: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada, OECD Sağlık Hesapları Sistemi (SHS)'ne uygun olarak üretilen, sağlık harcamaları rakamları incelenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayımlanan ve 1999-2008 Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları (USH) kapsamında oluşturulan "Finansman Kurumu-Hizmet Sunucusu" tablosunda yer alan veriler kullanılmıştır. 2009-2010-2011 yılları için ise geçmiş yıl verilerine dayanılarak yapılan tahminler kullanılmıştır. Aynı zamanda 2003 yılında basılan Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü ve ABD Uluslararası Gelişim Temsilciliği'nin "Ulusal Sağlık Hesapları Oluşturma Rehberi"nden ek metodolojik tavsiyelerinden faydalanılmıştır. Türkiye 1999 ve 2000 sağlık hesapları, OECD uygulaması ve gelişen uluslararası standartlar baz alınarak ilk defa Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğüne gerçekleştirilmiştir. Sonraki yıllar için sağlık harcaması rakamları, TÜİK tarafından aynı yöntem kullanılarak hesaplanmıştır. Kamu sağlık harcamaları için veriler Maliye Bakanlığı "Bütçe İstatistikleri Şube Müdürlüğü ve analitik bütçeden, sosyal güvenlik kuruluşlarının verileri ise kurumsal web sitelerinden elde edilmiştir. Özel sağlık harcamaları ise TÜİK Milli Hesaplar Daire Başkanlığı verilerinden alınmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada, OECD tarafından geliştirilen Sağlık Hesapları Sistemi (SHS)'ne uygun olarak ülkelerin sağlık harcamalarını izlemeleri amacıyla oluşturulmuş Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması'nın, ülkemizdeki 1999-2011 yılları arasındaki durumu ortaya koyan sonuçları incelenmiştir.

1999 yılında 4,9 Milyar TL düzeyinde olan toplam sağlık harcaması, 2011 yılı tahminlerine göre 76 Milyar TL düzeyine yükselmiştir.

Toplam sağlık harcamasının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki payı 1999 yılında %4,8; 2011 yılında ise %5,9 düzeyindedir.

Toplam sağlık harcamasının kamu ve özel sektör tarafından karşılanan paylarına bakıldığında; 1999 yılında harcamaların % 61,1'i kamu ve %38,9'u özel sektör tarafından karşılanırken, 2001 yılında bu paylar sırası ile %75 ve %25 olarak gerçekleşmiştir.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1999 yılında %29,1 düzeyindeyken 2011 yılında % 16,2'ye gerilediği görülmektedir.

Kişi başı sağlık harcamalarının gelişimi incelendiğinde; 1999 yılında kişi başına sağlık harcaması 79 TL (198 ABD\$, 395 SGP ABD \$) iken, 2011 yılında kişi başı sağlık harcaması 1020 TL (607 ABD\$, 981 SGP ABD \$) olarak gerçekleşmiştir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar "Sağlık Harcaması" olarak kabul edilmektedir. Yıllar içinde, ülkemizin toplam sağlık harcamalarında artma eğilimi görülmektedir. Bunun doğal bir sonucu olarak sağlık harcamalarının genel ekonomi içindeki payında da bir artış vardır. Yıllardan yıla GSYH'deki artışa paralel olarak, toplam sağlık harcamasında artış görülmektedir.

Sağlık harcamalarında meydana gelen bu artış, büyük ölçüde kamu harcamaları ile finanse edilmiştir. 1999 yılında toplam sağlık harcamasının % 61,1'i kamu tarafından, % 38,9'u özel sektör tarafından karşılanırken, 2011 yılında bu paylar sırasıyla % 75 ve % 25 olmuştur.

Kamu sağlık harcamaları; genel bütçeli kurumlar (Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı ve diğer bakanlıklar), özel bütçeli kurumlar (kamu üniversiteleri, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ve diğer özel bütçeli kurumlar), kamu denetimindeki fonlar (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu), devlet memurları için yapılan sağlık harcamaları, belediyeler, il özel idareleri ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan sağlık harcamalarından oluşmaktadır. Özel sağlık harcamaları ise, özel sağlık sigortası şirketleri, hane halklarının cepten yaptığı ödemeler, hane halklarına hizmet eden kar amaçsız kuruluşlar (Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Kızılay gibi), Kamu İktisadi Teşekkülleri, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer özel firma ve işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarından oluşmaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

OECD ortalamaları ile kıyaslandığında, 1999 yılında OECD üyesi ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ortalama %7,9 düzeyindeyken bu değer ülkemizde aynı yıl %4,8 düzeyindedir. 2011 yılında ise ulaşılabilen en son yıl verilerine göre OECD ortalaması %9,6 olurken, ülkemizde %5,9 düzeyindedir.

Cepten yapılan harcamalar, hane halkları tarafından sağlık hizmeti almak amacıyla doğrudan yapılan ödemeleri, maliyet paylaşımı ve informal kapsar. Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı oldukça önemli bir kavramdır. Zira bu oranın, ülke sağlık sisteminin vatandaşları sağlık harcamaları yüzünden oluşabilecek finansal risklere karşı ne derecede koruyucu olduğunun bir göstergesidir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payının 1999 yılı için OECD üyesi ülkelerdeki ortalaması %19,6'dır. Aynı oran ülkemiz için ise %29,1'dir. 2011 yılında ise ulaşılabilen en son yıl verilerine göre OECD ortalaması %19,2 olarak gerçekleşirken ülkemizde %16,2 olarak gerçekleşmiştir. Türk sağlık sisteminin, cepten yapılan sağlık harcamaları açısından, 1999-2011 yılları arasında, vatandaşların finansal risklerden korunması açısından oldukça pozitif bir ilerleme sağladığı söylenebilir.

Tüm bu değerlendirmelerin ışığında, artan sağlık harcamalarının toplumun sağlık statüsünde nasıl bir değişiklik oluşturduğu önemli bir araştırma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Artan sağlık harcamalarına paralel olarak bu artışın toplumun daha etkili sağlık hizmeti alıp almadığı, verilen hizmetin kalitesi, sistemdeki hizmet sağlayıcı veya kullanıcılar tarafından bulunmuş olası açıklar ve sağlık göstergelerinde meydana gelen değişikliklerin daha detaylı bir şekilde ayrıca incelenmesinde fayda bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık harcamaları, ulusal sağlık hesapları, kişi başı sağlık harcaması

775

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIK HARCAMALARININ ETKİNLİĞİ ÜZERİNE BAZI GÖZLEMLER

Ferhat Emil¹, Hakkı Hakan Yılmaz², Dilara Tunca²

¹Bilkent Üniversitesi, ²Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Maliye Bölümü,

Giriş ve Amaç: Türkiye'de sağlık politikalarında son on yılda önemli değişiklikler yapılmış olmakla beraber, bu alanda uygulanan politikaların kamu kaynaklarının kullanımını nasıl etkilediği ve Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen uygulamaların, kamu kaynaklarının belirlenen sağlık öncelikleri doğrultusunda etkin bir biçimde kullanılmasına yol açıp açmadığı hususları çok fazla tartışılmamıştır.

Türkiye'de gelişmiş ülkelerde yaşanan eğilimlere paralel bir demografik geçiş ve bununla bağlantılı olarak yaşlılık ve sosyo ekonomik faktörlere bağlı (epidemiolojik) hastalık ve ölüm haline bağlı olarak sağlık, sosyal güvenlik problemlerinin ve harcamalarının artacağını beklemek kötümser bir tahmin olmanın ötesine geçmiş bulunmaktadır. Buna karşılık, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlığa erişimin yaygınlaştırılması ile daha fazla hastanın daha fazla hastaneye "tedavi amacı" ile başvurması durumu yaratılmış olup, buna paralel olarak ilaç tüketimi artmış, özellikle üniversite hastanelerinin iş yükü çoğalmış ve tıp hizmetlerinin "olmazsa olmaz" ilkesi olan araştırma ve geliştirme hizmetlerinin aksaması ve uzman personel sıkıntısının artma riski baş göstermiştir. Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiler çok daha yakından incelenmesi gereken bir konu haline gelmiştir.

Türkiye, kamu sağlık harcamaları son 10 yıllık dönemde en hızlı artan ülkeler içinde yer almaktadır. Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı OECD ortalaması olan % 9,6'nın altında, % 6,2 seviyesinde çıkmaktadır. Sağlık harcamalarına 2000-2009 döneminde kişi başına reel artış açısından bakıldığında, Türkiye'nin % 6,3 ile 6. sırada bulunduğu; aynı dönemde GSYİH'nın kişi başına reel artışının % 3,6 seviyesinde bulunduğu görülmektedir. Bu rakamlar OECD ortalamasında sırası ile % 4 ve % 1,6'dır.

2000'lerin başında GSYİH'nın % 5'leri düzeyinde olan toplam sağlık harcamaları, 2010'lu yıllara gelince % 6'lar düzeyine ulaşmıştır. Kamu sağlık harcamaları ise % 3'lerden % 4,5'lere kadar çıkmıştır. Sağlık harcamalarındaki artışı belirleyen, kamu sağlık harcamalarında dönem boyunca yaşanan reel artış olmuştur. 1990'lı yıllara göre

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bakıldığında ise sağlık harcamalarındaki artış çok daha çarpıcı bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı 1990'ların sonunda % 3'ün altında iken, bugün bu oran % 4'lerin üzerine çıkmıştır

Sağlık harcamalarındaki artışa kurumsal olarak bakıldığında bütçenin sağlık harcamaları içindeki payı düşerken sosyal güvenlik sistemine ilişkin çıkarılan yasal düzenlemelerin uygulanmasına paralel olarak SGK'nın payının arttığı görülmektedir. 2000 yılında merkezi yönetim bütçesi kapsamındaki kurumların payı % 40,6 seviyesinde iken, bu pay 2012 yılında % 26,3'e düşmektedir. SGK payı ise aynı dönemde sırası ile % 54,3 ve % 71,8'dir.

Sağlık harcamalarının etkinliği açısından kullanılan göstergelerden biri de sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payıdır. Türkiye, OECD ülkeleri içinde sağlık harcamaları içinde ilaca ayrılan kaynağın en yüksek olduğu ülkelerdendir.

Kamu ilaç harcamaları ilaç tüketimindeki artışa paralel bir şekilde, dönem içinde sabit fiyatlarla bir artış içinde olmuştur. 2003 yılı sağlık sektörü fiyatları kullanılarak yapılan hesaplamada, 2003 yılında 7,3 milyar TL olan kamu ilaç harcamaları 2012 yılı sonunda % 95 oranındaki artış ile 14,3 milyar TL'ye çıkmaktadır. Bu düzeydeki bir artış mali sürdürülebilirlik açısından SGK'nın bütçe dengeleri üzerinde önemli bir baskı yaratmaktadır.

Bu durumun en temel göstergelerinin başında özellikle Sağlık Bakanlığı hastanelerinin SGK'dan olan alacaklarının silinmesi gelmektedir. SGK 2004-2010 döneminde ortalama olarak her yıl bakanlık hastanelerine olan sağlık hizmetinden kaynaklı yükümlülüğünün % 14,2'sini ödemiştir. Bu uygulama ile 2010 yılı fiyatları ile toplamda 11,1 milyar TL düzeyinde bir sağlık harcaması silinmek suretiyle toplam harcamalar içinde yer almamıştır. 2004 yılında ilaçta KDV oranlarının % 18'den % 8'e düşürülmüştür. Bu sayede ilaç faturasında 2004-2011 arasında 2010 yılı sağlık fiyatları ile yaklaşık 8,5 milyar TL düzeyinde bir düşme sağlanmıştır. Bu uygulamalara ek olarak üniversite hastanelerinde de döner sermaye alacaklarının silinmesi, finansal açıdan zor duruma düşen hastanelere yardım yapılması, özel muayene uygulamasının kaldırılmasıyla özel muayeneden dolayı ortaya çıkan kayıpların karşılanmasına ilişkin çeşitli yardımlar yapılması yoluna gidilmiştir. Ancak bu tür yardımlar sağlığa yönelik harcamalar içinde gösterilmemiştir.

2012 yılında bütçe sağlık harcamaları içinde (yeşil kart harcamaları ayıklanmış) koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik kamu halk sağlığı harcamalarının payı % 4,8 olup, toplam kamu sağlık harcamaları içindeki payı ise % 1,2 seviyesindedir. Bu oranlar 2011 yılında sırasıyla % 6,2 ve % 1,5'dir. 2011 yılına göre kamu halk sağlığı ödemelerinde ise bir düşme söz konusudur. Türkiye, halk sağlığı harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının en düşük olduğu ülkeler kategorisi içinde yer almaktadır. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamaları içinde halk sağlığı harcamalarının payı % 2-7 arasında değişirken, bu oran Türkiye'de % 1'in altında çıkmaktadır.

Çalışma bu konudaki tartışmalara, bir ülkenin sağlık alanındaki önceliklerinin kamusal ifadesi olan sağlık politikalarının görece etkinliğini, Veri Zarflama Analizi ile seçilmiş ülke grupları ile karşılaştırma yoluyla değerlendiren katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Türkiye'de yukarıda sağlık sistemindeki değişim ve bunun mali yansımalarının etkinliği organizasyon, üretilen ürün ya da hizmet açısından benzer yapıdaki karar verici birimlerin (KVB) görece etkinliklerini karşılaştırmak üzere kullanılan ve parametrik olmayan, doğrusal programlama tabanlı matematiksel bir yöntem olan Veri Zarflama Analizi (VZA) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Son yıllarda özellikle kamu politikası ve harcamaları açısından önemli hale gelen sağlık alanında da kullanımına başvurulmaya başlanmıştır (IMF, 2007; Zaim ve Diler, 2009; Ayanoğlu ve ark., 2003).

Yöntem, üretim olanakları sınırını eldeki gözlemlerden yola çıkarak kendisi belirlemektedir. Ardından her bir karar verici birimin sınır yüzeye olan radyal uzaklığı hesaplanmak suretiyle birimin etkinlik/etkinsizlik derecesi ortaya konmaktadır. Sınır üzerinde bulunan, yani etkinlik derecesi 1 olan birimler etkin kabul edilirken, diğer birimler etkinsiz kabul edilmekte ve sınıra olan uzaklıklarına göre bir etkinlik değeri almaktadırlar.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışmada, Dünya Bankası tarafından belirlenmiş üst-orta ve yüksek gelirli olmak üzere iki ülke grubuna giren ülkeler içinde gerekli veri setine ulaşılabilen ülkeler analize dahil edilmiştir. Analizde sağlık verileri için DSÖ'nün 2010 yılı sağlık istatistikleri, ekonomik veriler için ise Dünya Bankası veri bankası kullanılmıştır.

Çalışmada kullanılan VZA tekniği için iki senaryo düşünülmüştür. Burada amaç, genel olarak sağlık sisteminin performansının değerlendirilmesi ve özellikle daha sağlıklı bir yaklaşım olarak düşündüğümüz, spesifik olarak kronik hastalıklara yönelik olarak görelî etkinliğin ölçülmesidir.

Birinci modelde, sağlık sistemlerinin genel performansı değerlendirilmiştir. Bu modelde Türkiye'nin sağlık sisteminin görelî etkinlik düzeyi, Dünya Bankası'nın üst-orta ve yüksek gelir grubu ülkeleri göz önünde bulundurularak, IMF'nin 2007 yılı çalışmasında kullandığı girdi ve çıktı kalemleri açısından tespit edilmiştir. Girdiler kişi başına gelir (GNI, int. \$, SGP), toplam sağlık harcaması (% GSYİH), kişi başına kamu sağlık harcaması (int. \$, SGP), kamu sağlık harcaması (% toplam sağlık harcaması), 10.000 kişi başına hekim sayısı ve hemşire sayısıdır. Çıktılar ise doğumda beklenen yaşam süresi, 1.000 canlı doğumda görülen bebek ölümü, 1/verem prevalansı ve 1/bulaşıcı olmayan, kardiyovasküler, kanser ve yaralanma mortaliteleridir.

İkinci modelde ise yine aynı ülke grupları, sağlık sistemlerinin görelî etkinlikleri açısından Türkiye için sağlık önceliği olarak görülen kronik hastalıklara ilişkin çıktılar göz önünde bulundurularak bir karşılaştırma yapılmıştır. Burada ise girdiler kişi başına gelir (GNI, int. \$, SGP) ve kişi başına kamu sağlık harcaması (int. \$, SGP) iken çıktılar 1/bulaşıcı olmayan, kardiyovasküler, kanser ve yaralanma mortaliteleridir.

Bulgular: Birinci Modele Ait Bulgular: Üst-orta gelir grubu ülkeler, genel sağlık performanslarının 7 girdi ve 7 çıktı üzerinden değerlendirildiği birinci modele göre, görelî etkinlik değerleri açısından karşılaştırıldığında; ele alınan 42 ülkenin 30'unun etkinlik sınırı üzerinde bulunduğu, yani eldeki girdileri mevcut çıktılara ulaşmada % 100 etkin kullandığı görülmektedir. Türkiye'nin etkinlik düzeyinin de 1 olduğu görülmektedir.

Aynı model yüksek gelir grubu ülkeleri için uygulandığında, ele alınan 44 ülkenin 25'inin etkinlik sınırı üzerinde bulunduğu, yani girdileri mevcut çıktılara ulaşmada % 100 etkin kullandığı görülmektedir. Türkiye'nin etkinlik düzeyinin de 1 olduğu görülmektedir.

İkinci Modele Ait Bulgular: Üst-orta gelir grubu ülkelerinin, kişi başına gelir ve kamu sağlık harcamaları girdileri ile kronik hastalık mortaliteleri çıktıları açısından, sağlık sistemlerinin kronik hastalıklar ile mücadelelerinin görelî etkinlik değerlerinin karşılaştırıldığı ikinci model sonuçlarına göre; ele alınan 42 ülkenin 5'inin etkinlik sınırı üzerinde bulunduğu görülmektedir. Türkiye'nin etkinlik düzeyinin ise 0,377 olduğu görülmektedir. Bu, Türkiye'nin aynı çıktılara mevcut kaynaklarının % 37,7'sini kullanarak da ulaşabileceği (yani daha az kaynak kullanarak) ve kaynakların % 62,3'ünün etkin kullanılmadığı anlamına gelmektedir.

Yüksek gelir grubu ülkelerinin, sağlık sistemlerinin kronik hastalıklarla mücadele açısından hesaplanan görelî etkinlik değerleri ikinci modele göre karşılaştırıldığında, ele alınan 44 ülkenin 2'sinin etkinlik sınırı üzerinde bulunduğu görülmektedir. Türkiye'nin etkinlik düzeyinin ise 0,361 olduğu görülmektedir. Bu, Türkiye'nin aynı çıktılara mevcut kaynaklarının % 36,1'ini kullanarak da ulaşabileceği ve kaynakların % 63,9'unun etkin kullanılmadığı anlamına gelmektedir.

Tartışma: Çalışmanın temel bulguları aşağıdaki başlıklarda yer aldığı şekilde özetlenebilir:

-Ülkemizde son 10 yılda sağlık politikaları alanında önemli adımlar atılmıştır. Bu adımlar ile kurumsal yapılar, sağlığın finansmanı ve hizmet sunumu önemli ölçüde değiştirilmiştir.

-Bu politikalar sonucunda vatandaşların sağlığa erişimi önemli ölçüde artmıştır.

-Öte yandan bu politikaların ileriye yönelik olarak mali sürdürülebilirlik açısından önemli risk alanları yarattığı gözlenmektedir. Bunlar;

- Döner sermaye işletmelerinin mali yüklerinin artması
- Hekimler ve diğer sağlık personelinin iş yükünün artması

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Hastanelerde hizmet kalitesinin düşmesi
- İlaç tüketiminin artması
- Epidemiyolojik geçişi dikkate alan bir sağlık politikasına yönelik kalıcı strateji oluşturulmaması
- Daha az maliyetli koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetlerinin sistem içinde giderek daha fazla yer tutması olarak sıralanabilir.

-Doğumda beklenen yaşam süresinin artması ile birlikte değişen hastalık yüklerini kavramaya yönelik bir sağlık politikası etkinliği ve ilaç kullanımı bu anlamda önemli bir sorun alanı olarak karşımıza çıkmaktadır.

-Sağlık harcamalarının etkinliğine yönelik olarak Veri Zarflama Analizi yöntemi ile içinde Türkiye'nin de yer aldığı yüksek ve üst orta grup ülkeler için iki farklı etkinlik modeli üzerinde çalışılmıştır. İçinde çok sayıda girdinin ve çıktının yer aldığı ilk modelde sonuçlar etkin çıkmıştır. Ancak, kronik hastalıklara yönelik yaptığımız ikinci modelde ise sağlığa yönelik kullanılan kaynaklarla bu hastalıkların mortalite değerleri açısından bir etkinlik problemi olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile kronik hastalıklarla mücadele açısından etkinlik düzeylerinin karşılaştırıldığı bu model sonucunda Türkiye etkinlik sınırı üzerinde çıkmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Dönüşüm Programı, Veri Zarflama Analizi, Sağlık Politikalarının Etkinliği

Kaynaklar:

Ayanoğlu, Yıldız., Atan, Murat., Beylik, Umut., 2010, Hastanelerde Veri Zarflama Analizi (VZA) Yöntemiyle Finansal Performans Ölçümü ve Değerlendirilmesi, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Yıl:1 Sayı: 2

Emil, Ferhat, H. Hakan Yılmaz, (2010), Social Expenditures at Different levels of Government : Turkey. World Bank

IMF, 2007, Benchmarking the Efficiency of Public Expenditure in the Russian Federation.

IMS, Türkiye İlaç Satışları Veriler (2008-2011).

Zaim, O., Diler, M., 2009, The Impacts of Health Sector Reform on the Efficiency and Productivity of Public and Private Hospitals in Turkey

817

TEMEL HALK SAĞLIĞI BAĞLAMINDA TOPLUMUN İLAÇ KULLANMA ALIŞKANLIĞININ İNCELEMESİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Funda Aslan, Esmâ Kabasakal, Ebru Öztürk

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği

Giriş ve Amaç: Halk sağlığının temel felsefesini oluşturan sağlığın korunması ve geliştirilmesi yaklaşımı hastalıkların tedavisinden çok hastalıklardan korunma yöntemlerini ve sağlığı geliştirecek uygulamaların yaygınlaştırılmasına öncelik vermektedir. Bireyler herhangi bir nedenle sağlıklarını yitirmeleri durumunda tedavinin en önemli aracı olan ilaç kullanımına başvurmaktadır. Bireysel ve toplumsal düzeyde hastalıkların önlenmesi ve hastalıklarla mücadelede önemli bir teknoloji ürünü olan ilaç, doğru kullanıldığında insan sağlığını ve yaşamını tehdit eden olumsuzluklara son verirken, yanlış kullanım durumunda sağlığı bozan ve hatta insan yaşamına son verebilen bir madde olması nedeniyle, insan ve toplum sağlığında önemli bir yere sahiptir. Bununla birlikte sağlık harcamalarında önemli bir paya sahip olması ilaç kullanımını daha da önemli hale getirmektedir. Tüm dünyada etkisiz, yüksek maliyetli, yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı konusunda halkın ve sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından son derece önemli bir konudur. Çalışmada, temel halk sağlığı bağlamında, toplumun ilaç kullanma alışkanlığının incelenmesi amacıyla, Altındağ

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ve Çankaya ilçelerinde (13 mart-17 mayıs 2012 tarihleri arasında) yapılan ev ziyaretleri sonucunda elde edilen veriler kullanılmıştır. Bu bağlamda çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini, sosyoekonomik gelişmişlik açısından orta ve düşük düzeyde olan Altındağ ilçesinin Bademlidere mahallesi ve Çankaya ilçesinin Hasköy mahallelerinde yaşayan, daha önceden çalışma kapsamında ele alınmış ve ev ziyaretleri yapılan, 500 aileden çalışmaya katılmayı kabul eden 236 aile oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak literatür taranmış ve bir anket formu hazırlanmıştır. Bu bağlamda, 44 soruluk bir anket formu geliştirilmiştir. Bu sorulardan 5 tanesi demografik özellikleri ve 39 tanesi ise toplumun ilaç kullanım alışkanlıklarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Oluşturulan anket formu 10 aileye uygulanarak denenmiş ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Anket, 13 mart 2012 ve 17 mayıs 2012 tarihleri arasında uygulanmıştır. Toplanan veriler spss17.0 paket programında analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların demografik özelliklerine bakıldığında, katılımcıların %71,8'i, 25 ve 65 yaşları arasındadır. Ortalama yaş 39,47'dir. Katılımcılar arasında en genç birey 18, en yaşlı birey ise 82 yaşındadır, %94,1'i kadın, %5,9'u erkeklerden oluşmaktadır.

Katılımcıların %40,7'si ilkokul mezunu, %22,5'i lise ve üzeri eğitim düzeyindedir, % 86,4'ü evli, %13,6'sı ise bekar bireylerdir.

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin elde edilen veriler, bölgenin özelliklerini tam olarak yansıtırken, Türkiye ortalamalarının üzerindedir.

Temel halk sağlığı bağlamında, toplumun ilaç kullanma ilaç kullanım alışkanlıklarına bakıldığında ise,

- Katılımcıların bu bağlamda sağlık durumlarını tanımlamaları istenmiştir. Bu bağlamda katılımcıların % 40,3'ü sağlık durumlarını "fena değil" olarak, %37'si sağlık durumlarını "iyi" olarak tanımlarken %11,1'i ise sağlık durumlarını "kötü ve çok kötü" olarak tanımlamaktadır.
- Katılımcıların %84,7'si, ilaç yazdırırken, doktordan yazdığı ilaç ile ilgili bilgi istediklerini belirtmektedir. Bu bağlamda doktordan en çok istenen bilginin 'ilacın yan etkileri', 'endikasyonları', 'ilacın kullanım şekli' ve 'kullanım süresi' ile ilgili olduğu, en az istenen bilginin ise; "ilacın fiyatı hakkındaki bilgi" olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların % 84,1'i, ilaç kullanırken saat aralıklarına dikkat ederken, %15,9'u ise ilaç kullanımında saat aralıklarına dikkat etmeden ilaç kullandığını belirtmiştir.
- Katılımcıların % 90,2'si, ilaç kullanırken dozuna (miktarına) dikkat ettiğini belirtmiştir. %9,8'i ise ilaç kullanırken dozuna (miktarına) dikkat etmediğini belirtmektedir.
- Katılımcıların doktordan ilaç hakkında bilgi alırken dikkat ettikleri hususlar incelenmiştir. Bu bağlamda ilacın fiyatına dikkat etme oranı ankete katılan bireyler arasında düşüken, eczaneden ilaç alan bireylerin %53'ünün ilacın fiyatına dikkat ettiği belirlenmiştir. Katılımcıların %69,9'u ise ilacın pahalı olduğunu düşündükleri durumda bile sağlık güvenceleri olduğu için, ilacı aldıklarını belirtmektedir.
- Katılımcıların %57,6'sı hekime başvurmadan, eczaneden ilaç aldıklarını belirtmektedir. Hekime başvurmadan eczaneden alınan ilaçların başında ise (% 36,9) ağrı kesiciler gelmektedir.
- Katılımcıların % 64'ü, grip soğuk algınlığı gibi durumlarda hekime yazdırmadan eczaneden antibiyotik almadığını ifade etmişlerdir.
- Katılımcıların %42,4'ü doktor tarafından yazılan ilaçların tamamını kullanmadan bıraktığını belirtmiştir.
- Katılımcıların %45,3'ü kullandıkları ilacın prospektüsünü okuduğunu belirtirken, %26,3'ü ise kullandıkları ilacın prospektüsünü okumadıklarını belirtmektedir. Kullandıkları ilacın prospektüsünü okuyan bireylerin %8.1'i, prospektüste, sadece ilacın neye yaradığını, %7,2'si ilacın neye yaradığını ve yan etkilerini, %5,5'i ise ilacın neye yaradığını ve kullanım şeklini, okuduklarını belirtmiştir.
- Evde bulunsun diye ilaç yazdırırsınız sorusunu ise katılımcıların %48,7'si "evet", %38,4'ü "hayır", %12,9'u ise "bazen" olarak cevaplandırmıştır.
- Katılımcıların % 64,4'ü yakınlarının önerdiği ilaçları doktor onayı olmadan almazken, %35,6'sı yakınlarının önerdiği ilacı doktor onayı olmadan kullandığını ifade etmiştir.
- Katılımcıların % 43,2'si, ilaçları zamanında almayı unuttuğunu belirtmektedir. İlacını zamanında almayı unutan bireylerin %53,4'ü ilaç kullanması gerektiğini hatırladığında ilaçlarını aldığını %15,7'si ise hiç bir şey yapmadığını belirtmiştir.
- Kendi hastalığına iyi gelen bir ilacı başkasına aynı hastalık için önerenlerin oranı katılımcılar arasında %50'dir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- İlacını aldığıında reçetede yazılı ilaç olup olmadığını kontrol edenlerin oranı %54,5 iken, kontrol etmeyenlerin oranı ise %45,5 olarak bulunmuştur.
- İlacını aldığıında son kullanma tarihini kontrol edenlerin oranı %63,2, son kullanma tarihini kontrol etmeyenlerin oranı ise %33,8'dir.
- Evde ilaçlarını buzdolabında saklayan katılımcıların oranı %44,5 iken, evde ilaçlarını oda sıcaklığında saklayan katılımcıların oranı ise %23,3'tür.
- Katılımcılar kullanmadıkları ilaçları (%66,2) tarihi geçmişse çöpe attığını, 17,4'ü ise sağlık kuruluşuna verdiğini belirtmiştir.
- Evde bitkisel tedavi uygulayanların oranı %40,9, uygulamayanların oranı %37,8 bazen uygulayanların oranı ise %21,3 olarak bulunmuştur.
- Bitkisel tedavi uygulayanların %35,6'sının en çok solunum yolları (ÜSYE) hastalıklarında bu yöntemi kullandıkları saptanmıştır.
- Katılımcıların %28'i bitkisel ürünleri, ilaçlarla birlikte aldığını, %25,8'i ise önce ilacı alıp sonra bitkisel ürün kullandığını belirtmiştir.
- Katılımcıların %44,1'i bitkisel ürünlerden fayda gördüklerini, %21,6'sı ise bazen fayda gördüğünü belirtmektedir.
- Katılımcıların %67,4'ü düzenli olarak ilaç kullanmadığını, %32,6'sı ise düzenli olarak ilaç kullandığını belirtmiştir. Düzenli ilaç kullananların %73,7'si ağrı kesici kullanmaktadır.
- Katılımcıların %64,4'ü hastalandığında komşusunun önerdiği ilacı kullanmazken, %14,8'i kullanmaktadır. Komşusunun önerdiği ilacı kullananların %15,3'ü ise komşudan bir iki tane ilaç aldığını belirtirken, %11,4'ü komşusunun önerdiği ilacın adını öğrenerek doktora yazdığını belirtmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Altındağ ve Çankaya ilçelerinde insanların ilaç kullanma durumlarının belirlenmesi için yapılan çalışmada 236 kişiye ulaşıldı. Katılımcıların çoğunluğu 25 ve 65 yaş arasında bayanlar oluşturmaktadır. İpteş ve Khorshid'in (2004) yaptığı çalışmada örneklemin yarısından fazlasını bayan bireyler oluşturmaktadır. Bu araştırmanın örneklemi bu konuda yürütülmüş literatür ile benzerdir. Çalışmaya katılanların büyük bir bölümü ilaç yazdırırken doktordan bilgi istediklerini bu bilgilerin çoğunlukla ilacın yan etkileri, ilacın kullanım şekli ve süresi ile ilgili olduğu dikkat çekicidir. Muğla'da Baybek ve Bulut'un yaptığı çalışmada katılımcıların % 96,6'sı prospektüsü okuduklarını söylemişlerdir. Canbolat'ın yaptığı çalışmada erkekler ve bayanların prospektüs okuma durumları kıyaslandığında erkelerin %42,6'sının kadınların ise %69,1 prospektüsleri okuduğu bulunmuştur. Ankara üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada doktora başvurmadan kullanılan ilaçların % 63'ü ağrı kesiciler, % 12,5'i anti gribal ilaçlar, % 4,5'i antibiyotikler olarak bulunmuştur (Özçelikay G. ve ark.,1995). Katılımcıların %42,4'ü doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bıraktıklarını belirtmiştir. Antibiyotikleri bitirmeden bırakanların % 34,7'si iyileştiği için bıraktıklarını söylemişlerdir. Yazıcı'nın Sağlık Ocağı bölgesindeki çalışmasında, görüşülen kişilerin %67'si iyileştiği için ilaçlarını bıraktıklarını söylemişlerdir (Bilgili ve ark, 2005). Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında görüşülen kişilerin %25,6'sı tavsiye ile ilaç kullandıklarını söylemişlerdir (Özkan ve ark., 2005). Veriler yürütülen çalışmaya göre yüksektir. Yılmaz ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %32,2'si bitkisel ilaç kullandığını, bunların %27,2'sinin ilaçları ağrıyı azaltmada kullandıkları saptanmıştır. Yürütülen çalışmada ise bitkisel ilaç kullanımı en çok ÜSYE hastalığında saptanmıştır. Özkan ve ark. çalışmasında görüşülen kişilerin % 25,6'sı tavsiye ile ilaç kullandıklarını söylemişlerdir (Özkan ve ark., 2005). Veriler yürütülen çalışmaya göre yüksektir. Yürütülen çalışmada ki katılımcıların % 66,2'si, son kullanma tarihi geçen ilaçları çöpe attıklarını söylemişlerdir. Muğla'da yapılan çalışmada katılımcıların %56,8'i ilaçlarını evde sakladığını, %24'ü attığını, %9,6'sı sağlık kuruluşuna verdiğini söylemiştir (Baybek H.ve ark.,2005). Bu çalışmada sağlık kuruluşuna verme oranı daha yüksek bulunmuştur. Ankara'da ki çalışmada katılımcıların % 61,3'ünün evlerinde atık ilaç bulunduğu belirtilmiştir (Göçgeldi ve ark.,2009). Özkan ve ark. çalışmasında evlerdeki atık ilaç bulunma düzeyi %44,8 olarak bulunmuştur (Özkan ve ark.,2005). Antalya'da yapılan çalışmada evlerin %80'ninde atık ilaç bulunduğu saptanmıştır (Dönmez ve ark.,2003). Samsun'da yapılan bir çalışmada ise evde bulunan kullanılmayan ilaç ortalaması 5,2 kutu olarak bulunmuştur (Sırrı ve ark., 2007).

Çalışmada katılımcıların ilaca kolay ulaştığı, doktor kendilerine ilaç reçete ederken ilacın fiyatını sormadıkları, eczaneye ilaç almaya gittiklerinde ilacın fiyatını öğrendikleri de belirlenmiştir. Bu durumun başlıca nedeni ise ilaca o anda ödeyecekleri katkı paylarıdır. İlaç fiyatını sormamaları ise ilaç reçete eden hekimleri kendi istedikleri ilacı yazmaya teşvik etmektedir. Bilinçsiz ilaç kullanımında ağrı kesiciler başı çekmekte, bunu antibiyotikler izlemektedir. Bir diğer dikkat çeken ayrıntı ise bireylerin grip ve soğuk algınlığı gibi durumları önemsememeleri ve bunlar için doktorun ilaç yazmasına gerek olmadan kendi istedikleri veya yakınlarının önerdiği ilaçları kullanmalarındır. Bu nedenle hem bireylerin ve toplumun sağlığı hem de sağlık ekonomisi ile devlete getireceği yük ve israfı azaltmak için toplumsal öneme sahip olan ilaçların kullanım durumu ile ilgili

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bireylere farkındalık kazandırmak oldukça önemlidir. Bunun için birinci basamakta çalışan sağlık personeline önemli görevler düşmektedir.

Temel halk sağlığı bağlamında toplumun ilaç kullanma alışkanlığının incelendiği bu araştırma Türk toplumunun ilaç kullanım alışkanlıklarını ortaya koymasından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İlaç kullanma alışkanlığı, Temel halk sağlığı

Kaynaklar:

1. Özçelikay, G., (2001), Akılcı İlaç Kullanımı Üzerinde Bir Pilot Çalışma, Ankara ECZ. FAK. DER 30(2) 9-18,2001
2. Özdemir L, Akgün Ş. Yaşlı Bireyde İlaç Kullanımı ve Geleneksel Uygulamalar. Medikal Network Dahili Tıp Bilimleri 2006.
3. Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S. Bir Üniversite Hastanesine Basvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*; 2005.
4. Göçgeldi E, Uçar M, Açıkeli CH, Türker T, Hasde M, Ataç A. Evlerde Atık İlaç Bulunma Sıklığı ve ilişkili Faktörlerin Araştırılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009.
5. Baybek H, Bulut D, Çakır A. Muğla Üniversitesi idari personelinin ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*; 2005.
6. Dönmez L, Yüzgöl N, Annaç C, Ödemis Y, Özel F. Antalya Merkez 6 no'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki Hanelerde Kullanılmayan İlaçların Durumu. 8. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri. 23-25 Haziran 2003 Sivas, sf.60.
7. Sırrı BS, Aksöz E, Divrik S, Sennur D, Yüksel K, Yıldız P, Çelik S. Samsun İli Merkez Hanelerinde İlaç Kullanımının Araştırılması. 19. Ulusal Farmakoloji Kongresi bildiri kitabı, 2007, sf.332.
8. 14. İptes, S. ve Khorshid, L. (2004). "Üniversite Öğrencilerinin İlaç Kullanım Durumlarının İncelenmesi". Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20(1), 97-106.
9. İ.Ç. Dolu, N. Bilgili, "Ankara'da Yaşayan Bir Grup Yaşlı Bireyde İlaç Kullanım Uygulamaları ve İlaç Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi". *TAF Prev Med Bull*, : 37-44 (2009).

490

ULUSAL DÜZEYDE TUZ KISITLAMA GİRİŞİMİNİN MALİYET ETKİLİLİĞİ

Kaan Sözmen¹, Hatice Şimşek², Bülent Kılıç², Belgin Ünal²

¹Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir, ²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş- Amaç: Aşırı tuz tüketimi hipertansiyonun oluşumuna katkıda bulunmakla birlikte kardiyovasküler hastalıklar ve inmenin etyolojisinde de rol oynamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü günlük tuz tüketimi için sınır değeri olarak günlük 5 gram olarak bildirmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada günlük tuz tüketiminin 18 gram olduğu gösterilmiş olup bu değer Avrupa ve Ortadoğu Bölgesi'nde bildirilen değerlerden daha yüksektir(1).

Kalp damar hastalıkları ve diyabet konusunda Akdeniz Çalışmaları - Toplumdaki sosyoekonomik dönüşümün analitik modellemesi: MedCHAMPS Projesi kapsamında yürütülen bu çalışmanın amacı tuz tüketimini azaltarak kardiyovasküler hastalıkları önlemeyi hedefleyen ulusal düzeyde toplum tabanlı girişimlerin maliyet etkililiğinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu araştırma bir maliyet-etkililik çalışmasıdır. Bu çalışmada ulusal düzeyde tuz tüketiminin kısıtlanmasına ilişkin planlanacak hipotetik girişimlerin maliyetleri ve etkililikleri değerlendirilmiştir. Girişimler literatür taraması sonucunda daha önce etkili olduğu gösterilen yöntemler arasından uzman görüşlerine dayanarak seçilmiştir. Girişimlere ilişkin ayrıntılar belirlenirken Türkiye Tütün Kontrolü çalışmasından da yararlanılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tuz tüketiminin kısıtlanmasına ilişkin değerlendirmeye alınan girişimler, yasal düzenlemelerin yapılması, gıda ürünlerinin tuz içeriğine ilişkin etiketlenmesi ve yeniden formüle edilmesi ile sağlığı geliştirme girişimleridir. Yasal düzenleme ve sağlığı geliştirme girişimlerinin maliyetlerinin hesaplanmasında gerekli insan gücü sayısı, girişimlere bireylerin ayırdıkları zaman, bireylerin maaş bilgileri, basılacak olan broşür, bilgi kitapçığı, afiş sayıları, radyo ve televizyon aracılığıyla yapılan tanıtımların süreleri ve maliyetleri, ofis gereçleri ve giderleri, bu süreçte yapılan toplantı ve eğitim sayıları, nerede yapıldığı, katılımcı sayısı, katılımcıların niteliği ile ilgili bilgiler kullanılmıştır. Etiketleme ve reformülasyon maliyeti işlenmiş gıdaların (ekmek, peynir vb.) tuz içeriğine ilişkin hazırlanan etiketlerin ve tuz içeriğinin azaltılmasına ilişkin yeniden formülasyonun maliyetine göre hesaplanmıştır. Gıdaların tuz içeriği açısından denetiminin maliyeti de merkez ve taşra teşkilatında çalışacak kişi sayısı ve yıllık denetim sayıları dikkate alınarak belirlenmiştir. Sağlığı geliştirme girişimleri bu konuya ilişkin anahtar rol oynayan çalışanların eğitimi, medyanın kullanımı ve basılı dökümanlar aracılığıyla toplumun bilgi düzeyinin artırılmasına yönelik girişimleri içermektedir.

Hastalık maliyetleri epidemiyolojik bir model olan Türkiye için geliştirilen IMPACT Modeli'nden elde edilen Kardiyovasküler hastalıkları (myokard infarktüs, angina pectoris, kalp yetmezliği, by-pass) olan bireylerin yaşa ve cinsiyete göre dağılımları ve her bir yaş grubunda ilaçların kullanım oranlarının, ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü ilaç fiyat listelerindeki ortalama fiyatla çarpılmasıyla elde edilmiştir. Dolaylı maliyetler çalışanların yıllık ortalama kazançları, ülkedeki ortalama yıllık ekonomik katılım oranı, işsizlik oranı, emeklilik yaşı, enflasyon hızı kullanılarak hesaplanmıştır.

Etkililik belirlenirken her bir girişimin ortalama kan basıncındaki düşüş düzeyi ve buna bağlı kazanılan yaşam yılı hesabı kullanılmıştır. Girişimlerin kan basıncına etkisi literatürden yararlanılarak belirlenmiştir. Daha önce bir çok ülkede kullanılmış olan IMPACT modeli(2) yardımıyla 2010 yılındaki koroner kalp hastalığına bağlı ölüm hızlarının sabit kalacağı varsayılarak 2020 yılı nüfus projeksiyonları kullanılarak 2020 yılı için KKH bağlı beklenen ölüm sayısı hesaplanmıştır. Daha sonra her bir girişim için önlenen ya da geciktirilen ölümler hesaplanmıştır. Kazanılan yaşam yılı ise ilgili yaş ve cinsiyet gruplarındaki ortalama sağkalım süresi ile önlenen ya da geciktirilen ölümlerin sayısının çarpımı ile elde edilmiştir. Model, Türkiye için 30 yaş üstü erişkin bireyleri kapsayacak biçimde oluşturulmuştur.

Veri, Tarım Bakanlığı Koruma ve Kontrol Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Dairesi, Sağlık Bakanlığı Beslenme ve Fizik Aktiviteler Dairesi, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Beslenme ve Diyetetik Bölümlerinden iki öğretim üyesi, Tütün ve Alkol Piyasası Denetleme Kurumu (TAPDK), TBMM Sağlık Komisyonu Başkanı, İzmir İl Tarım Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü, Fırıncılar Odası Başkanı, Esnaf ve Sanatkarlar Odası yetkilisi, biri ulusal biri uluslararası gıda üretim şirketi ile araştırmacılar tarafından yüzyüze görüşülerek elde edilmiştir. Maliyet hesapları yapılırken erişilemeyen bilgiler DSÖ'nün WHO-CHOICE bölgesel tahminleri ve excel dosyaları kullanılarak hesaplama yapılarak elde edilmiştir.

Veri analizinde maliyetlere %3'lük indirim oranı uygulanmıştır. Maliyetler 2010 yılı için satın alma gücü paritesine göre düzeltilmiş dolar cinsinden sunulmuştur. Çözümlemede 10 yıllık dönem için hesaplama yapılmış olup, parametrelerdeki belirsizliklerin sonuçlara olan etkisi duyarlılık analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Eğer tuz kısıtlamaya ilişkin herhangi bir girişim yapılmazsa ülkemizde kardiyovasküler hastalıklara bağlı maliyetin 20,004,324,977 USD olacağı hesaplanmıştır. Yasal düzenlemeler, sağlığı geliştirme girişimleri, etiketleme ve reformülasyon uygulamalarının tek tek ve yasal düzenlemelerle etiketleme, yasal düzenlemelerle sağlığı geliştirme girişimlerinin ve her üçünün birlikte uygulanma maliyetleri hesaplandığında girişim yapılmamasına göre daha düşük maliyetler elde edilmiştir diğer bir ifade ile bu girişimler ek maliyete neden olmamıştır. Her üç girişimin birlikte uygulanma maliyeti ise en düşük olarak bulunmuştur (19,107,874,299 USD). Her bir girişim seçeneği, hiçbir girişimde bulunmamaya göre daha fazla yaşam yılı kazandırmıştır. En az yaşam yılı yalnızca sağlığı geliştirme girişimde (68,666 yıl), en fazla yaşam yılı her üç girişimin birlikte uygulanmasında (377,686 yıl) elde edilmiştir. Daha fazla yaşam yılı kazandırması ve daha az maliyete neden olması nedeniyle her üç girişimin birlikte uygulanması diğer seçeneklere göre ilk tercih edilmesi gereken yöntemdir. Maliyet ve etkililiğin hesaplanmasında yapılmış olan olası hataları gözönünde bulundurarak yapılan duyarlılık analizleri ile en maliyet etkili girişim açısından sıralama değişmemiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tartışma: Kamu kurumlarında özellikle kayıtların yetersiz tutulması, bazı kamu özel kurumlardaki yetkililerin bilgiyi paylaşmak istememesi yeterli ve güvenilir veriye ulaşmayı zorlaştırmıştır. Bu nedenle maliyetler gerçek durumun altında hesaplanmış olabilir. Ancak DSÖ'nün ülkemiz ve bölge ülkeleri için yapmış olduğu maliyet hesaplamalarına benzer biçimde bu çalışmada da tuz kısıtlama girişimlerinin maliyet etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır(3,4). Bunun yanında toplum düzeyindeki girişimlere ek olarak yasal düzenlemelerin birlikte uygulanması diğer bir çalışmada olduğu gibi diğer girişim seçeneklerinin tek başına uygulanmasına göre daha maliyet-etkili bulunmuştur(4). Etkililik düzeyinin hesaplanmasında paketlenmemiş gıdaların piyasada tüketimine ilişkin bilginin yetersiz olması nedeniyle etkililik düzeyleri olduğundan yüksek bulunmuş olabilir. Ancak her iki durumda da maliyet ve etkililik için duyarlık analizleri yapılmış olup bu durumun sonuçları etkilemediği belirlenmiştir. Ülkemizde tuz tüketiminin kısıtlanmasına ilişkin yapılan ilk çalışma olması ve bundan sonra yapılacak çalışmalar açısından yol gösterici olması nedeniyle önemlidir.

Sonuç olarak ülkemizde tuz tüketiminin azaltılmasına ilişkin yapılan yasal düzenleme, etiketleme, reformülasyon ve sağlığı geliştirme girişimlerinin herbiri hiç girişim yapılmamasına göre maliyet etkili bulunmuştur. Ancak maliyet etkililiği en yüksek olan girişim yasal düzenleme, etiketleme ve sağlığı geliştirme girişimlerinin birarada yapılmasıdır. Bu girişim ancak Sağlık Bakanlığı, Tarım Bakanlığı, üniversiteler, üreticiler, sivil toplum örgütleri başta olmak üzere pekçok sektörün işbirliği ile hedefine ulaşabilir.

Anahtar kelimeler: tuz kısıtlama, maliyet etkililik, IMPACT model, sağlık ekonomisi

Bu çalışma AB 7. Çerçeve Programından desteklenmekte olan 223075 numaralı MedCHAMPS Projesi kapsamında gerçekleştirilmiştir.

Kaynaklar:

1) Erdem Y., Arici M., Altun B., et al: The SALTURK (The Relationship between Hypertension and Salt

Intake in Turkish Population) study. <http://www.turkhipertansiyon.org/UserFiles/File/salt.pdf>

2) Unal, B., S. Capewell, and J.A. Critchley, Coronary heart disease policy models: a systematic review. BMC Public Health, 2006. 6: p. 213.

3)Asaria P, Chisholm D, Mathers C, Ezzati M, Beaglehole R (2007) Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. The Lancet 370: 2044–2053

4) CJ Murray, JA Lauer, RC Hutubessy et al. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: A global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk Lancet, 361 (2003), pp. 717–725

5-Demografi ve Sağlık

237

15-49 YAŞ GRUBU EVLİLERDE UYUM: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Mahmut Kılıç

Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Yozgat

Giriş ve Amaç: Eşler arasındaki uyumsuzluk boşanmalara ve ruhsal sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı, üreme çağındaki evlilerin evlilik uyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel olan bu çalışma, Yozgat il merkezindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 15-49 yaş grubu evliler üzerinde yapılmıştır. Örneklem seçiminde rastgele küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. 7 aile sağlığı merkezinden olan 1, 3, 4 ve 5 nolu Aile Sağlığı Merkezi kura yöntemiyle örnekleme alındı. Ayrıca Verem Savaş Dispanserine başvuranlar da araştırmaya alındı. Veriler, Tutarel- Kışlak (1999) tarafından Türkçe'ye adapte edilen Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ) ve demografik verileri içeren anket formunun görüşmecisi aracılığıyla doldurulmasıyla toplandı (1). Araştırmaya, sözlü onam vererek katılmayı kabul eden n=757 evli kişi alındı. EUÖ puanı kesim noktası 100'dür ve 100 ve üzeri puan alan kişiler "uyumlu" olarak değerlendirildi (2). EUÖ'nün iç tutarlılığı (Cronbach's Alpha 0,85), geçerlilik ve güvenirlik çalışmasındaki değerle (0,84) benzer bulundu. Verilerin analizinde, ki-kare, ANCOVA ve binary lojistik regresyon analizinin Forward LR modeli kullanıldı. Forward LR analizine, bağımlı değişken olarak EUÖ puanı 100 ve üzerinde alanlara 1, altında alanlara 0 değeri verilerek alındı. Bağımsız değişkenlerden yaş, eş yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısı sürekli değişken olarak; cinsiyet, öğrenim durumu, eş öğrenim durumu, çalışma durumu, aile tipi, evlenme biçimi, sağlık ve ekonomik durum algısı ise kategorik değişken olarak alındı.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %53.1'i kadın, %56.5'i her hangi bir işte çalışmakta, %30.1'i okul bitirmemiş veya ilkokul mezunu, %33.2'si 17-29 yaş grubunda, ortanca yaş 33'tür. Erkeklerin yaş ortalaması (35,7) eşlerinininkinden (32,7) 3 yaş, kadınlarınki (32,8) ise eşlerinden (36,7) 4 yaş daha küçüktür.

Araştırmaya katılanların EUÖ'den aldığı puan ortalaması 110.2±27.8, en düşük 8 ve en yüksek 158 puandır. Araştırma grubundaki evlilerin %69.1'i uyumlu bulunmuştur. Evliliklerin uyumlu olma olasılığı, sağlık durumunu iyi olarak algılayanlarda orta/ kötü algılayanlara göre 1,85 kat, eşi üniversite mezunu olanlarda ilkokul mezunu veya okul bitirmemişlere göre 1,97 kat, ekonomik durumunu orta ve iyi olarak belirtenlerde düşük belirtenlere göre sırayla 2,43 ve 2,19 kat, eşinin yaşı küçük olanlarda büyük olanlara göre daha yüksektir. Cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, kendisinin ve eşinin çalışma durumu, aile tipi, evlenme biçimi, evlilik süresi ve çocuk sayısı ile evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Sonuç ve Öneriler: Uyumlu bir evlilik, eşler arasındaki sevgi, saygı ve yardımlaşmayı artırarak kişilerin ruh ve sosyal sağlığına olumlu katkı sağlayabilir. Evlilerin yaklaşık 2/3'ü eşleriyle uyumludur. Sağlık ve ekonomik durumun iyi olması, eş eğitiminin yüksek ve eş yaşının küçük olması evlilik uyumunu olumlu yönde etkilemektedir. Bu özelliklerin tersine sahip gruplar evlilik uyumu açısından risk altındadır. Tutarel-Kışlak ve Çabukça'nın yaptığı araştırmada evlilik uyumu (3), Günay'ın çalışmada evlilik doyumu (4) cinsiyete göre farklı değilken (3), Çakır'ın yaptığı araştırmada, cinsiyete, eğitim düzeyine, yaş gruplarına ve evlilik süresine göre evlilik uyumu farklı bulunmuştur (5). Yeşiltepe'nin öğretmenler üzerinde yaptığı çalışmada, öğretmenlerin cinsiyetlerine ve yaşlarına göre evlilik uyumlarında anlamlı bir fark bulunmazken, bireylerin evlilik biçimi ve çocuk sayısı göre evlilik uyumları anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (6). Ancak Çakır ve Yeşiltepe'nin çalışmalarında çoklu analiz yapılmadığı için farkın hangi özelliklerden kaynaklı bilinmemektedir. Çakır ve Yeşiltepe'nin anlamlı saptadığı özellikler, bizim çalışmamızda çok değişkenli analiz yapıldığında anlamlı bulunmamıştır.

Aile hekimleri ve aile sağlığı hemşireleri, ruhsal sorunu olan evlilerin evlilik uyumunu sorgulayabilir ve uyum sorunu yaşayanlara evlilik danışmanlığı almalarını önerebilir.

Anahtar kelimeler: 1-Evlilik, 2-Evlilik uyumu ,3-Birincil bakım

Kaynaklar:

1. Tutarel-Kışlak, Ş. Evlilik Uyum Ölçeği Adaptasyon Çalışması. 3P Dergisi 1999; 7(1): 50-57.
2. Stephen G. White & Chris Hatcher (1984): Couple complementarity and similarity: A review of the literature, The American Journal of Family Therapy, 12:1, 15-25
3. Tutarel-Kışlak Ş, Çabukça F. Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi 2002; 2 (5): 35-42.
4. Günay S. Evlilik çatışması, nedensellik-sorumluluk yüklemeleri, eşlerin evlilik ilişkisinden sağladıkları genel doyuma ilişkin görüşleri ve evliliğe ilişkin değerlendirmeler arasındaki ilişkiler. Yüksek Lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Sosyal Psikoloji) Anabilim Dalı, Ankara 2007.
5. Çakır S. Evli bireylerin evlilik uyumlarının ana-babalarına bağlanma düzeyleri ve demografik değişkenler açısından incelenmesi. Yüksek Lisans tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı (Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Programı), Ankara 2008.
6. Yeşiltepe SS. Öğretmenlerin Evlilik Uyumlarının Psikolojik İyi Oluş Ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Adana 2011.

430

ANKARA'DA BİR HASTANEYE BAŞVURAN ANNELERİN AKRABA EVLİLİĞİ İLE İLGİLİ BAZI KONULARDA BİLGİ VE DAVRANIŞLARI

Burcu Küçük Biçer, Nazmi Bilir, Ebru Sekmen, Elif Nazlı Serin, Hande Candemir, Özcan Selçuk

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş: Akraba evliliği (endogami), tıp bilimlerindeki çalışmaların ilerlemesiyle birlikte, toplumun gündeminde daha çok ilgilenilen bir konudur ve kısa bir tanımlamayla, ortak bir soydan gelen kadın ve erkeğin birleşmesidir şeklinde tanımlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde sıklığı düşük, gelişmekte olan ülkelerde ise hala çok yaygın olarak görülmektedir. Ülkeden ülkeye bu sıklık değişmektedir. Günümüzde dünyadaki evliliklerin yaklaşık %20'si akraba evliliğidir ve doğan çocukların %8,4'ünün akraba evliliklerinden doğduğu düşünülmektedir (1)

Dünyada akraba evliliğinin sık görüldüğü ülkelerde yapılan çalışmalarda, akraba evliliklerinin daha çok birinci dereceden akraba arasında ve kırsal kesimde yapıldığı gözlenmektedir (2).

Türkiye'de akraba evliliği sıklığı 1968'de % 29,2, 1983'de % 20,9, 1988'de %21,1, 1993'de % 23,0, 1998'de %25,1 ve 2003'de % 22,0 olarak tespit edilmiştir. Görüldüğü üzere Türkiye'de halen evlenen 5 çiftten 1'i akrabasıyla evlenmektedir ve bu çiftlerin %51,0'i birinci dereceden akrabadır (3).

Akraba evlilikleri, sosyokültürel açıdan bakıldığında akrabalık bağına güçlendirmesi için, gelenek, görenek ve dini inanışlar doğrultusunda bir evlilik yapılması için yapılmaktadır. Ayrıca aileye yabancı birisinin girmesi ile akrabalık bütünlüğünün ve dayanışmasının bozulacağı inancına dayanan bir durumdur. Ekonomik getirisi açısından bakıldığında miras yoluyla toprağın bölünmesini önleyerek gelecek nesillerin güvence altına alınması anlayışına kadar çeşitli nedenleri vardır. Bu evliliklerin sıklığı ırka, soya, etnik farklılaşmaya, dine ve yaşanılan coğrafi bölgeye göre farklılıklar gösterebileceği gibi, sosyo-ekonomik-kültürel yapı, kişisel beklentiler ve törelere göre de toplumdan topluma farklar göstermektedir. Akraba evliliği evlilik yaşının düşük, annenin öğrenim durumunun düşük ve babanın çalışma statüsünün düşük olduğu kırsal kesimlerde şehirlere göre daha sıklıkla yapılmaktadır (1). Ülkemizde medeni kanunlarla evlilik engelleri Türk Medeni Kanunu'na göre evlenilmeyecek kişiler şu şekilde belirtilmiştir (4).

1) Üstsoy ile altsoy arasında; kardeşler arasında; amca, dayı, hala ve teyze ile yeğenleri arasında,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

2) Kayın hısımlığı meydana getirmiş olan evlilik sona ermiş olsa bile, eşlerden biri ile diğerinin üstsoy ve altsoyu arasında,

3) Evlat edinen ile evlatlığın veya bunlardan biri ile diğerinin altsoy ve eşi arasında evlilik mümkün değildir.

Akraba evliliği yapan popülasyonda özürlü çocuk doğma riski diğer popülasyona göre iki kat artarak % 8-9 olmaktadır (3) Yenidoğan taramalarında önemli bir yer tutan fenilketonuri, (Almanya'da 1/9000, İngiltere'de 1/10000, Fransa'da 1/18000 ve Japonya'da 1/60000, ülkemizde 1/4000) her bin bebekten 1-3'ünde izlenen ileri derece işitme kaybı (yenidoğan döneminde işitme kaybına neden olan etmenlerin dağılımında birinci sırada (% 7. 7) akraba evliliği tespit edilmiştir) ve Talasemi (Türkiye'de 1.300.000 taşıyıcı, 4.000 hasta bulunmaktadır) akraba evliliklerine bağlı sık görülen hastalıklardır.

Akraba evlilikleri konusunda toplumlar arasında farklılıklar olsa da sıklığı çoğu toplumda giderek azalmaktadır. Eş seçiminin tamamen serbest olduğu ve kişilerin kendi eğilimlerine bıraktığı toplumlarda insanların çok azının akrabalarıyla evlendikleri bilinen bir gerçektir (5). Türkiye'de akraba evliliklerinin sıklığı konusunda belirgin bir düşme yaşanmamakta ve evlilik yapan bireyler akraba evliliğinin etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olamamaktadır. Diğer etkileri arasında sık doğum yapma, ölü doğum sayısında artma gibi durumlar yer almaktadır.

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Pediatri Polikliniklerine başvuran annelerin akraba evliliği konusundaki bilgi düzeyleri ve farkındalıklarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışma; Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Genel Pediatri Polikliniği, Pediatrik Genetik Polikliniği, Pediatrik Metabolizma Polikliniği, Pediatrik Allerji Polikliniği, Pediatrik Nefroloji Polikliniği ve Pediatrik Gastroenteroloji Polikliniklerine başvuran hastaların anneleriyle yapılmıştır.

Veriler, annelerin sosyo-demografik özelliklerini, gebelik hikâyelerini, evlilik özelliklerini, çocuklarının sağlık durumlarını ve akraba evliliği bilgilerini soran 24 soruluk bir veri toplama formu kullanılarak yüz yüze veri toplama yöntemiyle toplanmıştır.

Polikliniklere başvuran 239 anne çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

HÜTF, Çocuk Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır. Poliklinik sorumlu hekimlerinden ve annelerden sözel izinleri alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden annelere, anket uygulandıktan sonra akraba evliliği hakkında genel bilgileri içeren bir bilgilendirici doküman dağıtılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 239 annenin %20,9'u (50) 25 yaş ve altında iken %47,3'ü 26-35 yaşları arasındadır. Annelerin %47,3'ü (113) ilköğretim mezunudur ya da daha az öğrenim görmüştür. Çalışmaya katılan annelerin % 28,5'i eşiyile arasında kan bağı bulunduğunu ifade etmişlerdir. Annelerin %28,5'i akraba evliliği yaptığını belirtmiştir. Katılımcıların %18'i (43) 15-17 yaşlarında evlendiklerini belirtirken; %72,4'ünün (173) çevresinde de akraba evlilikleri olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan annelerin 62'si (%25,9) 4 veya daha fazla gebe kaldığını belirtmiştir. Annelerin 53'ü (%22,2) 3 veya daha fazla canlı doğum yaptığı görülmüştür. Katılımcıların 45'i (%18,8) küretaj olurken, 66'sının (%27,6) düşük yaptığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan annelerin ortalama gebe kalma sayısının 2,69±1,61 olduğu görülmüştür.

Annelerden yüksekokul/üniversite mezunu olanların 46'sı (%92,0) akraba evliliği yapmamışken ilköğretim/ortaokul/ilköğretim mezunu olanların 60'ünün (%57,7) akraba evliliği yapmadığı saptanmıştır (p<0,001).

Eşiyile arasında kan bağı olan annelerin 24'ü (%55,8) 17 yaş ve altında evlenmişken, kan bağı olmayan annelerin 19'u (%44,2) on yedi yaş veya daha küçükken evlilik yaptığını belirtmiştir (p<0,001).

Eşiyile arasında kan bağı olmayan annelerin 62'si (%36,3) çevresinde akraba evliliği olduğunu belirtirken, kan bağı olan annelerin 4'ü (%5,9) çevresinde akraba evliliği olmadığını belirtmiştir (p<0,001).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcıların 213'ü (%89,1) akraba evliliğini sakıncalı bulmaktadır. Eşiyle arasında kan bağı olan annelerin 50'si (%73,5) akraba evliliğini sakıncalı bulurken, eşiyle arasında kan bağı bulunmayan annelerin 163'ü (%95,3) akraba evliliğini sakıncalı bulduğunu belirtmiştir (p<0,001).

Katılımcılardan akraba evliliği ile ilgili bazı bilgilerin doğruluğu ya da yanlışlığı konusunda bazı bilgileri sorulmuştur. Lise ve üzeri öğrenime sahip annelerin akraba evliliği konusunda bilgileri ilköğretim ve altı öğrenime sahip olan annelerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p<0,001). Akraba evliliği yapmayan anneler akraba evliliği yapan annelere göre ilgi sorularını anlamlı şekilde daha fazla doğru olarak yanıtlamışlardır (p<0,05).

Çalışmaya katılan annelerin 122'si (%51,0) çocuğunun akraba evliliği yapması konusunda izin vermeyeceğini belirtmiştir. Öğrenim düzeyi ilköğretim ve altı olan annelerin 47'si (%41,6), öğrenim düzeyi lise ve üstü olan annelerin 75'i (%59,5) çocuğunun akraba evliliği yapmasına izin vermeyeceğini düşündüğünü belirtmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Evlilik yaşı Türkiye' de hem evliliğin ülke genelinde yaygın olması hem de doğumların neredeyse tamamının evlilik içerisinde gerçekleştirilmesi nedeniyle demografik açıdan oldukça önemlidir. Araştırmada evlilik yaşı ortalaması 21 yaş olarak bulunmuştur. Türkiye genelinde evlilik yaşı ortalaması 19 iken araştırma sonucunda bulunan ortalamanın bu değerden yüksek olmasının nedeni araştırmanın kentsel bir bölgede yapılmış olması ve araştırma yapılan hastanenin bulunduğu bölge için bir referans hastane konumunda olması olabilir. Araştırmada evlilik yaşının akraba evliliğine etkisi olduğu görülmüştür. Bu bilgi doğrultusunda resmi evlilik yaşı konusundaki var olan yasaların uygulanmasına daha çok özen gösterilmelidir. Katılımcıların yarısı (%47,0) ilköğretim ve altı öğrenim görmüştür. Akraba evliliği ile ilgili bilgilendirmenin ilköğretim düzeyinden itibaren başlaması faydalı olacaktır.

Akraba evliliği yüzdesinin çalışmamızda Türkiye genelinden fazla olmasının sebebi çalışmanın referans bir hastane ve pediatri polikliniklerinde yapılması olabilir. Hasta çocukların akraba evliliğinden doğması olasılığı sağlıklı olanlardan daha yüksek olabilir. İlköğretim ve altı eğitim alanların %42,5'i akraba evliliği yapmışken, lise ve üstü eğitim alanların %15,9'u akraba evliliği yapmıştır. Bu veri akraba evliliği ile öğrenim düzeyi arasında ters bir ilişki bulunduğunu desteklemektedir (6). Konya'da yapılan bir çalışmada farklı olarak, akraba evliliği yapma sıklığı, ilköğretim ve altı öğrenim görenlerde % 9,98, lise ve üzeri öğrenim görenlerde %12,8 olarak saptanmıştır (5).

Çalışmaya katılan annelerin %72,4 'ünün çevresinde akraba evliliği yapmış bireyler bulunduğu saptanmıştır. Eşiyle arasında kan bağı olmayan annelerin çevresinde, eşiyle arasında kan bağı olan annelere göre daha az akraba evliliği vardır. Coğrafi dağılım, etnik köken, yerleşim yeri, anne babanın akraba evliliği yapmış olması gibi çevresel faktörlerin bireylerin akraba evliliği yapma olasılığını artırması ile ilgili olabilir (6). Akraba evliliği yapan annelerin yaklaşık dörtte üçünün akraba evliliğini sakıncalı bulması, akraba evliliği yapmanın tek etkeninin bu konudaki bilinç ve farkındalığın yetersiz olması olmadığını göstermektedir. Bu durum, Türkiye'de bazı bireylerin eş seçimini kendi iradeleriyle yapamaması ile ilgili de olabilir. Araştırmamızda akraba evliliği yapma sebepleri arasında mal bölünmemesi, aile isteği, aile baskısı ve geleneksel olması bulunmuştur. Bu sebepler akraba evliliğini sakıncalı bulan anneleri de akraba evliliği yapmaya itmiş olabilir.

Çalışma evreninde akraba evliliğinin çocuk için riskleri konusunda bilgisi daha az olan annelerin daha fazla akraba evliliği yaptığı görülmüştür. Toplumun bu konuda bilgilendirmek akraba evliliği sayılarının azalmasında etkili olabilir. Evlilik öncesi taramaya ek olarak akraba evliliği konusunda evlik danışmanlıkları sırasında bilgilendirme yapılması hastalık yükünün azaltılmasında iyi bir önlem olacaktır.

Akraba evliliğinin günümüz Türkiye'sinde de önemli bir sorun teşkil etmeye devam ettiği, daha ileri ve toplumu temsil eden çalışmalar ile bu konunun irdelenmesinin gerekmektedir. Çalışmanın evreni itibarıyla sonuçlarının dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir. Akraba evliliğinin azaltılabilmesi için; toplumun öğrenim düzeyinin artırılması, evlilik yaşı konusundaki kanunun uygulamasına özen gösterilmesi, evlilik danışmanlığı hizmetinin yaygınlaştırılması, öğretim müfredatında akraba evliliğinin yerinin artırılması gibi önlemlerin alınması uygun olabilir.

Anahtar kelimeler: Akraba evliliği, Kan, Evlilik, Aile

Kaynaklar:

- 1) Endokrinoloji ve Metabolizma Polikliniğimizde takipli hastalarda akraba evliliği sıklığı ve akraba evliliğini etkileyen Dr. Ahsen Tabak Uzmanlık Tezi İstanbul 2008.
- 2) PhD Yunus Khalid, MD Consanguinity and Apnea of Prematurity Hala Tamim, Seminer Notu
- 3) Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları, Doç. Dr. Şevkat Bahar Özvarış, Dr. Gonca Oktay Koçoğlu, Prof. Dr. Ayşe Akın, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı . 2003
- 4) Medeni Kanun .(Kanun No: 4721, Kabul Tarihi: 22.11.2001, Madde. 129)
- 5) www.ttb.org.tr/STED/sted0201/4.html. Timur S. Türkiyede Aile Yapısı Erişim Tarihi:15.12.11
- 6) Ulusoy M., Tunçbilek E.(1987) Türkiye’de Akraba Evlilikleri ve Çocuk Ölümüne Etkisi.Nüfus Bilim Dergisi 9, 7-26

937

CİNSİYET VE YERLEŞİM YERİNE GÖRE TÜRKİYE’DEKİ 65 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSUN SAĞLIĞI

Berrak Bora Başara, Erman Pulgat, Gökalp Yentür, Cemil Güler, Uğur Dilmen

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Düşük üreme hızı ve uzayan doğumda beklenen yaşam süresi, yaşlı nüfus oranını sadece Türkiye’de değil tüm dünyada artışına sebep olmaktadır¹. 1990 yılında nüfusun sadece % 4,3’ünü oluşturan 65 yaş ve üstü bireyler, 2010 yılı itibariyle toplumun % 7,2’sini oluşturmaktadır. DSÖ’nün tanımlamasına göre yaşlıların nüfusta giderek artması insan nesli için bir zafer anlamındadır ancak DSÖ’nün 1998 yılı Dünya Sağlık Raporunda belirttiği üzere yaşlılık; özürüllüklerin artması ve başkalarına daha fazla bağımlılaşma şeklinde tanımlanmaktadır. Bu bağlamda yaşlı sağlığını iyileştirme ve bunun için gerekli altyapıyı kurmak için yaşlıların mevcut sosyo-demografik özelliklerin saptanması ve ilgili çalışmaların bu bilgiler temelinde yürütülmesi çok büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, nüfusu hızla yaşlanan Türkiye’de yaşlı nüfusun sağlığının iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin kullanımının kolaylaştırılması için yapılacak eylemleri belirlemek adına Türkiye’nin yaşlı nüfusunun cinsiyet ve yerleşim yerine göre sağlık durumlarını değerlendirmektir. Türkiye’deki yaşlıların günlük fiziksel aktiviteleri ne kadar gerçekleştirebildikleri, şikâyet ettikleri kronik hastalıklar ve kendi sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri cinsiyet ve yerleşim yerine göre ayrıntılı olarak incelenmiştir. Ayrıca bu çalışma; gerek bu konudaki ulusal yayın eksikliğini gidermek gerekse uluslararası düzeyde Türkiye’nin diğer ülkelerle karşılaştırılma imkânını sağlamak gibi amaçlara hizmet etmektedir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan, kesitsel tipteki “Türkiye Sağlık Araştırması 2008” çalışmasının veri tabanından yararlanılmıştır. Söz konusu araştırmanın örneklem büyüklüğü Türkiye toplam, kent ve kırsal bazında tahminler üretecek şekilde hesaplanmıştır. Tasarım gereği toplam örneklem hacmi 7 910 hane olarak belirlenmiştir. Örneklem sonucunda elde edilen veri setinden kitleyi temsil edecek değerlere ulaşabilmek için ağırlıklandırma işlemi gerçekleştirilmiştir. Analizlerde ki kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada ilk olarak Türkiye’de yaşayan 65 yaş ve üzeri (yaşlı) nüfusun sosyo-demografik özelliklerine bakılmıştır.

65 yaş ve üzeri nüfusun eğitim düzeyi incelendiğinde; kadınların % 75,8’inin okuma yazma bilmediği ya da herhangi bir okul bitirmedikleri görülmektedir. Erkeklerde bu oran % 40 olarak tespit edilmiştir. Lise ve dengi okullar ya da daha yüksek bir eğitim almış olanlar yaşlı kadın nüfusunun sadece % 3,8’ini oluşturmaktadır. Öte yandan yaşlı erkeklerin % 9,5’inin lise veya dengi okullardan ya da daha yüksek bir eğitim kurumundan mezun oldukları anlaşılmaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gelir kaynağı olmadığını belirten kesim oldukça az olmasına rağmen haneye giren aylık toplam gelirlerine göre incelendiğinde, kadınlarla erkekler arasında belli bir fark olmasa da yaşlı toplumun % 65,3'ünün 750 TL'den daha az aylık gelire sahip hanelerde yaşadığı görülmektedir.

Yaşlı erkek nüfusun % 51,8'i emekli olduğunu beyan ederken, kadınlarda bu oran % 7 olarak saptanmıştır. Yaşlı erkeklerin % 20,5'i halen çalışmaktayken, yaşlı kadınların sadece % 5,4'ü çalışmaktadır. Öte yandan yaşlı erkeklerin % 24,5'i kendilerini çalışamaz halde olarak görürken, yaşlı kadınların % 39,7'si kendilerinin çalışamaz halde olduklarını beyan etmiştir.

Türkiye'de yaşlı nüfusun başlıca sağlık sorunları değerlendirildiğinde; 65 yaş üzerindeki kişilerin sadece % 18,1'i son 12 ay içerisinde hiçbir sağlık sorunu yaşamadığını belirtmiştir. Yaşlı erkek nüfusta son 12 ay içerisinde hiçbir sağlık sorunu yaşamayanlar % 26,5 iken kadınlarda bu oran % 11,6'ya düşmektedir. Son 12 ay içerisinde 19 adet kronik rahatsızlıktan hangilerini geçirdiklerini inceleyen analizlerde kadınların % 36,2'sinin 4 ve daha fazla hastalık geçirdiği görülürken, erkeklerde bu % 19,8 olarak görülmektedir. Yerleşim yerinin görülen hastalık sayısı üzerinde önemli farklılıklar yaratmadığı ortaya çıkmıştır.

Araştırmada yaşlıların geçirdiği hastalıklara ilişkin harita ortaya konmaya çalışılmıştır. Buna göre Hipertansiyon toplumun neredeyse yarısında (% 46,9) görülerek birinci, Romatizmal Eklem hastalıkları % 38,6 ile ikinci, kireçlenme (osteoartrit, artroz, dejenefatif eklem hastalığı) % 32,8 ile üçüncü en sık rastlanan sağlık sorunu olmuştur. Sağlık sorunlarının büyük bölümünde yaşlı kadın nüfusun erkeklere kıyasla daha fazla tanı aldığı gözlenirken, sadece Enfarktüs (Kalp krizi), Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Kanser ve Karaciğer sirozu, karaciğer yetmezliği hastalıklarında yaşlı erkek nüfusun kadınlara kıyasla daha çok tanı aldığı görülmektedir. Bu hastalıklar son derece tehlikeli olmakla beraber önlenabilir bir ölüm nedeni olan tütün ve alkol kullanımıyla ilgili olduğu gözden kaçmamaktadır.

Odds oranı hesaplanarak yapılan kır/kent ayrımının 25 hastalık için ayrıntılı analizinde ilginç sonuçlar göze çarpmaktadır. Hipertansiyon (OR=1,489), Kireçlenme (1,257), Diyabet(OR=1,436), Koroner Kalp Hastalığı (OR=1,548) ve Karaciğer yetmezliği (OR=2,177) gibi hastalıklarda kent yaşamı kırdan yaşama göre istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir şekilde daha büyük bir risk teşkil etmektedir. Diğer taraftan, kırdan yaşayanların kentte yaşayanlara göre daha çok karşılaştığı sağlık problemleri Kronik Bronşit ve Astım olarak görülmektedir.

Türkiye'de yaşlı nüfusun kendi kendine beslenme, yatağa girme/kalkma veya sandalyeye oturma/kalkma, giyinme ve elbiselerini çıkarma, tuvalet kullanımı, banyo yapma/duş alma gibi günlük kişisel bakımlarını gerçekleştirirken zorluk yaşadığı ve en çok zorlandığı kişisel bakım faaliyetinin banyo yapma/duş alma (% 19,7) olduğu görülmektedir. Yaşlı erkeklerde genelden farklı bir sonuç ortaya çıkmamakla birlikte, kırdan yaşayan kadınların % 24,3'ü Yatağa girme/kalkma veya sandalyeye oturma/kalkmada zorlandığını belirtirken bu oran kentteki kadınlarda % 18,9'a düşmektedir.

Türkiye'deki yaşlıların genel sağlık durumu araştırıldığında kadınların % 39,4'ünün sağlık durumlarını kötü/çok kötü olarak bildirdiği görülürken, erkeklerde bu oranın % 24,1 olarak görünmektedir. Kırdan yaşayan kadınların % 43,0'ı sağlık durumlarını kötü/çok kötü olarak bildirirken, kentte yaşayan erkeklerde bu oran % 19,5'tir ve bu 2 alt grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri karşılaştırılmasında sağlık göstergeleri en önemli faktör olarak değerlendirilirken bu göstergelerden ilk akla geleni ise doğumda beklenen yaşam süresidir. Son yıllarda istikrarlı bir artış göstererek 2010 yılı için 74,3 yıla çıkan Türkiye'nin doğumda beklenen yaşam süresi aynı zamanda nüfusun yaşlandığı anlamına da gelmektedir². Avrupa bölgesindeki 65 yaş üstü nüfus % 15,1 iken Türkiye'de 65 yaş üstü nüfus 1990 yılında tüm toplumun % 4,3'ü, 2010 yılında ise % 7,2'sidir^{2,3}. Nüfusun yaşlanması ülkelerin demografik profillerini sağlık, sosyal güvenlik, çalışma, kültür ve günlük yaşam tarzı bakımından baştan aşağı değiştirmektedir. Ülkelerin başlıca politikaları ve hedefleri, nüfusun sağlığını geliştirmek ve korumaktır. Bu bağlamda Türkiye'de nüfusun yaşlanması ülkenin gelişmişlik düzeyinin arttığı anlamına gelmekle beraber asıl yapılması gerekenin, yaşlı nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını kolaylaştırarak, tedavi olanaklarını arttırmak ve yaşlı nüfusun sağlığının iyileştirilmesine imkân sağlamak olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, literatürde 65 yaş ve üzeri nüfusa sunulacak sağlık hizmetlerini iyileştirmek için sağlam bir altyapı oluşturulmasını ve akılcı planlara göre hareket edilmesini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır⁴.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde erkekler kadınlara kıyasla eğitim alma açısından daha avantajlıdır. Bu durum Türkiye için de geçerlidir ve üzücü bir şekilde 65 yaş ve üzeri erkeklerde okuma yazma bilmeyen ya da herhangi bir okul bitirmemiş olanların oranı % 39,7 iken kadınlarda aynı oran % 75,8'dir. Bu durumda 65 yaş ve üzeri yaşlılarda kadınlar ile erkekler arasındaki sağlık açısından gözlemlenen farklılıklar salt cinsiyetin etkisi olarak görülmemeli, sadece yaşam kalitesini değil aynı zamandan kişisel sağlık bilincini artırmak adına eğitimin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Ayrıca yaşlı sağlık hizmetleri, hastalık yükü açısından ele alındığında en önemli problem kronik hastalıklardır⁵. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) verilerine göre kronik hastalıklar 65 yaş ve üzeri nüfusun % 39'unun günlük yaşamsal aktivitelerini kısıtlamaktadır⁶.

Sağlık Bakanlığının "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde kronik hastalıklar başta olmak üzere risk faktörlerini azaltmak amacıyla koruyucu hekimlik anlayışı ile birlikte sağlığın geliştirilmesini hedeflemektedir. Kronik hastalıklar ile ilgili doğru ve karşılaştırılabilir verinin sağlanması, bu hastalıklara sebebiyet veren risk faktörlerinin belirlenmesi ve halkın bu konuda bilinçlendirilmesi ve böylelikle sağlığın geliştirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı" kurulmuştur. Kronik hastalıkların risk faktörleriyle mücadeleyi kolaylaştırmak amacıyla Aile Hekimliği birimlerinde kullanılmak üzere adı geçen Daire Başkanlığınca "Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi" hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu ortaklığında hazırlanan "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" yaşlı nüfusun sağlığının geliştirilmesini dolayısıyla yaşam standardının yükseltilmesi konusunda önemli bir kaynaktır⁷.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2008 yılında yaptığı Türkiye Sağlık Araştırması ışığında ortaya çıkarılan bu bulgular, 2010 yılında aynısı tekrarlanan bu araştırmanın verileriyle karşılaştırılarak Sağlık Bakanlığının ve diğer organizasyonların aldığı kararların, yürüttüğü politikaların sonuçlara asıl ve ne kadar etki ettiği ortaya çıkarılmalıdır. Bununla birlikte yeni müdahalelere karar verilip yaşlı sağlığı daha geniş bir açıdan analiz edilebilir ve iyileştirilmesine yönelik hareketler daha sağlam adımlarla atılabilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı Sağlığı, Cinsiyet, Yerleşim yeri, Kronik Hastalıklar

Kaynaklar:

1-Rosenberg M. W., Moore E. G. (1997). The health of Canada's elderly population: current status and future implications, *Canada Medical Association Journal*, 157(8), 1025-1032

2-Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010

3-HFA Avrupa Bölgesi Veri Tabanı – Dünya Sağlık Örgütü Health For All Veritabanı

4-Akgün, S., Bakar, C., & Budakoğlu, I. İ. (2004). Dünya'da ve Türkiye'de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri

5-Güler, G., Güler, N., Kocataş, S., & Akgül, N. (2009). Yaşlıların Sağlık Bakımı Gereksinimleri, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31: 367-373

6-Fulmer, T., Wallace, M., & Edelman, C. L. (2002). Yaşlı Yetişkinlerin Sağlığının İyileştirilmesi (pp. 709–744). Toronto: 428 Mosby.

7-Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, 2007

292

DÜZCE BELEDİYESİ 2010 YILI ÖLÜM KAYITLARIN İNCELENMESİ

Atilla Senih Mayda, Muammer Yılmaz, Özlem Akman, Cennet Ay, Ahmet Atakul, Ertuğrul Emen

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hastalık ve ölüm nedenleri arasında farklılıklar bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bütün yaş gruplarında olan ölüm nedenleri irdelendiği zaman kronik hastalıklar, malignensiler ve kazalar ön sıralarda yer almaktadır. Oysa gelişmekte olan ülkelerde, toplum genelinde en sık görülen ölüm nedenleri sıralamasında çocukluk yaş grubunun ölüm nedenleri (akut solunum yolu enfeksiyonları, tüberküloz, sıtma, ishalleri hastalıkları vs.), kronik hastalıklar, kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar ilk sıralarda dikkat çekmektedir. Bu durum gelişmekte olan ülkelerde ölüm nedenlerinin önlenebilir hastalıklardan oluştuğunu göstermektedir (1). 2010 yılı için tüm dünyadaki Kaybedilmiş Yaşam Yılları nedenlerinin ülkelerin gelişmişlik durumuna göre dağılımına bakıldığında düşük gelir grubundaki ülkelerde bulaşıcı hastalıklar, perinatal ve anneliğe bağlı ölümlerin daha fazla olduğu görülmektedir (2). Ölümlere ilişkin veriler ölüm kaydına (sayı ve dağılım) ve ölüm belgesine (neden) dayanır (3). Ölüm kayıtları sadece bir toplumda belirli bir sürede meydana gelen ölüm sayısını değil, ölümlerin yaş, cins, meslek gibi özelliklerini ve ölümün tıbbi nedenini de bildirir. Böylece ölüm bakımından yüksek risk taşıyan gruplar ile en çok ölüme yol açan hastalıklar ve nedenler bulunur. Bölgesinde olan ölümleri sayı ve nitelik yönünden çok iyi bilen bir sağlık yöneticisinin yapacağı planlama ve yürütme ile sağlık hizmetlerinde başarılı olma şansı yüksek olacaktır(4). Ölüm nedeni istatistikleri, epidemiyolojik çalışmalar için önemli bir veri kaynağıdır. Bununla beraber, alta yatan ölüm nedeninin uygunsuz belgelenmesi ve hatalı tayin edilmesi yaygın olup, istatistiklerin kullanımını sınırlamaktadır. Ölüm nedenlerinin bildirilmesi ile ilgili sorunlar bütün Ülkeler için söz konusu olup, bu anlamda evrensel bir sorundur. DSÖ ve çok sayıda ülkenin sağlık bakanlıklarının bütün uyarılarına karşın, ölüm formlarının doldurulmasında sorunlar yaşanmaktadır (1). Ölen kişinin sosyoekonomik-kültürel özelliklerini öğrenmek kolay olduğu halde, ölüm nedenini öğrenmekte çoğu kez zorlukla karşılaşmaktadır. Ölen kişiye ölüm raporu dolduran sağlık personeli çoğu kez ölen kişiyi tanımamaktadır. Ölüm nedenini ölenin ailesinden aldığı bilgiye dayanarak yazmaktadır. Bilgi ve deneyimsizlik nedeniyle, ölüm raporuna ölüm nedeni olarak kişinin öldüğü andaki son hastalık ya da durum yazılmakta ve ölüm olayını ilk başlatan temel neden tümüyle ihmal edilmektedir (4).

Ölüm nedenlerinin doğru olarak yazılmasında sorumluluk doğrudan hekime aittir. Bu nedenle hekimlerin ölüm nedenlerini yazarken çok titiz, sabırlı ve araştırmacı olmaları beklenir (4). Semptomlar, iyi tanımlanamayan durumlar, kesinlikle ölüm nedeni olarak gösterilmemelidir. Örneğin üremi, perikardit,serebrovasküler olay, solunum yetmezliği, kalp yetmezliği, kardiyak arrest, solunum arresti, bursit, peritonit ve benzeri semptom ya da iyi tanımlanamayan durumlar ölüm nedeni olamazlar. Kişide daha ciddi, daha açıklayıcı, daha ayrıntılı bilgi veren bir hastalık ya da durum varsa temel ölüm nedeni olarak bu ciddi hastalık ya da durum gösterilmelidir (4).

Ülkemizde defin ruhsatı olmadan ölümlerin gömülmesi Umumi Hıfzısıha Kanununun(UHK) 214. Maddesi uyarınca yasaktır. Ölüm raporlarını düzenlemenin belediye hekiminin veya sağlık ocağı hekiminin görevi olduğu UHK'nun 216.maddesinde belirtilmektedir. Hasta hastane ve sağlık kuruluşlarında ölüm raporunun ilgili kuruluşun başhekimini veya müdürü tarafından verilmesi gerektiği UHK 218.maddesinde yer almaktadır.219.maddede ise hekim ve sağlıkla ilgili herhangi bir personeli olmadığı durumlarda defin izninin muhtar veya jandarma komutanı tarafından verilebileceği belirtilmektedir(4).

Bu araştırmanın amacı Düzce Belediyesi 2010 yılı kayıtlarına göre ölüm nedenlerinin incelenmesidir. **Gereç ve Yöntem:** Bu tanımlayıcı çalışmada Düzce Belediyesi 2010 Ölüm Tutanaklarındaki 345 ölüm kaydı analiz edilmiştir. Elde edilen veriler 2011 yılı Ocak ve Şubat aylarında bir istatistik paket programına girilerek analiz edilmiştir. Kayıtlarda yer alan veriler; yaş, cinsiyet, doğum tarihi, baba adı, ikametgah adresi, hangi mezarlığa defin olduğu, defin tarihi, defin ruhsatını kimin verdiği, ilgilenen kişi, telefon no ve ölüm nedenidir. Ölüm nedenleri bulaşıcı hastalıklar ve anneliğe bağlı ölümler, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaralanmalar olarak 3 ana grup şeklinde sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Düzce Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü'nün tuttuğu ölüm kayıtlarında 2010 yılında 345 ölüm kaydı vardır. Ölümlerin aylara göre dağılımına bakıldığında en fazla ölümün Temmuz 40(%11.6), Ekim 37(%10,7) ve Mayıs 34(%9,9) aylarında olduğu görülmüştür. Ölenlerin cinsiyete göre dağılımı; erkek 188(%54.5), kadın 154(%44.6) ve cinsiyeti yazılmayan ölüm kaydı 3(%0.9) dür. Ölüm nedeni olarak en sık yazılanlar; “doğal ölüm” 29(%8,4), “kalp yetmezliği” 23(%6,7), ve “serebrovasküler hastalık” 22(%6,4) kişidir.

Ölüm nedenleri bulaşıcı olmayan hastalıklar 281(%83,2), bulaşıcı hastalıklar ve anneliğe bağlı ölümler 27(%7,8) ve yaralanmalar 14 (%4,1) olarak sınıflandırılmıştır. Kanserden olan toplam 49 ölümün dağılımı; Akciğer kanseri

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

20 (%40.8), kolon kanseri 5(%10.2), meme kanseri 5(%10.2), prostat kanseri 4(%8.2), beyin kanseri 3(%6.1), pankreas kanseri 3(%6.1), metastaz 2 (%4.1), over kanseri 2(%4.1), böbrek kanseri 1(% 2.0), mesane kanseri 1(%2.0), endometrium kanseri 1(%2.0) NHL 1(%2.0) KLL 1(%2.0) şeklindedir.

Toplam 345 ölüm kaydından 8 (%2.3) tanesi 0 yaş grubunda ve 4(%1.2) tanesi 1-4 yaş grubundadır. Sıfır yaş grubundaki ölüm nedenleri her biri birer bebekte olmak üzere, kadiyopulmoner yetmezlik, miyokard enfarktüsü, pnömoni, ölü doğum, ağır hidrosefali, immaturite, obstruktif apne ve menenjit şeklinde kayıt edilmiştir. Ölüm nedenleri 1-4 yaş grubundaki toplam 4 ölüm için; her biri birer kişide olmak üzere; pulmoner arrest, septik şok, hipervolemi, intrakranial kitle olarak kaydedilmiştir.

Tartışma: Ölümünden korunma hizmetlerini başarılı olarak planlayabilmek ve yürütebilmek için ilk koşul ölüm olayını ilk başlatan hastalık ya da durumu doğru olarak saptayabilmektir. Ölümü tek hastalık ya da durum ortaya çıkardığında ölüm raporunu doldurmak ve değerlendirmek kolaydır. Oysa günümüzde kronik ve dejeneratif hastalıkların artan bir oranda çoğalması, çoğu kez ölüm olayının birbirini doğuran hastalık ya da durumların sonucu olarak ortaya çıkması ölüm raporunun doldurulmasını, ölüm nedenlerinin seçimini ve ölüm istatistiklerini çok karmaşık işlemler haline getirmektedir. Düzce Belediyesi Ölüm Kayıt Defteri'nde ölüm nedeni olarak genellikle tek bir neden belirtildiğinden ve ölenlerinin aileleriyle görüşülmediğinden belirtilen ölüm nedeninin temel neden mi, yoksa son durum mu olduğunu incelemek mümkün değildir (5). Düzce Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü'nün tuttuğu ölüm kayıtlarında 2010 yılında 345 ölüm kaydı vardır. En fazla ölüm Temmuz, Ekim ve Mayıs aylarında olmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu 2008 verilerine göre ise en çok ölümler Ocak, Aralık ve Mart aylarında olmuştur. Bu farklılığın nedeni hakkında bir yorum getirilememiştir (6). Ölümünün cinsiyete göre dağılımında erkeklerde 188(%54.5) olmuştur. Kadın 154(%44.6) ve cinsiyeti yazılmayan ölüm kaydı 3(%0.9) dür. Bütün ve ark. çalışmasında 136 (% 42.6) kadın, 183 (% 57.4) erkek, Türkiye İstatistik Kurumu 2008 verilerine göre ise ölenlerin % 55'i erkek, % 45'i kadındır (6,7). Düzce ve Türkiye 2008 verilerindeki ölenlerin cinsiyete göre dağılımı birbirine benzerdir. Bütün ve ark. çalışmasında defin ruhsatındaki ölüm nedenleri içinde % 52 ile kadiyopulmoner arrest, bunu santral sinir sistemi hastalıklarının % 11.6, kardiyoasküler hastalıklarının % 9.4 ve malignansilerinin % 6.2 izlediğini bulurken, bu çalışmada %8,4 ile doğal ölüm, %6,7 ile kalp yetmezliği, %6,4 ile serebrovasküler hastalık ve %58,4 ile diğer nedenlerdir. Bu durum Düzce'de defin ruhsatlarına ölüm nedenlerinin uygun şekilde yazılmadığını düşündürmektedir(7). Bu çalışma ile benzer diğer çalışmalardaki bulgular benzerlik göstermektedir. Bu durum, gerçek ölüm nedenlerinin belirlenmesi konusunun, ülkemizde genel ve ortak bir sorun olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Ölüm nedenlerinin ve hızlarının saptanması halk sağlığı ve koruyucu hizmetleri açısından önenebilir ölümlerin ortadan kaldırılması için önem taşımaktadır. Bu çalışmada, ölüm kayıtlarının incelenmesinden ölüm nedenlerinin uygun biçimde yazılmadığı ortaya çıkmıştır. Ölüm nedenlerinin tam ve doğru olarak saptanabilmesi için hekim ve tıp öğrencilerine yönelik eğitimlerde konuya ağırlık verilmelidir. Formların kurallara uygun ve tam olarak doldurulması ile ölüm nedenlerinin saptanabilmesi sağlık hizmetlerinin planlanması açısından yönlendirici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Düzce Belediyesi, Defin ruhsatı, Ölüm nedeni

Kaynaklar:

1. Aziz A,Ahmet T. İstanbulda 2005'te meydana gelen 5 yaş altı çocuk ölümlerinin değerlendirilmesi.TAF Preventive Medicine Bulletin,2008;7(4)
2. Taner A.Birol D.Ahmet D.Fikret B.Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde bir yıl içinde meydana gelen ölümlerin değerlendirilmesi. Gazi Tıp dergisi 2007;cilt18:sayı4:177-181
3. Ragıp Atakan A,Mehmet Y,Bünyamin B,Sedat K, Gebeliğin Hipertansif hastalıklarına bağlı ölüm nedenleri.Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology 2009;vol:6 Issuc:4 Pages:257-61
4. Erdinç O, Rukiye Çetin S. Bursa ili Nilüfer ilçesinde 2003 yılında meydana gelen ölümler.TAF Preventive Medicine Bulletin,2006;5(4)
5. Sümbüloğlu V, Gören A, Sümbüloğlu K. Ölüm Raporu Yazım Kılavuzu, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Sağlık Enformasyon Sistemleri Eğitim Dizisi No:3, Aydoğdu Ofset, Değiştirilmiş 2. Basım, Ankara 1995.
6. <http://www.tuik.gov.tr/demografiapp/olum.zul>, (Erişim tarihi 11 Şubat 2011).
7. Bütün C, Beyaztaş FY, Çelik M, Kiliçcioğlu B. Defin Ruhsatlarında Belirtilen Ölüm Nedenlerinin İncelenmesi. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 28 (3): 79 – 83, 2006

EVLİLİK UYUMUNUN ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİLERİN RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ

Mahmut Kılıç, Nursel Üstündağ, Aydan Doğan

Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Ülkemizde Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılına (Years Lost with Disability: YLD) neden olan ilk sıradaki hastalık grubu nöropsikiyatrik hastalıklardır. Unipolar depresif hastalık prevalansının %21,1 olduğu tahmin edilmektedir (1). Eşler arasındaki uyumsuzluk boşanmalara ve ruhsal sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Üreme çağındaki kişilerin ruh sağlığının iyi olması, hem çocukların sağlığını hem de evliliğinin olumlu sürmesini etkilemektedir. Araştırmanın amacı, üreme çağındaki evlilerin evlilik uyumlarının ruh sağlığı durumlarına etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, nedensel türde kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, Ekim - Aralık 2011 döneminde Yozgat il merkezindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 15-49 yaş grubu evli kadın ve erkekler oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde, olasılıklı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. 7 aile sağlığı merkezinden olan 1, 3, 4 ve 5 nolu Aile Sağlığı Merkezi kura yöntemiyle örnekleme alındı. Ayrıca birinci basamak sağlık kuruluşu olan Verem Savaş Dispanserine başvuranlar da araştırmaya alındı. Araştırmaya, sözlü onam vererek katılmayı kabul eden n=757 evli kişi alındı.

Veriler, Tutarel- Kışlak (1999) tarafından Türkçe'ye adapte edilen Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ) ve literatüre dayalı olarak hazırlanan anket formunun görüşmecisi aracılığıyla doldurulmasıyla toplandı (2). EUÖ puanı kesim noktası 100'dür. EUÖ'den 100 ve üzeri puan alan kişiler "uyumlu" olarak değerlendirildi (3). EUÖ'nün iç tutarlığı (Cronbach's Alpha 0,85), geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasındaki değerle (0,84) benzer bulundu. Bağımlı değişkenler olarak; son bir ay içinde en az bir gün uykusuzluk sorunu yaşama, ruh sağlığı bozuk günler olma, duygusal veya ruhsal sorunlar nedeniyle günlük iş veya uğraşlarını yapamadığı günler olma ve son bir yıl içinde hayattan bıkip yaşamak istemediği anlar olma alındı. Bağımsız değişkenlerden EUÖ puanı, yaş, eş yaş, evlilik süresi, çocuk sayısı sürekli değişken; cinsiyet, öğrenim durumu, eş öğrenim durumu, çalışma durumu, aile tipi, evlenme biçimi, duygusal ve sosyal desteğe ihtiyaç duyma, sağlık ve ekonomik durum algısı kategorik değişken olarak alındı. Verilerin analizinde ki-kare ve binary lojistik regresyon analizinin Forward LR modeli kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %46,9'u erkek, %56,5'i her hangi bir işte çalışmakta, %30,1'i okul bitirmemiş veya ilköğretim mezunu, %33,2'si 17-29 yaş grubunda, ortanca yaş 33'tür. Evlilerin %62,7'si görücü usulü ile evlendiğini, %54,4'ü 10 yıl ve daha uzun süredir evli olduğunu, %17,3'ü geniş aile yapısında olduğunu, %11,8'i ekonomik durumunun kötü olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılanların EUÖ'den aldığı puan ortalaması 110,2±27,8, en düşük 8 ve en yüksek 158 puandır. Araştırma grubundaki evlilerin %69,1'i EUÖ'den 100 ve üzeri puan alarak eşleriyle uyumlu bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların %34,2'si sağlık durumunu orta/kötü (%4,4'ü kötü) olarak algılamakta, %39,2'si son bir ay içinde uyuyamadığı günler (%5,9'u ≥14 gün), %29,6'sı ruh sağlığının bozuk olduğu günler (%4,6'i ≥14 gün) ve %18,4'ü ruhsal sorunlar nedeniyle günlük iş veya aktivitelerini yapamadığı günler (%6,1'i ≥7 gün) olduğunu belirtmiştir. Araştırma grubunun %3,2'si (24 kişi) hekim tarafından tanısı konmuş psikiyatrik bir hastalığı olduğunu ifade etmiştir. Evlilerin %13,7'si (104 kişi) son bir yıl içinde hayattan bıkip yaşamak istemediği anlar olduğunu ifade etmiştir. İntihar düşüncesi olan 6 kişi intihar girişiminde bulunduğunu, 6 kişi herhangi bir girişimde bulunmadığını, 92 kişi ise bu soruya yanıt vermemiştir.

Araştırmaya katılanların %10,2'si ruhsal sorunlar nedeniyle son bir yıl içinde doktora gittiğini (%7,8'i psikiyatriste) belirtmiştir. Son bir ay içinde uykusuzluk, ruhsal sorun ve duygusal/ ruhsal sorunlar nedeniyle günlük iş/ uğraşlarını yapamadıkları günlerin sayısı arttıkça doktora gitme oranları artmaktadır. Son bir ay içinde ≥14 gün uykusuzluk, ruhsal sorun ve duygusal/ ruhsal sorunlar nedeniyle günlük iş/ uğraşlarını yapamayanlar (%28,9 – 51,4), 1-6 gün sorun yaşayanlara (%15,3 – 28,0) göre yaklaşık olarak 2 katı sıklıkta ruhsal sorunlar nedeniyle doktora gitmiştir.

Son bir ayda en az bir gün uykusuzluk sorunu yaşama olasılığı, kadınlarda erkeklere göre 1,92 kat, sağlık durumunu orta/ kötü olarak algılayanlarda iyi algılayanlara göre 1,51 kat, duygusal/ sosyal desteğe her zaman/ genellikle ihtiyacı olanlarda nadiren/ hiç ihtiyacı olmayanlara göre 1,86 kat, EUÖ puanı düşük olanlarda daha

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yüksektir. En az bir gün ruh sağlığın bozuk olma olasılığı, kadınlarda erkeklere göre 2,51 kat, sağlık durumunu orta/ kötü olarak algılayanlarda iyi algılayanlara göre 1,64 kat, duygusal/ sosyal desteğe her zaman/ genellikle ve bazen ihtiyacı olanlarda nadiren/ hiç ihtiyacı olmayanlara göre sırayla 4,33 ve 1,65 kat, evlik uyumu yetersiz olanlarda yeterli olanlara göre 2,08 kat daha yüksektir. En az bir gün günlük iş/ uğraşları yapamama olasılığı, kadınlarda erkeklere göre 2,17 kat, sağlık durumunu orta/ kötü olarak algılayanlarda iyi algılayanlara göre 2,68 kat, duygusal/ sosyal desteğe her zaman/ genellikle ve bazen ihtiyacı olanlarda nadiren/ hiç ihtiyacı olmayanlara göre sırayla 5,01 ve 2,08 kat, evlik uyumu yetersiz olanlarda yeterli olanlara göre 1,97 kat, çocuk sayısı az olanlarda fazla olanlara göre daha yüksektir.

Son bir yıl içinde intihar düşüncesi olma olasılığı, anlaşarak/diğer biçimde evlenenlerde görücü usulüyle evlenenlere göre 1,91 kat, duygusal/ sosyal desteğe her zaman/ genellikle ve bazen ihtiyacı olanlarda nadiren/ hiç ihtiyacı olmayanlara göre sırayla 3,71 ve 1,95 kat, ekonomik durumunu kötü olarak belirtenlerde iyi olarak belirtenlere göre 3,05 kat, EUÖ puanı düşük olanlarda daha yüksektir.

Sonuç ve Öneriler: Evlilerin %39,2'si son bir ay içinde en az bir gün uykusuzluk, %29,6'sı ruhsal sorun ve %18,4'ü ruhsal sorunlar nedeniyle günlük iş/ aktivitelerini yapamamıştır. Evliler, aynı il merkezindeki sağlık çalışanlarına göre daha az uykusuzluk (%61,9) ve ruhsal sorun (%43,4) yaşamaktadır (4). Türkiye Sağlık Araştırması (TSA) 2010'e göre ≥15 yaştakilerin %42,3'ü (5), Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yetişkinlerin (2001) %65,6'sı son bir ay içinde ruhsal sağlığının bozuk olduğu günler olduğunu belirtmiştir (6). Evlilerin ruh sağlığı, ülkemiz ve ABD toplumuna göre daha iyidir. Evlilerden intihar düşüncesine sahip olanların oranı (%13,7), Sivas'ta yetişkinler arasında yapılan çalışmadaki orandan (%9,3) biraz daha yüksektir (7).

Ruh sağlığın bozuk olma, ruhsal sorunların günlük iş/ uğraşlara engel olma ve intihar düşüncesi olma olasılığı, EUÖ puanı düşük olanlarda, kadınlarda (intihar düşüncesi hariç), sağlık durumunu orta/ kötü olarak algılayanlarda (intihar düşüncesi hariç), duygusal/ sosyal desteğe her zaman/ genellikle ve bazen ihtiyacı olanlarda, ekonomik durumunu kötü olarak algılayanlarda daha yüksektir.

Başta aile hekimleri/ aile sağlığı merkezleri olmak üzere sağlık kuruluşlarına başvuranların kadınların, ekonomik durumu kötü olanların ve sosyal desteğe ihtiyacı olanların ruh sağlığı durumları değerlendirilerek gerekli danışmanlık ve müdahaleler yapılabilir. Ayrıca ruhsal sorunu olan evlilerin evlilik uyumları da değerlendirilerek uyum sorunu yaşayanlara evlilik danışmanlığı almaları önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Evlilik uyumu, Ruh sağlığı, Birincil bakım

Kaynaklar:

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 701, Ankara 2007; ss 4-40.
2. Tutarel-Kışlak, Ş. Evlilik Uyum Ölçeği Adaptasyon Çalışması. 3P Dergisi 1999; 7(1): 50-57.
3. Stephen G. White & Chris Hatcher (1984): Couple complementarity and similarity: A review of the literature, The American Journal of Family Therapy, 12:1, 15-25
4. Kılıç M, Çetinkaya F. [The status of health problems and affecting factors among the health workers in Yozgat provincial center]. Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 20(3):184-194. Turkish
5. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması 2010. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Yayın No: 3654, Ankara 2012.
6. Zahran HS, Kobau R, Moriarty DG, et al. Health-Related Quality of Life Surveillance-United States, 1993-2002. MMWR Surveillance Summaries 2005; 54(SS04); 1-35.

7. Polatöz Ö, Kuğu N, Doğan O, Akyüz G. Sivas il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı ve bazı sosyodemografik faktörlerle ilişkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011;24:13-23. DOI: 10.5350/DAJPN2011240102

947

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI: NÜFUS ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK RİSKLERİNİN TANIMLANMASI

Şenay Akgün, Ayfer Tezel

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Giriş ve Amaç: Bireylerin ve buna bağlı olarak toplumların sağlıklı olabilmeleri ve bunun sürekliliğinin sağlanabilmesi için “sağlık hizmetleri”nin üretilmesi büyük önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetleri temelde, “koruyucu”, “tedavi edici” ve “rehabilitasyon” olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda “koruyucu sağlık hizmetleri”, diğerlerine göre daha öncelikli bir konumdur. Çünkü korumak, tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir (Altay).

Birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yürütülen kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi ve etkin bir hizmet sunulabilmesi için bölgenin yerleşim yeri özellikleri, toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısı iyi tanımlanmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri ekibi içerisinde önemli bir ekip üyesi olan halk sağlığı hemşireleri de koruyucu sağlık hizmetlerini planlama aşamasında bölgenin ve toplumun özelliklerini tanımlarlar (Ergül 2005; Londrigan ve Levenson 2011). Bu halk sağlığı hemşireliği sürecinin ilk aşaması olan toplumu tanımadır. Bu aşamada bölgenin coğrafi özelliklerinden iklimine, toplumun alt sistemlerinden politik yapısına, toplumdaki bireylerin demografik yapısından kültürel özelliklerine kadar kapsamlı değerlendirmeler gerçekleştirilir. Bu değerlendirmeler sonucunda veriler gruplanır, analiz edilir ve sorunlar ortaya konur. Sorunlar hemşirelik problemi olarak ele alınarak hemşirelik girişimleri planlanır ve gereksinimler doğrultusunda bu planlamalar gerçekleştirilir. Süreç sonunda problemlerin ne kadar çözümlendiği ya da çözümlenmediği değerlendirilir.

Çalışmanın yapıldığı bölgede bulunan Aile Sağlığı Merkezi’nde bölgede yaşayan bireylere ilişkin verilerin yeterli olmadığı, ev halkı tespit fişlerinin kaybolduğu saptanmıştır. Bu nedenle bölgede halk sağlığı hemşireliği faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi için veri tabanı oluşturulmasına gereksinim duyulmuştur.

Bu çalışmanın, Ankara İlinde bir belediye sınırları içerisinde yaşayan toplumda durum saptama amacıyla planlanmıştır. Sonuçların gerçekleştirilmesi planlanan halk sağlığı hemşireliği faaliyetlerine temel oluşturacak verilerin elde edilmesine katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Gereç ve Yöntem:

Araştırmanın Türü

Çalışma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Kutludüğün Bölgesi’nde yaşayan 5883 birey oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise Mart - Mayıs 2011 tarihleri arasında rastlantısal örnekleme yöntemiyle belirlenen, Türkçe konuşabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden hanede oturan aile bireyleri oluşturmuştur. Çalışmada 4945 bireye ilişkin veri tabanı oluşturulmuştur. Bu veri tabanı Bölgede bulunan Aile Sağlığı Merkezi ile paylaşılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ankara'ya 25 km mesafede bulunan Kutludüğün köyü Osmanlılarda yerel yönetimlerde yapılan düzenleme ile Ankara'nın Bala ilçesine bağlanmıştır. 1932 yılında belde statüsü kazanarak Çankaya ilçesine, son olarak da 1983 yılında Mamak ilçesine bağlanmıştır. 2008 yılından itibaren de Kutludüğün ve Bayındır Beldeleri Mamak Belediyesi'ne bağlı mahalle olmuştur. Kutludüğün ve Bayındır Beldeleri 2008 yılı itibarıyla Mamak Belediyesi'ne bağlı bir mahalle olsada halen kırsal yerleşim yeri özellikleri göstermektedir.

Verilerin Toplanması

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenmesi sonucunda oluşturulan veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama formunda: Adres bilgileri, aile bireyleri, yaşları, meslekleri, sosyal güvence durumları, bireylerin soygeçmişlerinde görülen hastalıklar, sahip oldukları kronik hastalıklar, madde kullanma durumları, boy ve kilo bilgileri, kadınların doğurganlık özellikleri ve aile planlaması kullanma durumlarını saptamayı amaçlayan sorular yer almıştır. Veri toplama formlarının ön uygulaması Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 20 birey üzerinde gerçekleştirilmiş, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra veri toplama formları uygulanmıştır. Bir veri toplama anketinin uygulanması ortalama 30 dakikayı almıştır.

Araştırmanın uygulama aşamasında; Araştırmaya başlamadan önce Mamak Belediyesi'nden alınan bölgede bulunan üç mahallenin krokileri üzerinde cadde, sokak ve evlerin yerleşimi incelenmiş ve rastgele seçilen hanelerdeki bireylerle yüz yüze görüşme yöntemiyle veriler toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde) ve ki kare önemlilik testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde önemlilik düzeyi $p \leq 0.05$ olarak alınmıştır.

Etik Boyut

Çalışmaya başlamadan önce ilgili birimlerden (Sağlık Bakanlığı, Mamak Belediyesi) izin yazıları alınmıştır. Ayrıca uygulama aşamasında bireylerle görüşmeye başlamadan önce araştırma açıklanarak sözlü izinleri alınmıştır.

Bulgular: Yapılan değerlendirmeler sonucunda, ulaşılabilen bölge nüfusundan elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Nüfusun neredeyse yakın (%49.7) Yıldırım Beyazıt Mahallesi'nde yaşamakta ve hane başına düşen birey sayısı ortalama 4'tür. Hanelerin yarıya yakını (%45.9) beş ve daha fazla bireyden oluşmaktadır.

Bölge nüfusunun yaklaşık üçte biri (%27.1) 15 yaş altındadır. 65 yaş üstü bireyler ise toplam nüfusun sadece %4.7'sini oluşturmaktadır. Nüfusun beşte dördlük kısmı (%80.9) evli ve %13.1'i okur-yazardır. Neredeyse her beş kadından biri (%23.7) hiç eğitim almamış ve büyük çoğunluğu (%67.7) 19 ve daha küçük yaşlarda evlenmiştir.

Bölgede nüfusunun beşte birine yakın kısmı (%19.5) işçi olarak çalışmakta ve büyük çoğunluğunun (%69.8) sosyal ve sağlık güvencesinin olduğu bulunmuştur.

Bireylerin beşte ikiden fazlasının (%43.9) birinci veya ikinci derece yakınlarında Dolaşım Sistemi Hastalıklarının (Hipertansiyon, Koroner Kalp Hastalığı ve Serebrovasküler Olay) yaygın olarak görülmektedir.

Şuan bir hastalığa sahip olan bireylerin yaklaşık yarısının (%47.2) Dolaşım Sistemi Hastalıkları (Hipertansiyon, Koroner Kalp Hastalığı, Serebrovasküler Olay ve) olduğu belirlenmiştir.

Bölgede yaşayan kadınların her beşinden biri (%23.8) hafif şişman kategorisinde yer almasına karşın erkeklerin yaklaşık üçte biri (%31.5) hafif şişman kategorisinde yer almaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bölgede sigara kullanan bireylerin yarısından fazlasının (%53.8) sigaraya başlama yaşının 15-19 yaş arasında olduğu ve alkol kullanan bireylerin yaklaşık (%45.7) yarısının da alkole başlama yaşının 15-19 yaş arasında olduğu bulunmuştur.

Kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde; kadınların yarısından fazlasının (%53.8) 19 ve daha küçük yaşlarda ilk gebeliklerini yaşadıkları, %38.2'sinin 3 ile 5 arasında doğum yaptığı, beşte birden fazlasının (%23.9) iki yıldan daha az sürelerde gebe kaldığı ve ev koşullarında doğum yapma oranının %37.9 olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda bireylerin yarısından biraz fazlasının (%55.7) aile planlaması yöntemi kullanmadığı görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç: Bölgede yaşayan toplumun durumunun saptanması amacıyla yapılan çalışmada sonuçlara ilişkin değerlendirmelere aşağıda yer verilmiştir.

Bölge nüfusunun yaklaşık yarısının Yıldırım Beyazıt Mahallesi'nde yaşadığı ve her hanede yaşayan birey sayısının ortalama 4 olduğu saptanmıştır. Bu bulgu Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2008) verileriyle uyumludur.

TNSA (2008)'da kırsal bölgelerde 5 ve daha fazla bireye sahip olan hane halklarının yüzdesi 37 iken çalışmanın yapıldığı bölgede bu oran 45.9'dur. Kentsel bir oluşum içerisinde bulunan bu bölgedeki mahallelerin kırsal alan özellikleri göstermesi çarpıcı bir sonuçtur. Bu bulgu hanehalkı büyüklüğünün hanehalkı üyelerinin genel refah düzeyini etkilemesi nedeniyle de dikkate alınması gereken bir sonuçtur. Hanehalkı büyüklüğü aynı zamanda hanenin kalabalık olmasına neden olmasından dolayı kötü sağlık koşullarına yol açabilmektedir (TNSA 2008). Bu nedenle hane halkı büyüklüğü sağlık hizmetlerinin planlanması aşamasında yol gösterici olacaktır.

Nüfusun büyük çoğunluğu evli (%80.9), yarısından fazlası (%51) erkek ve üçte bire yakını (%27.1) 15 yaş altındadır. Bu bulgu TNSA (2008) bulgularıyla benzerdir. Çalışmada 65 yaş üstü bireylerin nüfus içerisindeki oranı %4.7 iken Türkiye genelinde bu oran %7'dir (TNSA 2008). 65 yaş üstü bireylerin oranı Türkiye geneline göre düşük olması önemli bir bulgudur.

Bölgede nüfusun çoğunluğu okula gitmiştir, sonuçlar kadınların yaklaşık dörtte birinin (%23.7) ya hiç eğitim almamış ya da ilkokulu tamamlayamamış olduğunu gösterirken erkeklerin ise yaklaşık dörtte birinin (%24.2) lise ve üzerinde eğitim aldığını işaret etmiştir. Bu bulgu kadınlar ve erkekler arasındaki eğitimsel farklılıkların devam ettiğini göstermektedir. TNSA (2008)'da Türkiye genelinde kırsal yaşayan kadınların dörtte birde fazlasının (%26.1) ya hiç eğitim almamış ya da ilkokulu tamamlayamamış olması bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyi hanehalkı üyelerinin önemli özelliklerinden bir tanesidir. Üreme davranışı, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, çocuk sağlığı gibi pek çok olgu hanehalkının eğitim düzeyinden etkilenmektedir (TNSA 2008). Bölgede bu oranların yüksek olduğu da aşağıda verilen sonuçlar arasındadır. Kadınların eğitim düzeylerinin düşük olmasının bu sonuçlara neden olduğu düşünülebilir.

Kutludüğün'de insanların büyük çoğunlunun (%19.5) işçi olarak çalıştığı ve çoğunlukla bölgede bulunan taş ocaklarında çalıştıkları bulunmuştur. İşyerleri insanların yaşamlarının büyük bir çoğunluğunu geçirdikleri alanlar olması nedeniyle çalışanların taş ocaklarından nasıl etkilendiklerinin incelenmesi sağlık risklerinin belirlenmesi için önemlidir.

Bölge halkının evlenme yaşları incelendiğinde; kadınların büyük çoğunluğunun (%67.7) 19 ve daha küçük yaşlarda adölesan evlilikler yaptığı, erkeklerin ise büyük çoğunluğunun (%56.7) 20-24 yaş arasında evlendiği saptanmıştır. Bu oran kadınların adölesan gebelikler açısından risk altında olduğunu göstermiştir. İleride verilecek sonuçlarda da görülecektir ki kadınların büyük çoğunluğu adölesan gebelikler yapmıştır.

Bireyler soygeçmişlerindeki sağlık riskleri açısından değerlendirildiklerinde; çoğunluğunun (%56.2; %37.4) dolaşım sistemi hastalıklarından Hipertansiyon (HT) ve Koroner Kalp Hastalığı (KKH) açısından risk altında oldukları saptanmıştır. Yine bölge halkının yaklaşık dörtte üçünün (%76.6) Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıklarından olan Diabetes Mellitus (DM) açısından risk altında olduğu bulunmuştur. Bu bulgular Kutludüğün bölgesindeki halkın HT, KKH ve DM açısından ele alınması gerektiği ve bunun nedenlerinin araştırılması gerektiğini düşündürmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Mevcut hastalıkların yaygınlığı incelendiğinde soygeçmişlerindeki farklı bir tabloyla karşılaşılmamaktadır. Hastalığı olanların yarıdan fazlasının (%56.2; %51.9) HT ve DM'ye sahip oldukları bulunmuştur.

Bireylerin yaşam tarzı nedeniyle sahip oldukları sağlık riskleri incelendiğinde; kadınların yaklaşık yarısının (%48.4) hafif şişman, obez ve ileri derecede obez olduğu, bu oranının erkeklerde daha düşük olduğu (%45.2) bulunmuştur.

Bölgede madde kullanmaya başlama yaşının adölesan dönem olan 15-19 arasında olduğu bulunmuştur. Bu oran bölgede adölesanların madde kullanımı konusunda bilinçlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Kadınların doğurganlık özellikleri ve aile planlaması kullanma durumları değerlendirildiğinde kadınların yarıdan fazlasının (%53.8) 19 ve daha küçük yaşlarda ilk gebeliklerini yaşadıkları saptanmıştır. Bu bulgu kadın ve çocuk sağlığı için önemli bir risk olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınların dörtte birden fazlasının (%26) 5 ve daha fazla doğum yapmış olması kadınların ileri yaşlarda karşı karşıya kalacakları sağlık riskleri açısından önemli bir bulgudur. Kadınların bir kısmının (%37.9) halen evde doğum yaptıkları ise önemli bir veridir. Bölgede aile planlaması yöntemlerini kullanmanın yaygın olmadığı (%44.3) bir başka önemli bulgudur.

Öneriler: Elde edilen sonuçlar doğrultusunda Kutludüğün Bölgesi'nde halkın özellikle de kadınların eğitim düzeyinin yükseltilmesi için sivil toplum örgütlerinin de dahil olduğu hizmetlerin yürütülmesi, kadınların adölesan evlilikler ve gebeliklerinin önüne geçilmesi için halk eğitimlerinin yapılması, fazla sayıda gebeliğin, evde doğumların önlenmesi ve aile planlaması yöntemlerinin kullanımı için toplum eğitimleri aracılığıyla kadınların bilinçlendirilmesi, bireylerin sağlık riskleri açısından daha detaylı değerlendirilerek gerekli taramaların yapılması ve risklere yönelik eğitimlerin planlanması ve sunulması, hafif şişman ve obez birey oranları gibi yaşam biçimi ile ilgili sorunlar açısından bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirebilmeleri amacıyla bilinçlendirilmesi önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Halk sağlığı hemşireliği, nüfus özellikleri, sağlık riskleri

Kaynaklar:

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008), Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara.

Londrigan MT and Levenson SB (2011) Public Health Nursing Practicing Population-Based Care. Jones and Bartlett Publishers, United States.

Altay A () Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, Sayı 64

939

SAĞLIK HİZMETİ ALMA İHTİYACI HİSSEDİP ALAMAYAN KİŞİLERİN ÖZELLİKLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Berrak Bora Başara, Erman Pulgat, Gökalp Yentür, Banu Ayar, Uğur Dilmen

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Bu çalışma son 1 yıl içerisinde sağlık hizmeti almak isteyen ancak bu hizmeti alamayan kişilerin sosyoekonomik özelliklerini belirlemek, yararlanamama nedenlerini ortaya koymak için yapılmıştır. Ayrıca bu çalışma ile nüfusun sağlığının iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin kullanımının kolaylaştırılması için yapılması gereken eylemleri belirlemek ve bu konudaki ulusal yayın eksikliğini gidermek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan, kesitsel tipteki "Türkiye Sağlık Araştırması 2008" çalışmasının veri tabanından yararlanılmıştır. Söz konusu araştırmanın örneklem büyüklüğü Türkiye toplam, kent ve kırsal bazında tahminler üretecek şekilde hesaplanmıştır. Tasarım gereği

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

toplam örneklem hacmi 7 910 hane olarak belirlenmiştir. Örnekleme sonucu elde edilen veri setinden kitleyi temsil edecek değerlere ulaşabilmek için ağırlıklandırma işlemi gerçekleştirilmiştir. Veriler SPSS İstatistiksel Paket Programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analizlerde ki kare test istatistiği kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Son 12 ay içerisinde uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı hissedip bu hizmetten yararlanamayanların oranı % 22,2'dir. Bunun % 20,3'ü erkek iken % 24,1'i kadınlardan oluşmaktadır. Sosyal güvence durumuna göre hizmet alamayanlar incelendiğinde birinci sırayı % 33,1 ile yeşil kart sahipleri almaktadır. İkinci sırada ise % 32,2 ile herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ve cepten sağlık harcaması yapan kişiler gelmektedir.

Yerleşim yeri açısından bakıldığında kentte yaşayanların % 19,6'sı, kırdaki yaşayanların % 28,3'ü son 12 ay içerisinde uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı hissedip bu hizmetten yararlanamamıştır. Yaş grubu açısından incelendiğinde en fazla sağlık hizmetinden faydalanamayanların 35-44 yaş arası (% 27,9) ve 75 yaş ve üzeri (% 23,5) nüfusta olduğu görülmektedir. Ayrıca eğitim düzeyinin düştükçe sağlık hizmetlerinden yararlanamayanların oranında da bir artış olduğu görülmektedir. Kişilerin gelir grubu incelendiğinde, gelir düzeyi yükseldikçe sağlık hizmeti alamayanların oranı düşmektedir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanamayanların yararlanamama nedenleri incelendiğinde ilk sırada % 46,8 ile ödeme gücünün gelmektedir. Yani kişiler muayenelerin çok pahalı olması veya sosyal güvence tarafından karşılanamaması nedeniyle uzman hekimlerden sağlık hizmeti ihtiyacı olduğu halde alamadığını belirtmektedir. Diğer önemli nedenler arasında; kişinin iş, çocuk ya da bakmakla yükümlü olduğu kişilerden dolayı sağlık hizmeti almaya zaman bulamaması gelmektedir.

Cinsiyet bazında sağlık hizmetlerinden yararlanamama nedenleri arasında bir fark olmamakla birlikte özellikle kadınlarda erkeklere göre daha fazla olan "birine ihtiyaç duyma" (erkeklerde % 1, kadınlarda % 3,6) ve "izin alamama" (erkeklerde % 0,4, kadınlarda % 1,6) gibi nedenler görülmektedir.

Sosyal güvence durumu ayrıntılarına bakıldığında ödeme gücünün engeli sağlık masraflarını kendisi karşılayanlarda % 85,6 olarak dikkat çekmektedir. Yeşil kart sahiplerinin hizmet alamama nedeni de % 62,6 ile yine ödeme gücüdür. Zaman problemi en çok memurlar (% 30,9), SSK'lılar (% 22,3) ve Bağ-Kur'lular (% 17,0) gibi çalışan kesimler için engel olmaktadır.

Yerleşim yerine göre incelendiğinde; zaman problemi kentte yaşayanlar için (% 19,9) kırdaki yaşayanlara göre (% 9,9) daha büyük bir engel teşkil ettiği görülmektedir. Bununla birlikte ulaşım problemini öne sürenler kentte % 1,6 iken kırdaki % 8,9 olarak görülmektedir.

Yaş gruplarına göre ayrıntılara bakıldığında ödeme gücünün dışında, genç yaş grupları için zamanın, yaşlılar için ise ulaşımın ve hizmeti almaya gitmek için birine ihtiyaç duymanın en önemli engeller arasında olduğu görülmektedir. Eğitim durumuna göre dağılıma bakıldığında ise ödeme gücünün bir engel olarak görülmesi eğitim seviyesi arttıkça azalmaktadır.

Ödeme gücünün açık ara en belirgin engel olarak görülmesi aylık gelir seviyesi ayrıntılarına bakıldığında da açığa çıkmaktadır. Düşük gelir seviyesindeki insanları % 58,9'u ödeme gücünün engel olarak belirtirken yüksek gelir seviyesinde bu oran % 13,9'a düşmektedir. Eğitim veya gelir seviyesinin artmasıyla birlikte zaman problemi hizmet almada daha çok ön plana çıkan bir engel olarak görülmektedir.

Yapılan Ki-Kare analizlerine göre, Son 12 ay içerisinde uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı hissedip bu hizmetten yararlanma durumlarını demografik özelliklerden etkilendiği görülmektedir ($p < 0,01$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Son 12 ay içerisinde uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı hisseden ve bu hizmeti alanların oranı % 77,8'dir. Bu çalışmada amaç tüm nüfusun ihtiyaç duyduğu anda sağlık hizmetini alması için ne gibi müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymak ve sağlık hizmeti alamayanların sosyoekonomik özelliklerini belirlemektir. Sağlık hizmeti alamayanların en önemli nedeni ödeme gücüdür. Bu durum özellikle sosyal güvencesi olmayan, gelir durumu ve eğitim durumu düşük olan kişilerde daha fazla olmaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Yaş gruplarına bakıldığında çalışma hayatında aktif olan 35-44 yaş grubu ile ihtiyaçlarını tek başına karşılayamamak durumunda olabileceği düşünülen 75 yaş üstü bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanamama açısından diğer yaş gruplarına göre daha yüksek orana sahip oldukları görülmektedir. Estonya’da Polluste ve arkadaşlarının yaptığı Estonya halkının sağlık hizmeti kullanımını inceleyen çalışmada 65 yaş üstü bireylerin % 81’inin son 1 yılda uzman hekim ziyaret ettiklerini belirtmektedir¹.

Gelir düzeylerine göre sağlık hizmeti alabilme oranları incelendiğinde, gelir düzeyinin yükselmesi ile sağlık hizmeti alamayanların oranının düşme eğiliminde olduğu görülmektedir. Ulusal sonuçlarını onaylar nitelikte; Veugelaers ve Yip’in, Kanada’da 1816 kişinin katılımıyla gerçekleştirdiği çalışmada da benzer sonuçlar görülmektedir. Çalışmada düşük sosyo-ekonomik gruptaki bireylerin uzman hekimden daha az hizmet alabildiği ve bu durumun gruplar arasındaki sosyo-ekonomik farkın daha da artmasına sebep olabileceğine değinilmiştir². Ayrıca Doorslaer ve arkadaşları gelişmiş ülkelerde sağlık hizmeti kullanımını inceledikleri çalışmalarında, verisi mevcut tüm ülkelerde ihtiyaç farklılıkları kontrol altına alındıktan sonra, yüksek gelir grubundaki kişilerin uzman hekimden hizmet alma olasılığının düşük gelir grubundakilerden fazla olduğunu ve çoğu ülkede daha sık uzman hekim hizmeti aldıklarını saptamışlardır³.

Ödeme gücünden sonra sağlık hizmeti alamama konusunda bir diğer önemli neden; kişinin çalışma yaşamı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerden dolayı zaman bulamaması gelmektedir. Minnesotada’da yapılan çalışma sonucu hazırlanan, Sağlık Hizmetlerine Ulaşımındaki Eşitsizlikler ve Engeller, Final Raporunda çalışmaya katılanların %40’ından fazlası ihtiyaç duyduğunda randevu alamadıklarını, % 30’u iş/aile sorumluluklarını ve % 22’si ise ulaşımı sağlık hizmetine ulaşımında karşılaştıkları problemler olarak sıraladıkları görülmektedir⁴.

Yerleşim yerleri birbiriyle kıyaslandığında kentte yaşayanlar için zamanın, kırdaki yaşayanlar için ise ulaşımın daha öncelikli bir problem olduğu görülmektedir. Hırvatistan’da Pristas ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da buna benzer sonuçlar göstermektedir. Uzun bekleme sürelerinin ve sağlık hizmeti veren kuruluşlara olan uzaklığın dolayısıyla ulaşımın sağlık hizmet kullanımını etkileyen engellerin başında geldiği olarak görülmektedir⁵.

Eğitim ve gelir seviyelerinin artması ile birlikte ödeme gücü sebebiyle sağlık hizmetlerinden faydalanamama bir problem olmaktan çıkmakta fakat zaman sağlık hizmeti almayı engelleyen bir faktör olarak görülmektedir. Mendoza ve Beria’nın Brezilya’da yaptığı çalışma sonucunda uzman hekimden hizmet almakta en az zorluk yaşayanlar çocuklar, hamile kadınlar ve yaşlılar olarak görülürken düşük ekonomik seviyedekiler ve düşük eğitim seviyesine sahip olanların yüksek seviyedekilere göre sağlık hizmetini daha sık aldığı ancak uzman hekimden yararlanmada sorun yaşadıkları saptanmıştır⁶.

Bu çalışmada önemli bir hususun altını çizmek gerekmektedir; sunulan araştırma sonuçları 2008 yılına aittir ve 2008 yılından sonra yapılan sağlık sektöründeki değişikliklerin etkilerini içermemektedir. Özellikle aile hekimliği sistemine tüm ülkede geçilmesi ve genel sağlık sigortasına geçilmesi ile ilgili yapılan düzenlemelerin etkileri özellikle yukarıda belirtilen risk gruplarına yönelik yapılan müdahalelerdir. Bununla birlikte aile hekimliği sisteminden sonra kırsal alanda yaşayanların hekime ulaşımındaki sıkıntılarının da minimuma indiği düşünülmektedir.

Yaşlı nüfusunun sağlık hizmeti almak için kendisini hastaneye veya sağlık kurumuna götürecek kimsesi olmaması, birine ihtiyaç duyması nedeniyle sağlık hizmeti alamamaktadır. Evde sağlık hizmeti uygulamasının başlaması ile birlikte özellikle bu probleme yönelik de bir müdahalede bulunulmuş durumdadır. Sağlık kurumları da yaşlı kişiler için servis hizmetleri koyma, bu kişilere hastanelerde de refakat etme gibi uygulamalar getirebilirler.

Bu çalışma ile özellikle çalışanların ve kentte yaşayanların sağlık hizmeti almak için zaman bulamamaları da ilginç bir sonuçtur. Çalışanlara yönelik bazı düzenlemelerin yapılmasına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir. TÜİK tarafından iki senede bir yapılan Türkiye Sağlık Araştırması’na (2008) ilişkin veriler analiz edildiğinde yapılan müdahalelerin etkileri ve ihtiyaçlar daha net ortaya çıkacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetinden yararlanamama, sosyoekonomik faktörler, etkileyen faktörler

Kaynaklar:

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

1- Põlluste K, Kalda R, Lember M. Accessibility and use of health services among older Estonian population, *Cent Eur J Public Health*. 2009 Jun;17(2):64-70.

2- Veugelers PJ, Yip AM. Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? Department of Community Health and Epidemiology, Faculty of Medicine, Dalhousie University, Halifax, Canada, 2003 Jun;57(6):424-8

3- van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X, Inequalities in access to medical care by income in developed countries, *Canadian Medical Association Journal* January 17, 2006 vol. 174 no. 2

4-Disparities and Barriers to Utilization among Minnesota Health Care Program Enrollees, Final Report

5-Pristas I, Bilić M, Pristas I, Voncina L, Krcmar N, Polasek O, Stevanović R. , Health care needs, utilization and barriers in croatia--regional and urban-rural differences, *Croatian National Institute of Public Health*, 2009 Apr;33 Suppl 1:121-30.

6-Mendoza-Sassi R, Béria JU., Health services utilization: a systematic review of related factors, *Health services utilization: a systematic review of related factors*, 2001 Jul-Aug;17(4):819-32

226

SOSYOEKONOMİK DÜZEYİ DÜŞÜK BİR BÖLGEDE EVDE YAŞAYAN YAŞLILARIN BAKIM GEREKSİNİMLERİ

Gizem Deniz Bulucu, Ayla Ünsal

Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Dünyada ve Türkiye’de ortalama yaşam süresi uzamakta ve yaşlı nüfus hızla artmaktadır(1). Bu çalışma, sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede, evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini, Kırşehir İli Bağbaşı Mahallesi’nde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki 513 birey oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak hesaplanmış ve 220 kişi olarak belirlenmiştir. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan ve Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü’nden araştırmanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylere araştırmanın amacı açıklanmış, yazılı ve sözlü onamları alınıp katılımcı onam formu imzalatılmıştır. Bireylerin örnekleme dahil edilmesinde kullanılan ölçütler; iletişime ve işbirliğine açık olması, psikiyatrik bir hikayesinin bulunmaması ve araştırmaya gönüllü olarak katılmasıdır. Veriler Kasım 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında, araştırma kapsamına alınan bireylerin yaşadıkları hanelerin adresleri kayıtlı olmadığı için kartopu yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında anket formu, Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ölçeği, Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) ölçeği ve Kısa Yeti yitimi Anketi (KYA) kullanılmıştır. GYA ölçeği, 1963 yılında Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (2). Türkçe tercümesi Yardımcı (3) tarafından yapılmıştır. GYA ölçeği; banyo, giyinme, tuvalet, hareket, kontinans, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı GYA’ya dair ifadelerden oluşmaktadır. EGYA ölçeği, 1969 yılında Lawton ve Brody tarafından geliştirilmiştir (4). Türkçe tercümesi Yardımcı (3) tarafından yapılmıştır. EGYA ölçeği; telefon kullanma, ulaşım araçlarına binme, alışveriş yapma, yemek hazırlama, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ilaçları tanıma ve kullanma ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren sekiz ifadeden oluşmaktadır. KYA, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir. Geçerlik güvenilirliği ve Türkçeye uyarlaması Kaplan (1995) tarafından yapılmıştır. Kaplan (1995), KYA’nın güvenilirlik katsayısını 0.91 olarak hesaplamıştır (5). Akın (2002), KYA’nın güvenilirlik katsayısını 0.91 olarak hesaplamıştır. KYA’da bedensel ve sosyal yeti yitimini soruşturan 11 soru bulunmaktadır (6). Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, ortanca, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi, Sperman Korelasyon analizi, Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin %90.4'ü GYA'da, %58.1'i EGYA'da bağımsızdır. Bununla birlikte yaşlıların %40.5'inin ağır derecede yeti yitimi yaşadığı saptanmıştır. Yaşlıların en bağımlı olduğu GYA banyo yapma (%15.5), en bağımsız olduğu GYA hareket etme ve beslenme aktiviteleridir (%88.2). Yaşlıların en bağımlı olduğu EGYA çamaşır yıkama (%52.3), en bağımsız olduğu EGYA ise ilaç kullanmadır (%75.9). İleri yaşta ve kadın olmanın, okur yazar olmamanın, dul/bekar olmanın, en az bir kronik hastalığa, bununla birlikte ilaç ve diyetle sahip olmanın ve sadece çocuklarıyla yaşamamanın GYA'da bağımlılığı arttırdığı saptanmıştır ($p<0.01$). EGYA'da bağımlılığı arttıran etmenler; ileri yaşta ve kadın olmak, okur yazar olmamak, dul/bekar olmak, sadece çocuklarıyla yaşamak ve ilaç kullanmak olarak belirlenmiştir ($p<0.05$). Bireyin yeti yitimine sahip olmasına neden olan etmenler ise ileri yaşta ve kadın olmak, okur yazar olmamak, dul/bekar olmak, sadece çocuklarıyla yaşamak, en az bir kronik hastalığa sahip olmak ve ilaç kullanmaktır ($p<0.01$). Araştırma kapsamına alınan yaşlılardan %93.4'ü diyeti olduğunu ve bunlardan yalnızca %32.1'i diyetle uyduğunu ifade etmiştir. Yaşlıların %91.4'ü ilaç kullanmayı bildiğini, %38.5'i ilaç kullanmama nedeni olarak ilaç kullanmayı istemediğini ifade etmiştir. Yaşlıların kronik hastalıkları, ilaçları ve diyetleri hakkındaki bilgiyi hemşireden alma oranları sırasıyla %4.2, %1.7, %5.2 olarak belirlenmiştir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırma sonuçlarına göre yaşlılar çoğunlukla GYA'da ve EGYA'da bağımsızdır. Türkiye'de yapılan pek çok çalışmada, araştırma bulgusuyla benzer şekilde, yaşlıların GYA'da ve EGYA'da çoğunlukla bağımsız oldukları saptanmıştır (7,8). Araştırma bulgularına göre yaşlıların yaklaşık yarısı ağır yeti yitimine sahiptir. Bu bulgularla benzer şekilde; Türkiye'de ve Amerika'da yapılan çalışmalarda ileri yaşta ve kadın olmanın GYA'da ve EGYA'da bağımlılığı ve yeti yitimi yaşama durumunu arttırdığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalara göre araştırma bulgusuyla benzer şekilde, iş ve eğitim düzeyinin düşük olması, bireylerin GYA ve EGYA'da daha bağımlı olmasına ve daha çok yeti yitimi yaşamasına neden olmaktadır (9,10). Düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmanın yaşlıların GYA ve EGYA'da bağımlılıklarını artırdığı ve yeti yitimlerini ağırlaştırdığı düşünülebilir. Araştırma kapsamına alınan yaşlılar, diyetleri hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir ancak diyetle uyma durumunun yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu durum, yaşlıların diyetle uymanın önemi hakkında bilinçli olmadıklarını düşündürmüştür. Yaşlıların çoğunluğu ilaç kullanımı konusunda bilgi sahibi olduğunu söylemiş olsa da en çok ifade edilen ilaç kullanmama nedeni, ilaç kullanmayı istememektir. Bu durum, yaşlıların ilaç kullanmanın önemi konusunda bilinç kazanmadıklarını düşündürmüştür. Ayrıca araştırma bulgularına göre yaşlıların hastalık, diyet ve ilaçları hakkında bilgi almalarının sağlanmasında hemşirelerin; eğitici ve danışmanlık rolünü tam olarak yerine getiremediği söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda; yaşlıların sosyoekonomik özelliklerini ve bu durumun sağlıkları üzerine etkisini belirleyen çalışmaların yapılması, yaşlı bireylere kronik hastalık yönetimini içeren eğitimlerin verilmesi, yaşlı bakımında hemşirelerin daha etkin rol almalarını sağlayacak çalışmaların yapılması önerilir. Ayrıca araştırma sonuçlarının yaşlılarla ilgili olarak evde bakıma yönelik çalışmalarda ve yaşlıların bağımlı oldukları durumlara çözüm üreten çalışmalarda kullanılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Günlük yaşam aktiviteleri, Enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri, Yeti yitimi.

Kaynaklar:

1. World Health Organization (2010). World Health Statistics. Erişim: [www. int/ whosis/whostat/EN_ WHS10_ full.pdf], Erişim Tarihi: 10.01.2011.
2. Katz S, Ford, AB, Maskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL. JAMA 1963; 185: 914-919.
3. Yardımcı AE. İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri ile İlişkisi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul 1995: 40
4. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist 1969; 9: 179-186.
5. Kaplan İ. Yarı kırsal alanda bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yeti yitimi ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 1995; 6(3), 169-179.
6. Akın B. Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilitede Yeti Yitimi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2002: 20-75.
7. Şahbaz M, Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9 (2): 85-93.

8. Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2009; 31: 367-373.
9. Gerson LD, Dorsey C, Berg J, Rose LE. Enhancing self-care in community dwelling older adults. Geriatric Nursing 2004; 25 (5): 272-276.
10. Boyle PA, Bunchman SA, Bennett DA. Purpose in life is associated with a reduced risk of incident disability among community- dwelling older persons. American Journal Geriatric Psychiatry 2010; 18 (12): 1093-1102.

942

TÜRKİYE'DE TÜTÜN KULLANIM DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Gökalp Yentür, Berrak Bora Başara, Erman Pulgat, Cemil Güler, Uğur Dilmen

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Tütün kullanımı önlenemez ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. Günümüzde her yıl 5 milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmaktadır. 2030 yılında bu sayının 8 milyondan fazla olacağı tahmin edilmektedir¹. Türkiye’de ise her yıl yaklaşık olarak 110000 insan sigara içimine bağlı hastalıklardan ölmektedir, bu tabloya göre 2030’da sigara içimine bağlı hastalıklardan ölmesi beklenen insan sayısının 240000’e yükselmesi beklenmektedir.

Tütün dünya genelinde çoğunlukla sigara şeklinde tüketilen, birey ve toplum sağlığına son derece zararlı maddelerden biridir. Sigara kullanımının başta neoplastik hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kardiyoasküler sistem hastalıkları olmak üzere birçok değişik hastalığın etiolojisinde doğrudan veya dolaylı olarak etkili olduğu bilinmektedir. Türkiye’de sigara içmenin önlenmesi ile toplumun % 77’si trakea, bronş ve akciğer kanserinden korunurken, bu oran erkeklerde %88, kadınlarda ise %13’dür. Toplumun %46’sı üstaerodigestif kanserden, %52’si KOAH’dan, %16’sı kardiyovasküler hastalıklardan sigara içmenin önlenmesi ile korunabileceği görülmektedir². Türkiye, Dünya sıralamasında 2005 yılında tütün üretiminde 135 bin ton ile 5. en büyük tütün üretim kapasitesine ve pazar payının %2,5’ine sahip konumda olup 2007 yılı itibariyle tütün üretim hacmini 80 bin tona düşürmüştür. Ancak Türkiye halen DSÖ Avrupa Bölgesi’ndeki toplam tütün üretiminin %14’ünü sağlamaktadır^{3,4,5}.

Bu çalışmada, Türkiye’de tütün kullanan kişilerin sosyo-demografik özelliklerin incelenmesi ve tütün kullanım durumunu etkileyen faktörleri tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada kullanılan veriler Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2008”’den alınmıştır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması dünyada ilk olarak tütün kullanan kişilerin yarısından fazlasının yaşadığı ve tütün kullanımına bağlı hastalık ve ölümün en fazla olduğu 14 ülkede (Bangladeş, Brezilya, Çin, Mısır, Hindistan, Meksika, Filipinler, Polonya, Rusya Federasyonu, Tayland, Türkiye, Ukrayna, Uruguay ve Vietnam) uygulanmıştır⁶. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması için örneklem grubu, nüfusu 200 den az olan yerleşim yerleri dışındaki bütün yerleşim birimlerini kapsamaktadır. Türkiye’de 2006 yılında yapılmış olan Zaman Kullanım Çalışması (Time Use Survey) sonuçları esas alınarak KYTA için 11.200 hanelik bir örnek seçilmiş hane halkları içerisinde bulunan 15 ve daha yukarı yaşta 9.030 bireyle yüz yüze görüşülmüştür. Kentsel yerleşim yerlerinde her bir bloktan 28 hane olmak üzere 200 bloktan toplam 5.600 hane seçilmiştir. Bu hanelerde yaşayan 4.584 uygun fert ile görüşme tamamlanmıştır. Benzer olarak kırsal yerleşim yerlerinde de her bir bloktan 28 hane olmak üzere 200 bloktan toplam 5.600 hane seçilmiştir. Bu hanelerde yaşayan 4.446 uygun fert ile görüşme tamamlanmıştır. Örneklem sonucunda elde edilen veri seti üzerinde kitleyi temsil edecek değerlere ulaşabilmek için ağırlıklandırma işlemi gerçekleştirilmiştir⁷.

Bu çalışmada tütün kullanım durumunu ile sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek için Ki-Kare testi ve tütün kullanım durumunu etkileyen faktörleri tespit edebilmek için Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: 15 yaş ve üzeri yetişkinler arasında her gün tütün kullanımı erkeklerde (%43.8), kadınlardan (%11.6) daha fazladır. Bireylerin yaşadıkları yer ile tütün kullanım durumu arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Kentte yaşayanlar arasında tütün kullanımı (%33) kırsalda yaşayanlara oranla (%27,2) daha fazladır. 25-44 yaş grubu içerisinde yer alan bireylerde tütün kullananların oranı (%39,9) diğer yaş gruplarına göre daha fazladır. Aynı şekilde eğitim durumunun tütün kullanım durumunu istatistiksel açıdan etkilemektedir; lise ve dengi okullardan mezun olan bireyler içerisinde tütün kullanım oranı (%40,7) daha fazladır. İş gücü durumunun tütün kullanımına doğrudan etkisi olduğu ve her gün tütün kullananlar ele alındığında; Kendi hesabına çalışan bireyler ile işverenler arasında yüksek oranda (%48,3) tütün kullanımı olduğu görülmektedir. Ancak tütün kullanan ve tütün kullanmayan olarak incelendiğinde işsiz/iş başı yapmaya hazır bireyler arasında tütün kullanım oranının daha fazla (%52,3) olduğu görülmektedir.

Bireylerin tütün kullanım durumunu etkileyen faktörler (Cinsiyet, Yerleşim yeri, Eğitim durumu ve İş gücü durumu) arasından bireylerin tütün kullanım durumu üzerinde etkili olan faktörleri belirleyebilmek amacıyla Lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Tütün Kullanım Durumu tütün kullanma sıklığını yansıtan üç kategori (Her gün, Arasıra, Hiç), iki kategoriye (Tütün Kullanıyor, Tütün Kullanmıyor) düşürülerek lojistik regresyon analizi işlemine kullanılmıştır.

Çalışmada, bağımlı değişken tütün kullanım durumunun iki düzeyli (sonradan iki düzeye indirgenmiştir), bağımsız değişkenler (sosyo-demografik özellikler) arasında da kategorik değişkenlerin olduğu durumlarda, gözlemlerin gruplara atanmasında bir ayımsama modeli olarak Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır. Elde edilen olasılık oranlarına göre, erkeklerin kadınlardan tam olarak 3,631 kat tütün kullanma durumunu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Kırsal bölgelerde yaşayanlar ile kentte yaşayanların tütün kullanımı olasılığını etkileme oranları incelendiğinde kentte yaşayanların kırsala oranla tütün kullanımı olasılığını etkileme oranı 1,258 kat fazladır. 65 yaş ve üzeri bireyler referans grup seçilip Lojistik regresyona dahil edildiğinde elde edilen olasılık oranlarına göre tütün kullanma olasılığını en fazla etkileyen yaş grubunun 4,652 olasılık oranı ile 25-44 yaş grubu olduğu görülmektedir. Kendi hesabına/iş veren'ler tütün kullanma olasılığını ücretli maaşlı çalışanlara oranla 1,229 kat, işsiz/iş başı yapmaya hazırların 1,370 kat arttırmaktadır. Ayrıca ücretsiz aile işçilerinin 0,350, öğrencilerin 0,241, ev işleri ile meşgul bireylerin 0,586 ve emeklilerin 0,771 olasılık oranlarına sahip oldukları ve referans kategori olan ücretli/maaşlı çalışanlar ile kıyaslandıklarında tütün kullanımını düşürdükleri gözlemlenmektedir. Eğitim durumu açısından bakıldığında ise tezat bir görüntü ortaya çıkmakta okur yazar olmadığını beyan edenler ile Yüksek lisans yapmış olanların neredeyse aynı düzeyde tütün kullanım oranına sahip oldukları hatta yüksek lisansa sahip bireylerin okur yazar olmayanlara oranla 1,045 kat daha fazla tütün kullandıkları görülmektedir. Ancak burada en çok dikkati çeken sonuç; eğitim seviyesi arttıkça tütün kullanan oranının düşmesi gerekirken, tam tersi bir durum söz konusu olmasa bile, beklenen sonucun ortaya çıkmadığıdır. Bireyin erkek veya kadın olmasının, kırsalda veya kentte yaşamasının, yaşının, eğitim ve iş gücü durumlarının tütün kullanımı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bahsedilen kategoriler içerisinde bireyin nitelik bakımından, Ücretsiz aile işçisi, öğrenci, ev işleri ile meşgul ve emekli olması potansiyel tütün kullanma durumunu düşürürken, iş arayan/iş başı yapmaya hazır olmayan bireylerin, diğer meslek grubundaki bireylerin, Yüksek okul/fakülte bitirmişlerin ve Yüksek Lisans/ Doktora eğitimini tamamlamışların, tütün kullanım durumunu anlamlı bir şekilde etkilemediği görülmektedir.

Tartışma Sonuç ve Öneriler: Sonuçlar incelendiğinde ele alınan cinsiyet, yerleşim yeri, eğitim durumu, iş gücü durumu ve yaş gruplarının istatistikî açıdan tütün kullanım durumlarını etkilediği tespit edilmiştir. Dünyanın genelinde, erkek olarak doğmak tütün kullanımında en büyük tahmin unsurudur, küresel olarak erkeklerin tütün kullanım oranı (%48) kadınların (%12) neredeyse 4 katıdır⁸. Tütün kullanımının erkeklerde (%43,8), kadınlardan (%11,6) daha fazla olduğu ülkemizde dünya geneline benzer bir durum söz konusudur. Tütün kullanımının önüne geçebilmek için erkeklere yönelik müdahalelerin planlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bireylerin yaşadıkları yer ile tütün kullanım durumu arasındaki ilişki incelendiğinde tütün kullanımının kentte daha yaygın (%33,0) olduğu görülmektedir. Ancak yapılan çoğu araştırma göstermektedir ki kırsalda tütün kullanım oranı kent'ten daha yüksektir^{9, 10}. Bunun sebebi olarak, yerleşim yerleri arasındaki sosyo kültürel yapı farkı ile şehirde stres unsuruna daha fazla maruz kalma gösterilebilir. Yaş grupları içerisinde en yüksek tütün tüketiminin 25-44 yaş grubu içerisinde olduğu ve Tayland'da yapılan çalışma ile benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir¹⁰. Tütün kullanımına bağlı risk unsurlarını taşıyan 25-44 yaş grubu içerisinde bilinci arttırmak amacıyla etkili politikaların geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Eğitim durumu incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça belirgin bir düşüş gözlenmemektedir. CDC'nin Eylül 2011'de yaptığı bir araştırmaya göre eğitim seviyesinin arttıkça tütün kullanım oranının düştüğü görülmektedir. Ancak ülkemizde eğitim seviyesine paralel

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bir şekilde tütün kullanımı ile ilgili bilinçlenme düzeyinin artmadığı görülmektedir¹¹. Bu çalışma sonucu literatür ile uyuşmamakta olsa bile önemli bir sonucu ortaya koymaktadır; eğitim seviyesi ne olursa olsun bireyin tütün kullanımına karşı bilinçlendirilmesi gerekmektedir. İş gücü durumu incelendiğinde işsiz/iş arayan grubun en yüksek tütün kullanım oranına sahip olduğu görülmektedir. Genel itibarıyla morbidite ve mortalite’de meydana gelen artış işsizliğe bağlı olarak açıklanabilir¹². Diğer bir deyişle ise işsizlik, sağlığa farklı yollarla zarar vermektedir¹³. Çalışanlara yönelik yeni müdahalelerin geliştirilmesinin tütün ile mücadelede önemli bir konu olduğu, ayrıca tütün ile mücadelede önemli faktörlerden birinin de stresle mücadele olduğunu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Tütün kullanımı, sosyodemografik, etkileyen faktör

Kaynaklar:

- 1.WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: implementing smoke-free environments. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en> Erişim Tarihi: 29.02.2012)
- 2.Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Raporu (Aralık, 2004) sayfa no.414
- 3.Özğüven, M., S. Sekin, B. Gürbüz, N. Şekeroğlu, F. Ayanoğlu and S. Ekren. 2005. Tütün, tıbbi ve aromatik bitkiler üretimi ve ticareti.Türkiye Ziraat Mühendisliği VI. teknik kongresi. (3-7 Ocak 2005), Ankara, 481-501.
- 4.Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. 2010. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011, Ankara.
- 5.American Cancer Society. World Lung Foundation. The Tobacco Atlas, 3rd. Edition, 2010 (http://www.tobaccoatlas.org/downloads/TobaccoAtlas_sm.pdf Erişim Tarihi: 27.02.2012)
- 6.WHO Tobacco Free Initiative (TFI), GATS (Global Adult Tobacco Survey)<http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/index.html>
- 7.Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Raporu 2008, sayfa XV. TUIK, Ankara
- 8.Corrao MA, Guindon GE, Cokkinides V, Sharma N. Building the evidence base for global tobacco control. Bulletin of the World Health Organization, 2000a, 78 (7): 884-890.
- 9.M Rani, S Bonu, P Jha, S N Nguyen, L Jamjoum “Tobacco use in India: prevalence and predictors of smoking and chewing in a national cross sectional household survey” 2003, India (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1747786/pdf/v012p000e4.pdf>)
10. Differences by Sex in Tobacco Use and Awareness of Tobacco Marketing - Bangladesh, Thailand, and Uruguay, 2009 (<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm5920.pdf>)
11. <http://www.cdc.gov/VitalSigns/AdultSmoking/>
12. Moylan S, Millar J, Davies R. For richer, for poorer: DHSS cohort study of unemployed men. London: HMSO, 1984.
13. Moser KA, Fox AJ, Jones DR. Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study. Lancet 1984;ii: 1324-8.

6-Tıp İçin Sosyal Bilimler

860

AKADEMİK PERSONELİN ENGELLİ BİREYİN İSTİHDAMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Z. Aytül Çakmak¹, Gamze Ebru Çiftçi²

¹Ankara üni.Tıp fak.Halk Sağlığı A.D.

²Kırıkkale üniv.Engelli Öğrenci Birimi Sorumlusu

Giriş ve Amaç:Dünya Sağlık Örgütü'nün özürlülük kavramı hakkında yapmış olduğu tanımlama ve sınıflamaya göre, Noksanlık (Impairment): Psikolojik, anatomik veya fiziksel yapı ve fonksiyonlardaki bir noksanlığı veya dengesizliğidir. Özürlülük (Disability): Bir noksanlık sonucu meydana gelen ve normal sayılabilecek bir insana oranla bir işi yapabilme yeteneğinin kaybedilmesi ve kısıtlanması durumudur. Maluliyet (Handicap): Sağlık alanında maluliyet bir noksanlık ve sakatlık sonucunda, belirli bir kişide meydana gelen ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyette bulunma yeteneğini önleyen ve sınırlayan dezavantajlı bir durumdur.

Ülkemizde özürülülerin topluma, yaşama uyum sağlama yönünde yoğun sıkıntılar yaşadıkları bilinmektedir. Bu sorunlar yaşamın pek çok alanında özürülü bireyi toplumdan gittikçe uzaklaştırmaktadır. Sürekli sorunlarla, engellerle karşılaşan, çözüm üretemeyen birey, kendisini mutsuz hissedecek ve yaşam kalitesini, kendini gerçekleştirme ihtiyacını bertaraf edecektir.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2003 yılında yayınladığı bir raporda, gelişmekte olan ülkelerde özürülü kişilerin işsizlik oranının %80'in üzerinde olduğu ifade edilmiştir. 2002 yılında Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan bir araştırma ise, Türkiye'de özürülü kişilerin %78'inin işgücüne dahil olmadığını, işgücüne dahil olan %21,71'lik kesimin ise sadece %20'sinin istihdam edildiğini ortaya koymuştur. Yine bu rakamlarda özürülülerin istihdam alanında ayrımcılıkla karşılaştığını açıkça göstermektedir.

Özürülülerin topluma bütünleşmesinin, üretime katılamamalarının önündeki en büyük engellerden biri eğitimle başlamaktadır. Ülkemizde üniversiteyi bitirdikten sonra çalışma yaşamına katılan özürülü kişi sayısı da çok azdır. Bunda en önemli etken özürülü kişilerin eğitim alamamalarıdır. Eğitim alabilen yüksek okul mezunları arasında önemli oranda daha düşük ücretle çalıştırıldıklarını belirtirler bulunmaktadır. Ayrıca yüksek okul ve üniversite mezunlarında yükselme olanaklarının daha az olduğunu düşünen bireyler dikkate değer bir şekilde artmaktadır. Oysa ki; bu bağlamda yükümlüsü olduğumuz "Birleşmiş Milletler Engelli Kişilerin Hakları Sözleşmesi" nin "Çalışma ve İstihdam başlıklı 27. maddesine göre; "Taraflar devletler, engellilerin diğer bireylere eşit koşullar altında çalışma hakkına sahip olduğunu kabul eder ve bu hak, engellilerin serbestçe seçtikleri veya açık, bütünleştirici ve erişilebilir bir iş piyasası ve çalışma ortamında bir işte hayatlarını kazanmaları fırsatını da içerir. Taraflar devletler, çalışırken engelli olanlar dahil tüm özürülülerin çalışma hakkını yaşama geçmesini, yasama tedbirleri dahil uygun tüm tedbirleri alarak güvence altına alacaktır".

Üniversiteler mesleki becerilerin kazandığı en önemli eğitim-öğretim ortamlarıdır. Ancak ülkemizde çok az özürülü birey birçok zorlukları aşarak üniversiteye ulaşabilmektedir. Ülke geneline bakıldığında devlet

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

üniversitelerinde 2010 yılı itibari ile yaklaşık olarak 3.377, vakıf üniversitelerinde 207 engelli öğrenci eğitim görmektedir. Bu öğrencilerin üniversitelerdeki eğitim-öğretimlerini zorluk çekmeden yürütebilmeleri adına Yükseköğretim Kurulunun 2006 yılında çıkarmış olduğu “Yükseköğretim Kurumları Özürlüler Danışma ve Koordinasyon” yönetmelik ve bu yönetmeliğe dayanarak üniversiteler bünyesinde Özürlü Öğrenci Danışma Birimleri'nin kurulması çok önemli bir gelişmedir. Bu öğrenci birimlerinin amacı üniversiteyi kazanmış özürlü öğrencilerinin eğitim-öğretim süresince karşılaştığı sorunları minimuma indirmek, ders ve sınav uygulamalarında özürlü öğrenciye kolaylık sağlamak ve gerek akademik ve idari personel gerekse diğer akran öğrencilerde farkındalık bilincini oluşturmaktır. Ayrıca birimlerinden bazıları özürlü öğrencilerin mezun olduktan sonra istihdamı konusunda da çalışmalarını sürdürmektedir.

Gelecek toplumu yetiştiren eğitimcilerin farkındalık bilincine sahip olmaları ve sahip oldukları bu bilinci yetiştirecekleri geleceklere aktarmaları gerekir. Bu araştırma özellikle özürlü öğrencinin mesleki eğitimini üstlenmiş akademik personelin “özürlü bireyin istihdamı konusundaki algısını” ölçmek üzere tasarlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:Bu araştırma kesitsel ve durum saptamaya yönelik bir çalışmadır. Evren olanak üniversitedeki akademik personel olan 737 kişidir. Her fakülte'deki öğretim elemanı sayısı dikkate alınarak ağırlıklı hesaplama ile 280'i araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışma 2012 Mart-Mayıs ayları arasında yapılmıştır. Anketler öğretim elemanlarına elden verilmiş ve doldurulduktan sonra toplanmıştır. Eksik ve yanlış doldurulan anketler araştırmaya dahil edilmemiştir. Ankette toplam 44 soruluk üç bölümden oluşturulmuştur. Anketin ilk bölümü, on sorudan oluşmakta ve genel demografik bilgiler yer almaktadır. İkinci bölüm ise 14 sorudan oluşmakta ve katılımcıların çalışma hayatında engelli bireye ilişkin tutumları ve engellilere yönelik düzenlemelere ilişkin bilgileri saptanmaya yöneliktir. Bu sorularda bulunan engel türü gruplandırması için, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın “Toplum Özürlülüğü Nasıl Anılıyor (2010)” araştırmasından faydalanılmıştır. Son bölümde ise engellilerin istihdamına ilişkin görüşleri tespit etmek amacıyla 20 sorudan oluşan bir ölçek geliştirilmiştir. Bu bölümdeki sorularda da 5'li Likert Ölçeğinden yararlanılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce ölçeğin güvenilirliği test edilmiş, Cronbach alfa değeri hesaplanmış ve 0,760 katsayısı ile yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır. Ölçek bir ile beş arasında puanlandırılmıştır. Hiç katılmıyorum (beş), katılmıyorum (dört), kararsızım (üç), katılıyorum (iki), kesinlikle katılıyorum (bir) puan olarak puanlandırılmıştır. Ölçeğin 5, 6, 7 ve 10. soruları anlamı açısından ise ters puanlandırılmıştır. SPSS 10 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Bulgular:Elde edilen verilere göre katılımcıların %36,7'si kadın % 63,3 erkektir. Eğitim düzeyi ise çoğunlukla doktora düzeyindedir. Katılımcıların yarısı ise bir yönetsel pozisyona sahip durumdadır. Yine katılımcıların %34,3'ü öğretim görevlisi ve okutman % 26,2 si yardımcı doçent olarak çalışmaktadır.

Katılımcıların aile ve akrabalarında özürlü kişi veya kişiler olup olmadığı sorulduğunda, %23,2'sinde aile ve akrabalarında özürlü kişi veya kişiler olduğu görülmüştür. Bu kişilerin özürlü türünün ise en çok % 38,1 oranlarla bedensel ve zihinsel olduğu görülmüştür. Yine yakınlık durumuna sahip olan katılımcıların % 14,8'nin özürlü kişi ve kişilerle aynı evde yaşadığı saptanmıştır.

Katılımcıların çalışma hayatınızda % 31'i hiç özürlü kişi tanımamışken, % 27,6'sının ise 3'ten fazla kişi tanıdığı görülmüştür. Bu kişilerin ise %37,7'si katılımcıların öğrencileri, % 24,1 mesai arkadaşı, % 11,7 'sinin ise hem öğrencisi hem de mesai arkadaşı olduğu görülmüştür.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcıların ise çalışmakta en çok zorluk çektiği özürlü grubu ise %30,3 zihinsel ve % 24,1 ile görme özürlüdür ve en çok sözlü iletişimde ve fiziki mekanların uygunluğunda zorluk çekildiği görülmüştür.

Katılımcıların %90,4' ü özürlü kişilerin yükseköğretim görmesi gerektiği, % 63,8 de özürlü kişilerin akranları ile aynı sınıfta eğitim görmeleri gerektiğini belirtmiştir. Yine katılımcılar, %47,2 zihinsel özürlü kişilerin, %21'3'ü işleme özürlü kişilerin, akranları ile aynı sınıfta eğitim almaması gerektiğini düşünmektedir.

Katılımcıların çoğunluğunun %65,0, devletin özürlülere yönelik sağladığı yasal haklardan biraz bilgiye sahip olduğu, yükseköğretim kurulunun ise özürlülere ilişkin yasal düzenlemeleri hakkında %46,2 hiçbir bilgiye sahip olmadığı ya da %43,3 biraz bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Böylece, katılımcıların büyük çoğunluğunun ülkemizde ve yükseköğretim kurumlarındaki özürlü kişilere sağlanan haklardan yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmüştür. Ayrıca katılımcıların %80,5'i özürlü kişiler için yükseköğretim kurumlarının yeterli alt yapıya sahip olmadığını düşünmektedir.

Katılımcılara, özürlü kişilerin eğitim-öğretim görmelerindeki en büyük engelin ne olduğu sorulmuş, % 29,5'i eğitim fırsatlarının yetersiz oluşu, % 27,1'i yeterli destek olmaması ve % 22,9'u toplumun ön yargılarının olduğu belirtmiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu %50,5'i özürlülerin diğer insanlar gibi verimli bir şekilde çalışacakları fikrine sahip oldukları görünmektedir, %62,0'i özürlülerin diğer insanlar gibi meslek sahibi olabileceklerine inanmaktadır ve %75,7'si özürlü kişileri istihdam etmekten kaçınmayacağını ifade etmiştir.

Akademik personelden oluşan katılımcıların özürlü bireyin istihdamına ilişkin tutumunu ölçmek için hazırlanan ölçeğin genel ortalaması $X = 72,2 \pm 8,65$ bulunmuştur. Maksimum ve minimum değerler göz önüne alındığında, katılımcıların özürlü kişilerin istihdamına yönelik tutumlarının olumlu olduğu söylenebilir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler:Tüm dünyada olduğu gibi de ülkemizde de hala özürlü bireyler bir sorun olarak görülmekte ve bu sorunu gidermek için yapılan iyileştirmeler yetersiz kalmaktadır. Ülke geneline yansıyan bu sorun daha da fazla bir şekilde özürlü birey ve ailesini etkileyerek onlar için büyük bir yaşam mücadelesine dönüşmektedir. Özürlü bireyi özürlü yapan bedensel eksiklikler belki de kişinin yaşamda gördüğü eksiklerinin ufak bir kısmını oluşturmaktadır. Bu insanların birçok hakkı toplumun önyargıları yüzünden maalesef gasp edilmektedir. Yaşama hakkı, eğitim hakkı, üretme ve üretime katılma hakkı, çalışma hakkı, sosyalleşme hakkı vb gibi.

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyi o ülke deki özürlü bireylerin eğitime ve üretime katılması ile doğru orantılıdır. Özürlü birey ve ailesi kesinlikle atıl bir şekilde iç dünyalarına terk edilmemeli, özürlü bireyin sosyal topluma katılımı ve gelişimi için gayret gösterilmelidir. Bunun içinde toplumda var olan olumsuz önyargılar mümkün olduğunca aşılmalı, özürlülerinde tüm insanlar gibi üretebileceği, eğitim görebileceği konusunda toplumsal farkındalık arttırılmalıdır.

Bu araştırma, toplumda sorun olarak algılanan ve devlete devamlı bir yük gibi görünen özürlülerin eğitilmesi, mesleki becerilerinin kazandırılarak üretime katılmalarının hem kendileri hem aileleri ve hem de var oldukları topluma fayda sağlamaları açısından önemini vurgulamak ve özellikle yüksek öğretimde engelli öğrencilerin

eğitiminin ve istihdamının öneminin eğitimciler açısından da önemsenmesi ve farkındalığın artırılması için yapılmıştır.

Araştırma mesleki eğitim veren eğitimcilerinin tutumlarının önemli olduğu düşüncesi ile akademik personele uygulanmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların ülkemize ve yükseköğretim kurumlarında özürlü bireylere yönelik yapılan yasal düzenlemelerde hiçbir bilgiye veya biraz bilgiye sahip oldukları görülmüştür.

Katılımcıların tamamına yakını özürlü bireyin yükseköğretim görmesi gerektiğini, çoğunluğunda özürlü bireyin akrabaları ile aynı sınıfta eğitim alması gerektiği düşüncesinde olduğu görülmüştür. Yine katılımcılara göre, özürlü bireyin eğitim/öğretim görmesindeki en büyük engellerden birini toplumun önyargıları olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmanın önemli kısmını oluşturan tutum ölçeği sonucunda, katılımcı akademik personelin, özürlü bireylerin istihdam edilmesine ilişkin tutumları olumlu olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak üniversitede çalışan ve anket uygulanan eğitimcilerin özörlülerin istihdam edilmesi ve yükseköğretim görmesi olumlu değerlendirdikleri fakat yapılan yasal düzenlemeler konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları sonucuna varılmıştır. Bu sonuç ışığında özellikle üniversitelerde kurulan özörlü öğrenci birimlerinin akademik personelde farkındalık oluşturmak için gerekli bilgilendirme toplantıları düzenlemesinin, bu konuda yapılacak çalışmalara yol gösterici olması gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca, üniversitelerin özörlülük anlamında yapılacak proje ve konferanslara daha çok yer vermesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yüksek öğretim, özörlü öğrenci birimi, engelli, özörlü, istihdam

586

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SOSYAL KAYGI DÜZEYLERİ VE BUNUN DEPRESYON, ANKSİYETE VE DEMOGRAFİK, SOSYO-KÜLTÜREL ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ

Demet Ünalın¹, Ferhan Soyuer¹, Ferhan Elmalı², Mustafa Baştürk³

¹Erciyes Üniv.Halil Bayraktar SHMYO,²Erciyes Üniv.Tıp fak.Biyoistatistik A.D.³Erciyes Üniv.Psikiyatri A.D.

Giriş ve amaç:Sosyal kaygı, temelinde yetersizlik duygularının ve başkalarının kendisinden üstün olduğu düşüncesinin yer aldığı sosyal ilişkilerden korku ve bu doğrultuda kaçma davranışının görüldüğü bir psikiyatrik problemdir. İnsanların yaşadığı, doğup büyüdüğü ortam, eğitim, aile içi ilişkiler ve fiziksel özelliklerle belirlenen bir durumdur. Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinde sosyal kaygı düzeylerinin belirlenmesi, bunun depresyon, anksiyete ve demografik, sosyo-kültürel özelliklerle ilişkinin araştırmaktır.

Materyal-metod: Kesitsel tipteki bu çalışmada, 2011-2012 eğitim- öğretim yılında, Erciyes Üniversitesi Sağlık hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda 10 farklı programda öğrenim gören 629 öğrenciden ½ basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen 315 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

okula gelmeme, kayıt dondurma, araştırmaya katılmayı kabul etmeme gibi nedenlerle araştırma 264 (% 83.8) öğrenci üzerinde yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama aracı olarak, öğrencilerin demografik-sosyokültürel özelliklerini içeren kişisel bilgi formu ile Sosyal Kaygı Ölçeği, Beck depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Sosyal kaygı ölçeğinin Cronbach-alfa iç tutarlılık katsayısı 0.930, alt boyutlarına ait güvenilirlik katsayıları ise “sosyal kaçınma” 0.86, “eleştirilme kaygısı” 0.84, “bireysel değerlendirme” 0.89 idi. BDÖ cronbach-alfa iç tutarlılık katsayısı 0.91, BAÖ’nün ise 0.88 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada, sürekli değişkenleri karşılaştırmak amacıyla; değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu test edilerek parametrik ve parametrik olmayan analizler yapılmıştır. İki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann-whitney U, iki den fazla grup ortalamalarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi ve/veya Kruskal Wallis testi (KW) uygulanmış, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için çoklu karşılaştırma testlerinden (post hoc) Dunn’s testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Çalışmanın verileri IBM,SPSS istatistik 20 programı aracılığı ile değerlendirildi. $P<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 20.5 ± 3.6 olup %73.1’i kız, %87.9 çekirdek aile yapısına sahip, %51.5’i ilde yaşıyor, %82.2’si sigara içmiyor, %39.4’ü öğrenimi sırasında aile ile birlikte kalıyor, %19.3’ü gelir getirici bir işte çalışıyordu. Öğrencilerin “sosyal kaygı” puan ortancası 33.5 (19.25-20.75), alt boyut puanı ortancaları ise, “sosyal kaçınma” 12.0 (6.0-20.75), “eleştirilme kaygısı” 14.0 (8.0-20.75), “bireysel değersizlik” ise 6.0 (2.0-10.0) olarak bulunmuştur. Konut tipi müstakil olan öğrencilerin “sosyal kaçınma” puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşamının uzun bir süresini köyde geçirenlerin “sosyal kaçınma” puanları ilçede geçirenlere göre, “bireysel değersizlik” puanları ise il ve ilçede yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ağız ve Diş sağlığı teknikerliği programında öğrenim gören öğrencilerinin, “eleştirilme kaygısı” ve “bireysel değersizlik” alt boyut puanları diğer programlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmamızda öğrencilerin gelir düzeyleri ile “sosyal kaçınma” ($\rho=-0.129$, $p=0.037$) eleştirilme kaygısı” ($\rho=-0.123$, $p=0.046$) ve bireysel değersizlik” ($\rho=-0.155$, $p=0.012$) alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Öğrencilerin depresyon ve anksiyete puanları ile “sosyal kaçınma” eleştirilme kaygısı” ve bireysel değersizlik” alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$).

Tartışma: Çalışmamızda Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerliği programında öğrenim gören öğrencilerinin eleştirilme kaygısı ve bireysel değersizlik puanları diğer program öğrencilerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bunun muhtemel bir sebebi, bu öğrencilerin diş hekimliği fakültelerinde lokomotif konumda bulunan diş hekimlerinin yanında teknik eleman rolünde olmaları ve yapacakları işin özel bir hassasiyet gerektirmesi sonucunda hastaların ve bununla bağlantılı olarak da tedaviden birincil olarak sorumlu olan diş hekimlerinin tenkitlerine maruz kalma olasılıkları ile ilişki olabileceğini düşünüyoruz. Bu durum bu kişilerde kendine güven duygusunun da zedelenmesine sebep olabilecektir.

Yaşamının uzun bir süresini köyde geçirenlerin “sosyal kaçınma” puanları ilçede geçirenlere göre, “bireysel değersizlik” puanları ise il ve ilçede yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kırsal kesimde doğma ve yaşamının, sosyal fobi yaygınlığı üzerine etkili olduğu bildirilmektedir (1,2). Yaşamının uzun bir süresini kırsal kesimde geçirenlerde sosyal kaçınma ve bireysel değersizlik hislerinin yüksek olması beklenebilecek bir durum olup, kalabalık ortamlarda yetişme ve yaşamını sürdürme, sosyalleşme açısından avantaj teşkil etmektedir.

Çalışmamızda, gelir düzeyleri ile “sosyal kaçınma” eleştirilme kaygısı” ve bireysel değersizlik” alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Turan ve ark. (3) çalışmalarında gelir düzeyi düşük olanlarda sosyal fobi birlikteliği gelir durumu yüksek olanlara göre daha sık olmakla birlikte istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark bulmadıklarını bildirmişlerdir. Sosyal fobinin gelir düzeyi düşük olanlarda daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar var (1,2,4). Sosyal kaygı ile gelir düzeyi arasında negatif ilişkinin olması, maddi imkânlaraya sahip olmanın yaşamın akışı içerisinde birçok imkân sağlıyor olması kişinin kendine güveninin gelmesinde ve sosyalleşmesinde rol oynar.

Çalışmamızda, öğrencilerin depresyon ve anksiyete puanları ile “sosyal kaçınma” eleştirilme kaygısı” ve bireysel değersizlik” alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sosyal fobi psikiyatrik hastalıklarla sıklıkla birliktelik göstermektedir (2,4). Depresyon çoğu kere kişide değersizlik hisleri ve benlik yitimi (ego yitimine) sebep olabileceğinden sosyal anksiyetenin artmasına sebep olacaktır. Yani her iki

durum birbirini besleyen birer faktör olarak etkileyecektir. Anksiyete de kişinin sosyal anksiyete seviyelerini artıracak bir süreç olması yanında sosyal etkileşimdeki zorlanmalar da anksiyeteye sebep olacaktır.

Sonuç ve öneriler; Kültürel bir boyutu da bulunan sosyal kaygının oluşmaması için gerek aile içerisinde gerekse eğitim sürecinde çocuk ve gençlerin “yetersiz ben” duygusunun gelişmesine sebep olabilecek tutumlar yerine “yeterli ben” duygusunun gelişmesi ve pekişmesini sağlayacak tutumların geliştirilmesi ve sosyalleşmenin artırılması için gerekli politikaların oluşturulması uygun olacaktır.

Anahtar kelime: sosyal kaygı, üniversite öğrencisi, depresyon, anksiyete

Kaynaklar:

1. İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(4):207-214.
2. Gültekin BK, Dereboy İF. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkileri. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(3):150-58.
3. Turan M, Çilli, AS, Aşkın R. Herken H, Kaya N, Kucur R. Sosyal Fobinin Diğer Psikiyatrik Hastalıklarla Birlikteliği. Klinik Psikiyatri 2000;3:170-175.
4. Dilbaz N. Sosyal fobi. Psikiyatri Dünyası 1997;1:18-24.

899

ECZACILIK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sema Eser, Sevil İkinci, Mine Esin Ocaktan, Deniz Çalışkan, Birgül Piyal, Recep Akdur

Ankara Üniv.Tıp fak.Halk Sağlığı A.D.

Giriş ve Amaç: Farklı sağlık davranışlarının sağlık durumunu nasıl etkilediğini kavramak için çeşitli kavramsal modeller geliştirilmiştir[1]. Kişisel sağlık algısı, genel sağlığın öznel bir göstergesidir. Genç insanların kendi sağlık durumlarını tanımlamalarının fiziksel ve fiziksel olmayan pek çok etmeden, medikal, psikolojik, sosyal durum ve sağlık davranışlarını da içeren birçok sağlık belirteçinden etkilendiği düşünülmektedir[2]. Sağlık algısı oluşabilecek sağlık sorunları için iyi bir göstergedir[3]. Pek çok çalışma düşük sağlık algı düzeyi ile mortalite oranları arasında anlamlı ilişki bulmuştur[4]. Kişisel sağlık algısı düzeyleri pek çok farklı sistemle değerlendirilmiş ve çeşitli etmenlerle ilişkisi irdelenmiştir. Bu çalışmanın amacı Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğrencilerinde sağlık algısı düzeylerinin belirlenmesi ve bu düzeylerin değişik etmenlerle ilişkisinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlayıcı tipte planlanmış olup, çalışma evrenini Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri (299) oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş, evreni oluşturanlardan Sağlık Algısı Ölçeği'ni içeren veri toplama formunu doldurmayı kabul edenler (299) çalışma grubunu oluşturmuştur. Veri toplama formu öğrencilerin tamamına Mart 2012'de sınıf ortamında uygulanmıştır. Çalışma için Eczacılık Fakültesi Dekanlığı'ndan ve Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Araştırmada uygulanan Sağlık Algısı Ölçeği 2007 yılında Diamond ve ark. tarafından geliştirilmiş beşli likert tipinde bir ölçektir. Kadioğlu H. ve ark, Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını, İstanbul'da iki üniversitenin hemşirelik bölümü öğrencilerine ve onların aile bireylerine uygulayarak gerçekleştirmiştir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı hemşirelik öğrencilerinde 0.77, ailelerinde ise 0.70 olup, her iki grupta da iyi düzeyde güvenilirlik derecesine sahip olduğu bulunmuştur. Testin tekrarında ise Pearson korelasyon değeri 0.78 (p=0.000) olarak bulunmuştur. Sonuçta ölçek geçerli ve güvenilir olarak kabul edilmiştir[5]. Ölçeğin on beş maddesi ve Kontrol Merkezi, Öz Farkındalık, Kesinlik, Sağlığın Önemi olmak üzere

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

dört alt boyutu bulunmakta, bu alt boyutlardan elde edilen puanların toplamı Sağlık Algısı puanını oluşturmaktadır. Ölçekte olumlu ifadeler düz, olumsuz ifadeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 75'tir. Kontrol Merkezi, Öz Farkındalık, Kesinlik, Sağlığın Önemi alt gruplarından sırasıyla alınabilecek en düşük puanlar 5, 3, 4, 3, en yüksek puanlar ise 25, 15, 20, 15'tir. Çalışmanın bağımlı değişkeni Sağlık Algısı Puanı ve Kontrol Merkezi, Öz Farkındalık, Kesinlik ve Sağlığın Önemi alt grup puanlarıdır. Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, devam edilen sınıf, fakülteyi tercih etme sırası, kaldığı yer, yaşantısının çoğunun geçtiği yer, anne-baba öğrenim düzeyi, ailede sağlık çalışanı varlığı, sigara-alkol kullanma durumu, beden kitle indeksi, gazete ve ders dışı kitap okuma durumu, kişisel ya da ortak kullanıma açık bilgisayar varlığı, gazete, magazin, internet, radyo ve televizyon, cep telefonu, aile ve arkadaşlar, sağlık çalışanları gibi bilgi kaynaklarını kullanma sıklığı, kendisinde ve aile bireylerinde tanı konulmuş hastalık varlığı ve hastanede yatış öyküsüdür. Verilerin istatistiksel analizinde frekans dağılımı, t testi ve Anova kullanılmıştır.

Bulgular:Araştırma evrenini oluşturan 299 Eczacılık Fakültesi öğrencisinin tamamı veri toplama formunu doldurmayı kabul etmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 21.33 ± 3.78 (min:17 mak:55)'dir. Çalışma grubunu oluşturanların 191'i kadın, 108'i erkektir. Birinci sınıfa devam edenler grubun %58.9'unu oluşturmaktadır. Öğrencilerin %29.4'ü, fakültenin ilk üç tercihi arasında olduğunu, %32.8'i dört-onuncu tercihi arasında olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma grubu içinde fakülteye pek istemeden girdiğini belirtenlerin oranı %31.4, hiç istemeden girenlerin ise %6.4'tür. Öğrencilerin %53.8'i yurttan, %23.4'ü arkadaşlarıyla birlikte kalmaktadır. Grubun %73.2'sinin yaşantısının çoğunun geçtiği yer herhangi bir il merkezi, %20.0'nin ise ilçedir. Çalışma grubunun annelerinin %35.1'i ilköğretim mezunu, babalarının ise %47.2'si yüksekokul, üniversite ya da yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların %41.5'inin ailesinde en az bir sağlık çalışanı olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların ilgili soruya yanıt verenlerinin %42.3'ü ailesinin ekonomik durumunu iyi ya da çok iyi, %53.4'ü orta, %4.4'ü kötü ya da çok kötü olarak değerlendirmiştir. Sigara içme alışkanlığı değerlendirildiğinde çalışma grubunun %70.6'sının hiç sigara içmediği, %15.4'ünün ise düzenli içtiği belirlenmiştir. Grubu oluşturanların alkol kullanımıyla ilgili soruyu yanıtlayanlardan %64.1'i hiç alkol kullanmadığını, %34.9'u ara sıra kullandığını, %1'inin ise her gün kullandığını saptanmıştır. Katılımcıların beden kitle indeksleri boy ve kilo bilgisi verenler için değerlendirildiğinde, %7.6'sının zayıf, %77.9'unun normal kilolu, %12.8'inin kilolu, %1.7'sinin ise obez olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubunun %45.5'i her gün ya da sıklıkla gazete okuduğunu, %52.5'i ders kitabı dışında her zaman ya da sıklıkla kitap okuduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %86.3'ü kişisel ya da ortak kullanabildiği bilgisayara sahiptir. Grubun %17.1'i (51 kişi) tanı konulmuş bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. En sık belirtilen hastalıklar; ülser, astım, anemi, deri hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar ve sinüzittir. Hastaneye en az bir kez yatma öyküsü grubun %25.4'ünde mevcuttur. Ailesinde herhangi bir hastalık tanısı konulmuş birey olan öğrenci oranı %38.5'tir. Bu hastalıklar arasında en çok hipertansiyon, diyabet, kalp damar sistemi hastalıkları bildirilmiştir.

Çalışma grubunun Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalaması **51.63±6.59 (min:34, mak:69)** Kontrol Merkezi alt grubu puan ortalaması **16.89±3.71 (min.5, mak.25)**, Öz Farkındalık alt grubu puan ortalaması **11.23±2.09 (min.5, mak.15)**, Kesinlik alt grubu puan ortalaması **12.14±3.33 (min.4, mak.20)**, Sağlığın Önemi alt grubu puan ortalaması **11.37±2.15 (min.3, mak.15)** olarak saptanmıştır.

Ders kitapları dışında kitap okuyanlarda, diğerlerine göre Sağlık Algısı Ölçeği puanı ortalaması olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Yalnızca özel günlerde alkol tüketenlerde, babası ilköğretim mezunu olanlarda, ailesinde sağlık çalışanı bulunmayanlarda ve ailesinde tanı konulmuş bir hastalık bulunanlarda Kontrol Merkezi alt grup puanı, hastanede yatış öyküsü bulunmayanlarda Öz Farkındalık alt grup puanı, hiç sigara kullanmamış olanlarda Sağlığın Önemi alt grup puanı ortalaması anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur($p<0.05$).

Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalamaları ile cinsiyet, devam edilen sınıf, fakülteye girişte tercih sırası, kaldığı yer, yaşantısının çoğunlukla geçtiği yer, babanın öğrenim durumu, annenin öğrenim durumu, ailede sağlık çalışanı olup olmaması, ailenin ekonomik durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, beden kitle indeksi, gazete okuma durumu, bilgisayar olanağı olma durumu, hastalık öyküsü, hastanede yatma öyküsü, ailede hastalık öyküsü değişkenleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kitap ve broşürlerden sıklıkla yararlandıklarını belirtenlerin sağlık algısı ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0.05$). Gazete, magazin, internet, radyo ve televizyon, cep telefonu, aile ve arkadaşlar, sağlık çalışanları gibi diğer bilgi kaynaklarının her birinin kullanma sıklığı ile sağlık algısı düzeyi değerlendirildiğinde önemli bir ilişki bulunmamıştır($p>0.05$).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tartışma:Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğrencilerinin sağlık algı düzeylerinin çeşitli faktörlerle ilişkisi irdelenmiştir. Çalışmamızda birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin sağlık algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Ebeveynlerin öğrenim durumu ilkokuldan lise ve üniversiteye doğru yükseldikçe, kişilerin sağlık algı puan ortalamalarının arttığı ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Ders kitapları dışında kitap okuyan öğrencilerin okumayanlara göre sağlık algısı puanları yüksek ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bugün için pek çok çalışma sağlık algısı düzeyleri ile çeşitli sosyoekonomik özelliklerin irdelenmesini yapmıştır. Farklı sonuçlar elde edilmiş olduğu halde sağlık algısı düzeyleri ile morbidite ve mortalite arasındaki ilişki henüz kesinleştirilememiştir.

Sonuç ve öneriler:Geçmişe oranla çok daha iyi tanımlanabilmesine rağmen, kişilerin sağlık algısını oluşturan, geliştiren ve değiştiren faktörlerin ve olumlu bir sağlık algısı yaratabilmek için var olması gereken unsurların neler olduğu tam olarak bilinmemektedir. Elbette bu noktada kişilerin okuma yazma, bilgiye ulaşma ve bilgiyi kullanabilme yetileri önemlidir. Ancak gelecekteki çalışmalar özellikle sağlıkta olumlu tutum ve davranış geliştirme ile sağlık algısı düzeylerine yansımaya odaklanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Sağlık algısı, sağlık algısı ölçeği, sağlık davranışları.

Kaynaklar:

1. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP, Development of a scale to measure adults' perceptions of health: preliminary findings. Journal of Community Psychology 2007;35(5):557-61.
- 2.Worl Health Organization (2009). Social Detarminants of health and well-being among young people.
Erişim: [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/167423/E96444_part2_3.pdf]. Erişim Tarihi:19.07.2012.
- 3.Lora E. Health Perceptions in Latin America, IDB Working Paper Series No. IDB-WP-290 – December 2011.
Erişim:<http://search.who.int>. Erişim Tarihi:15.07.2012
- 4.Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health?, International Journal of Epidemiology: Volume 36, Issue 6, Pp. 1161-1164.
- 5-Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık Algısı Ölçeğinin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği, Türkiye Klinikleri J MedSci 2012;32(1):47-53.

293

Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Öğrencilerinin İlaç Promosyonları Hakkındaki Görüşleri

Aliye Mandıracıoğlu¹, Bülent Kıran²

¹Ege Üniv.Tıp Fak.Halk Sağlığı A.D. ²Ege Üniv. Eczacılık Fak.

Giriş ve amaç:İlaç sektörü, dünyada en büyük ve güçlü sektörlerden biridir. Bu sektör büyük bütçelerle sağlık çalışanlarına yönelik pazarlama ve tanıtım çalışmalarını yürütmektedir. Diğer taraftan da ilaç şirketlerinin promosyon çalışmalarının akılcı ilaç seçimini engelleyebildiği belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ilaç şirketlerinin promosyonlarının hekimlerin reçeteleme kararlarını ve hemşire ve eczacıların ilaç uygulamalarını etkilemekte olduğu bildirilmektedir (1,2) . İlaç şirketleri çalışmalarını öğrencilere de yöneltmektedirler. Ülkemizde, tıp ve hemşirelik öğrencilerine yönelik bu konuda yapılmış çalışmalar mevcut

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

iken eczacılık öğrencilerinin ilaç promosyonları konusundaki yaklaşımları daha önce değerlendirilmemiştir. Mezuniyet öncesi deontoloji ve etik derslerinde ilaç sektörü ile ilişkilerin yer alması gerekliliği vurgulanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğrencilerinin ilaç endüstrisinin pazarlama yöntemleri ve reklamları hakkında görüşlerini belirlemektir.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde 2009 bahar ders döneminde yürütülmüştür. Üçüncü sınıf 108 öğrenciden 86'sı (%79.6) ve dördüncü sınıf 116 öğrenciden 115'i (%99.1) toplam 201 eczacılık fakültesi öğrencisi katılmıştır.

Öğrenciler iki bölümden oluşan anonim bir anketi yanıtlamışlardır. Birinci bölümde bağımsız değişkenler olan demografik özelliklerini, kariyer planlarını, ilaç bilgi kaynaklarını, firma aktivitelerine katılım bilgilerini sorgulayan sorular vardır. İkinci bölümde ilaç firma tanıtım ve reklamları hakkındaki görüşlerini anlamak üzere hazırlanan 15 soruluk likert tipi anketi yer almaktadır (ilaç firma tanıtımları hakkındaki görüş anketi). Yüksek toplam puan olumlu görüşü ifade edecek şekilde en yüksek 75 puan alabileceklerdir.

Bağımsız değişkenlerle anketin ikinci bölümünde her bir maddeye verilen yanıtların toplanması ile elde edilen puanlar t- testi ve ANOVA ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca her bir maddeye verilen yanıtlarla bazı bağımsız değişkenler ki-kare analizi ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Kız öğrenciler çoğunluğu (%61,7) oluşturmaktadır. Kariyer planları açısından, % 61,2'i serbest eczacı olarak çalışmak istediklerini belirtmişlerdir. Üçüncü sınıfların %32'i ve dördüncü sınıfların % 68'i firma aktivitelerine katıldıklarını belirtmiştir. Öğrencilerin % 23,9'unun ilaç bilgi kaynakları firma destekli eğitimler ve tıbbi mümessillerdir. Öğrencilerin yaklaşık %30'u firma tanıtımlarına tamamen karşı olduklarını ifade etmişlerdir. Bu öğrenciler ile firma aktivitelerini onaylayan öğrenciler arasında ilaç firma tanıtımları hakkındaki görüş anketi puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (F: 6.25, p<0.05). Diğer bağımsız değişkenlerle bir ilişki saptanamamıştır. Öğrencilerin devam ettikleri sınıfa göre de yanıtladıkları anket maddeleri arasında farklılıklar saptanmıştır. 4. sınıfların şu önermelere 3. sınıflardan daha fazla katıldıkları belirlenmiştir: "ilaç firmalarının tanıtımlarının, hekimlerin reçeteleme alışkanlıklarını etkilediğini düşünüyorum" (ki-kare: 15,148, p<0.05), "firmaların verdiği ilaç numunelerinin kabul edilmesini uygun görüyorum" (ki-kare: 10,048, p<0.05), "firmaların verdiği kalem, bardak, şemsiye gibi küçük hediyelerin kabul edilmesini uygun görüyorum" (ki-kare: 15,148, p<0.05),

Tartışma: Bu çalışmada ilaç endüstrisinin, çalışmaya katılan eczacılık fakültesi öğrencilerinin büyük kısmına eriştiği (öğrencilerinin yaklaşık 2/3'i) saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, tıp fakültesi öğrencilerinin % 91.2' inin (1), hemşirelik öğrencilerinin de %29.0'unun herhangi bir tip firma aktivitesine katıldıkları saptanmıştır (2). Genellikle eczacılık öğrencilerinin ilaç firma temsilcileri ile daha az temasta oldukları bildirilmektedir (3). Öğrenciler, ilaç firma promosyonlarının, kendilerinin ve diğer sağlık personelinin ilaçla ilgili tutumlarını etkileyebileceğini ve gereksiz ilaç yazılması veya satılmasına neden olabileceğini belirtmektedirler. Türkiye'de tıp ve hemşirelik öğrencileri de firmaların tanıtımlarının doktorların reçeteleme davranışlarını etkileyebileceğini düşünmektedir (1, 2). Öğrencilerin %9'u promosyonların hasta veya eğitim yararına olması koşuluyla uygun bulduklarını belirtmişlerdir. Ancak Semin hediyeleri savunulur kılmada, promosyona yönelik olası dirençleri kırmada kullanılabilen " hasta yararına olan hediyeler" kavramı da tartışmalı olduğunu diğer taraftan ilaç şirketlerinin sağlık hizmetlerinin finansmanı gibi bir sorumluluğu olmadığını ifade etmiştir (4). Öğrencilerin ¼'üne yakını ilaç bilgilerini firma destekli eğitimlerden ve tıbbi mümessillerden aldığı anlaşılmaktadır. Semin, sürekli tıp eğitimine ayrılan kamusal kaynakların giderek azaldığını diğer taraftan da ilaç firmaları ise sürekli eğitime giderek daha fazla kaynak aktardığını vurgulamakta, ilgili kurumların sürekli tıp eğitimini özel sektörün insiyatifine bırakılamayacak kadar toplum sağlığı açısından önemli olduğunun farkına varması gerektiği belirtmektedir (4).

Sonuç ve Öneriler: Yapılan bu çalışmada öğrencilerin büyük bir kısmı firma aktivitelerinin sağlık personelinin tedavi yaklaşımını etkileyeceği görüşünde birleşmektedir. Az da olsa bir bölüm öğrenci firma aktivitelerini etik ve uygun bulmamaktadır. Eczacıların ilaç firmaları ile ilişkilerinin henüz öğrenci iken başladığı göz önüne alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Kaynaklar

1. Sarıkaya O, Civaner M, Vatanserver K. Exposure of medical students to pharmaceutical marketing in primary care settings: frequent and influential. Adv in Health Sci Educ. 2009; 14:713–24.
2. Civaner M, Sarıkaya O, Alici SU, Bozkurt G. Exposing nursing students to the marketing methods of pharmaceutical companies. Nurs Ethics 2008; 15(3): 396
3. Monaghan MS, Galt KA, Turner PD, Houghton BL, Rich EC, Markert RJ, Bergman-Evans B. Student Understanding of the Relationship Between the Health Professions and the Pharmaceutical Industry. Third-Year Pharmacy Students' Work Experience and Attitudes and Perceptions of the Pharmacy Profession. Teach Learn Med. 2003;15(1):14-20.
4. Semin S, Aras S. İlaç ve promosyon (Pharmaceuticals and promotion).Toplum ve Hekim 2005;19(5): 350-58

Anahtar sözcükler: İlaç Promosyonu , İlaç Şirketi , Öğrenciler , Eczacılık eğitimi

521

ELAZIĞ VE MALATYA İL MERKEZİNDE BULUNAN ÖZEL EĞİTİM KURUMLARINDA ÇALIŞAN ÖĞRETMENLERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE İLGİLİ FAKTÖRLER

Evrım Çelebi¹, Ayşe Ferdane Oğuzöncül²

¹Fırat Üniv.Sağlık Yüksekokulu, ² Fırat Üniv.Tıp Fak.Halk Sağlığı A.D.

Giriş Ve Amaç:Tükenmişlik; işi gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda kalan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansımaları ile oluşan bir sendromdur. Bu çalışma özel eğitim kurumlarında çalışan öğretmenlerin, engelli çocukların özelliklerine ve gereksinimlerine ilişkin özel uygulamalar ve mesleki sorumlulukları nedeniyle bu sağlık sorununa yatkın oldukları düşünülerek, tükenmişlik düzeylerinin ve ilgili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç Ve Yöntem:Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmanın evrenini Elazığ ve Malatya il merkezinde bulunan özel eğitim kurumlarında çalışan öğretmenler oluşturmuştur. Veriler Ocak- Şubat 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Örneklem seçilmeden araştırma evrenine anketler verilmiş ve 225 anket araştırmaya katılanlar tarafından yanıtlanmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılmıştır. Tükenmişlik ölçeği “duygusal tükenme (DT)”, “duyarsızlaşma (D)” ve “kişisel başarısızlık (KB)” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Araştırmada Ergin (1992) tarafından Türkçeye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan formu kullanılmıştır. Ölçekten elde edilen puanlar 0 ile 4 arasında değişmektedir. Tüm alt ölçeklerden alınan puan yükseldikçe tükenmişliğin arttığı kabul edilmektedir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdellikler, bağımsız gruplarda t testi, ANOVA ve Tukey HSD kullanılmıştır.

Bulgular:Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin % 58.7’si 25-36 yaş grubundadır. Öğretmenlerin duygusal tükenme puan ortalaması 11.12±6.39, duyarsızlaşma puan ortalaması 2.61±2.65 ve kişisel başarı puan ortalaması 7.58±4.18’dir. Araştırmada mesleğini isteyerek tercih etme, mesleği kendine uygun bulma, çalışma ortamından memnuniyet, okuldaki materyal sayısını yeterli bulma, ödül ve ceza sistemi, iş arkadaşlarından ve idarecilerden yaptığı işle ilgili destek görme, mesleğindeki verim düzeyi, mesleki bilgi ve becerilerini uygulayabilme gibi faktörlerin tükenmişlik düzeyini etkilediği bulunmuştur (p<0.05). Mesleğini isteyerek tercih etmeyenlerin DT ve D puan ortalamaları yüksektir (p<0.05) . Mesleğini kendine uygun bulmayan öğretmenlerde DT, D ve KB boyutlarına ait puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (P<0.05). Çalışma ortamından memnun olanların DT ve KB puan ortalamaları düşüktür (p<0.05). Okuldaki materyal sayısını yeterli bulmayanların DT, D ve KB puan ortalamaları yüksektir (p<0.05). İş arkadaşlarından ve idarecilerden yaptığı işle ilgili yeterli destek görmeyen öğretmenlerde DT ve D alt boyutlarına ait puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (P<0.05). Okuldaki

ödül ve ceza sistemini adil bulmayanların DT, D ve KB puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kendini mesleğinde verimsiz bulanların DT, D ve KB puan ortalamaları en yüksektir ($p<0.05$). Mesleki bilgi ve becerilerini uygulayabildiğini ifade edenlerin DT, D ve KB puan ortalamaları da düşüktür ($p<0.05$). Tükenmişlik düzeyi; yaş, cinsiyet, medeni durum, mezun olunan eğitim programı, görev süresi, haftalık ders saati, sınıftaki öğrenci sayısı, kadrolu olma durumu gibi değişkenlerle ilişkili bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç:Bu çalışmada özel eğitim alanında çalışan öğretmenlerin tükenmişliklerinin düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Ancak tükenmişlikte, mesleği isteyerek ve bilinçli bir şekilde tercih etmenin, çalışma ortamından memnuniyetin, mesleki bilgi ve becerileri uygulayabilme imkanının olumlu etkisi olduğu, okulun imkanlarının yetersizliğinin, iş arkadaşlarından, idarecilerden yeterli destek alamamanın, adil olmayan ödül ve ceza sisteminin tükenmişliğe olumsuz etkisi olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Özel eğitim, öğretmen, tükenmişlik

429

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU HEMŞİRELİK VE EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖTANAZIYLA İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

Zehra Koçyiğit, Ünzile Şen, Onur Hamzaoğlu

Kocaeli Üniv.Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Giriş ve Amaç: Ötanazi, uzun zamandır dünyada tıbbi, etik, sosyal ve dini yönleriyle tartışılan bir konudur. Sağlık alanında görev alacak hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin ötanazi konusundaki bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi müfredat çalışmaları başta olmak üzere yeni düzenlemeler yapılırken yararlanılabilmemesi yönüyle önem taşımaktadır. Araştırmada Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu (KOÜKSYO) hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencilerinin ötanazi hakkındaki bilgi düzeyleri ile görüş ve düşüncelerinin saptanması, okul eğitimi, dini inançları, yaşanan çevre ve aile durumunun bu konudaki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evrenini 2011-2012 eğitim-öğretim yılında KOÜKSYO 4. sınıfta eğitim gören hemşirelik (N=62) ve ebelik (N=69) öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmanın yapılabilmesi için KOÜKSYO'ndan yazılı izin, araştırmanın yapıldığı öğrencilerden de sözlü olur alınmıştır. Kesitsel araştırma tekniği kullanılarak gerçekleştirilen bu araştırmanın bağımlı değişkenini öğrencilerinin ötanaziye ilişkin bilgileri ile görüşleri, bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, medeni durumu, ailesi ile yaşayıp yaşamadığı, anne ve babasının mesleği ile eğitim durumu, en uzun süre yaşanan yerleşim yeri, dinsel inanış, terminal dönemdeki hasta ile karşılaşma durumu oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile ötanaziye ilişkin bilgi ve görüşlerini belirlemeye yönelik 19 soru ile 3 olgu örneğinden oluşan bir soru formu hazırlanmış ve gözlem altında uygulanmıştır. Toplanan veriler bilgisayara aktarıldıktan sonra istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler ki-kare testi uygulanarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Evrenin %93(122)'üne ulaşılmıştır. Analizler sonucunda çalışmaya katılan hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin %78'i ötanaziyi doğru tanımlarken, %94'ü ötanazinin tiplerini bilememiştir. Hemşirelik öğrencilerinin %59'u, ebelik öğrencilerinin %56'sı aile üyelerine ötanazi uygulanmasını istemeyeceklerini, hemşirelik öğrencilerinin %41'i, ebelik öğrencilerinin %52'si de kendisine ötanazi uygulanmasını istemeyeceklerini belirtmişlerdir.Öğrencilerin çoğunluğu ötanaziyi doğru tanımlamış(%78) olmakla birlikte, %73'ü ötanazinin yasallaşmasını ve %84'ü kendileri için, %94'ü aileleri için ötanazi uygulanmasını istememektedirler. Ötanaziyi doğru tanımlayan öğrencilerin ötanaziye ilişkin düşünceleri incelendiğinde; % 77'si ölüme ancak Allah tarafından karar verileceği, % 76'sı ölümün yeni bir hayata göç olduğu, % 78'i korku verici olduğu düşüncesine diğerleri yanıtını vererek katıldıkları ya da kararsız kaldıkları görülmektedir. Ötanaziyi doğru tanımlayanlardan % 17'si, yanlış tanımlayanlardan %11'i ve toplamda %16'sı kendisi için; doğru tanımlayanlardan %5'i, yanlış tanımlayanlardan %7'si, toplamda da %6'sı aile üyelerinden biri için ötanazi uygulanmasını istemektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Daha önceden yapılmış benzer çalışmalarda da çalışmamıza paralel olarak öğrencilerin ötanaziye ilişkin bilgi düzeyleri benzerdir (Kaya&Akçin, 2005; Nehir ve ark., 2006; Özkalay&Zaybak.2009). Ötanaziye doğru tanımlayan öğrencilerin % 86'sı beyin ölümü gerçekleşen hastalara uygulanabilir düşüncesine, % 89'u persistan vejetatif (kalıcı bitkisel hayat) durumda olup yaşamını yaşam destek sistemine bağlı olarak sürdüren hastalara uygulanabilir düşüncesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Ötanazi tanımını doğru ve yanlış yapanlar arasında her iki düşünceye katılım sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

İkibinbeş yılında hemşirelerde yapılan bir çalışmada %99'unun ötanazinin yasallaşması durumunda beyin ölümü olan hastalara, % 58'i yaşamını yaşam destek sistemine bağlı olarak sürdüren hastalara uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir (Kumaş, 2005). Araştırmaya katılan hemşirelik ve ebelik öğrencileri arasında ötanaziye ilişkin düşünceleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Ötanazi, tıbbi bir uygulamadır düşüncesine hemşirelik öğrencilerinin % 71'i, ebelik öğrencilerinin % 58'i katılırken, yaratana karşı gelmektir düşüncesine ise hemşirelik öğrencilerinin %36'sı, ebelik öğrencilerinin ise %27'si katılmıyorum cevabını vermişlerdir.

Ötanaziye doğru ve yanlış tanımlayanların düşüncelerine baktığımızda ise inancı gereği ötanaziye ahlaksal olarak onaylama durumu yönünden istatistiksel olarak bir fark yokken, yasal olarak onaylama düşüncesine göre istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır. Öğrencilerin, ötanazi uygulamasını konuyla ilgili bilgi durumlarına göre değil, kendi değer ve inançlarına göre değerlendirdikleri izlenmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda konuyla ilgili araştırmaların daha geniş evrenlerde yapılması ile özellikle sağlık personeli yetiştiren okullarda antropoloji, sosyoloji, felsefe gibi derslerle eğitimin içeriği genişletilmeli ve ötanaziye ilişkin müfredat programı geliştirilmesi önerilebilir.

Anahtar sözcükler: ötanazi, hemşirelik öğrencileri, ebelik öğrencileri

Kaynaklar:

Kaya H. Akçin E.2005. Hemşirelik Öğrencilerinin Ötanaziye İlişkin Görüşleri. Türkiye Klinikleri Dergisi Tıp Etiği (13):115-119.

Kumaş, G. 2005. Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ötanazi Hakkındaki Düşünceleri. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Adana.

Nehir S. Kardeniz G. Altıparmak S. Tok N. 2006. Üniversite Öğrencilerinin Ötanaziye İlişkin Düşünceleri: Bir Yükseköğretim Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.1(2).

Özkalay,F. Zaybak,A.2009. Hemşirelik Öğrencilerinin Ötanazi Hakkındaki Görüşleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 25 (2) : 1-9.

611

MANİSA İLİ MERKEZ İLÇESİ BİR YARI KENTSEL BÖLGEDE YETİŞKİN KADINLARDA DEPRESİF DUYGU DURUM İLE SOSYAL SERMAYENİN ETKİLEŞİMİ

Bahadır Dede, Erhan Eser

Celal Bayar üniv.Tıp Fak.Halk Sağlığı A.D.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş ve Amaç: Depresyon, derin üzüntü veya keder,uykusuzluk,sinirlilik,kendini beğenmeme ve intihar eğilimi gibi ruhsal durumda bir bozukluk olarak kendini gösterir. Klinik olarak bazı farklılıklar göstermesine karşın hemen tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir halk sağlığı sorunu olan depresyon yaş , cins, ırk ve sosyoekonomik duruma bakmaksızın herkeste görülebilir. Hormonal etmenler, çocukluğundan itibaren şiddete maruz kalma, girişken olma yönünden baskılanma,boyun eğin,pasif ve bağımlı olmayı öğrenme,toplumsal roller(ev işleri,çocuk bakımı,eşe karşı sorumluluklar),düşük eğitim ve gelir olanakları,işsizlik,düşük sosyoekonomik düzey,ayrımcılığa maruz kalma gibi riskler,ruhsal bozuklukların kadınlarda daha sık görülme nedenleri arasındadır.Yoksulluk ve yoksunluk depresif duygu durumu artırırken, yüksek sosyal sermaye depresif duygu durum açısından koruyucudur. Yüksek sosyal sermayenin, yoksun gruplarda depresif duygu durum açısından koruyuculuğunu ortaya koymayı hedefledik.

Bu çalışma Manisa yarı kentsel bir ASB(aile sağlığı birimi)’de 17-64 yaş kadınlarda sosyoekonomik değişkenler ve sosyal sermaye’ nin depresif duygudurum düzeyi üzerine olan etkisini ortaya koymayı amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem: Kesitsel tipteki araştırmanın evreni Manisa İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Nurlupınar ASM de bulunan bir ASB’ne kayıtlı 3900 kişiden; Epi-info programında %10, prevelans , %95 güven ve %4 sapma ile ulaşılabilecek en küçük örnek sayısı 210 olarak hesaplanmıştır.Araştırmada çok aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Her bir kümenin on haneden oluşmuştur. Küme başları Manisa Sağlık Müdürlüğü İstatistik Şubesi’nden adrese dayalı kayıt sisteminden rasgele seçilmiştir. Küme başı ile görüşme bittikten sonra üç ev atlanmış, dördüncü eve gidilmiştir. Sokak bitimlerinde ise yazı-tura atılarak yön belirlenmiştir. Bu şekilde her bir kümede 10 haneye ulaşılmıştır. Evde bulunmayan kişiler için yine üç ev atlanarak diğer bir eve gidilmiştir. Araştırmaya katılım %96 dır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile yarı yapılandırılmış bir anket kullanılarak toplanmıştır. Anket sosyodemografik yapı, sosyal sermaye ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) kapsayan 52 sorudan oluşmaktadır. Sosyal sermaye, Putnam’ın Sosyal Sermaye ölçeği ve Dünya Değerler Anketinden uyarlanarak; güven , ilişkiler, topluma katılım ve İtaat alt başlıklarından oluşan bir anket geliştirilerek ölçülmüştür. Sosyal Sermayenin bileşenleri için her soru eşit ağırlıkta alındı. Sorular, beşli Likert tipi yanıt seçenekleri olan, 1-5 arasında puanlandı. Sosyal sermaye boyut skorları ve indeks skorlar soru puanlarının toplanıp soru sayısına bölünmesi ile elde edildi. Her bir boyut ortanca kesme noktası alınarak ortanca üstü iyi , ortanca altı kötü olarak analize alındı.Tek değişkenli analizlerde ki-kare testi, Student’s t testi ve çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 37.1±12.0’dır. Kadınların %81.4’i evli; %85.2’si ev kadını; %12.9’si lise ve üstü eğitilmiş; %11.0’i sağlık güvencesi yok; %51.4’nin geliri giderinden az; %62.4’si bölgeye göçle gelmiş; %18.1’i ise sigara kullanmaktadır. Beck depresyon envanterine göre araştırma grubunun %23.3 ü olası depresyon olarak bulunmuştur. Tek değişkenli çözümlenmelerde eşi ölmüş ve eşinden ayrılanlar bekar veya evli olanlara göre; Sağlık güvencesi olmayanlar olanlara göre; Okur yazar olmayanlar olanlara göre;Maddi durumu kötü olanlar orta-iyi olanlara göre;Doğudan göç edenler diğerlerine göre; göç etmemiş olan veya batıdan göçle gelenlere göre; Sigara içenler içmeyenlere göre daha depresif duygudurumda bulunmuştur. (p<0,05). Sosyal Sermaye Bileşenlerinden Güven, Topluma Katılım, Kişiler Arası İlişkiler puanı arttıkça Depresif duygu durum skoru (Beck) anlamlı düzeyde düşmektedir (p<0,05).Sosyal sermaye boyut skorları: Güven için 2.27±0.76 ,Toplum Katılımı için 3.25±0.57 ; Kişilerarası ilişkiler için 3.10±0.64; ve İtaat için 3.75±1.01 olarak hesaplanmıştır. Sosyal sermaye toplam kompozit indeks skoru ise 3,09±0,41’dir. Depresif duygudurum ile anlamlı ilişki saptanan değişkenlerin dahil edildiği çok değişkenli (Basamaklı lojistik regresyon) çözümlenme sonuçlarına göre, bölgeye doğudan göçle gelme[OR=2.52 (% 95GA:1.14-5.59)], zararlı alışkanlıkları olma[OR=9.19(% 95GA:3.41-24.75)] ,düşük eğitilmiş olma[OR=3.67 (% 95GA:1.16-11.60)], eşi ölmüş ve eşinden ayrılma [OR=3.86 (% 95GA:1.17-12.70)],sosyal sermaye boyutlarından topluma katılım [OR=4.24(% 95GA:1.83-9.83)] ve ilişkiler [OR=3.23(% 95GA:1.36-7.62)] düşük olması depresif duygu durumu artırmaktadır.

Tartışma: Sosyoekonomik düzey ile bedensel ve ruhsal morbidite sıklığı ile olan ilişkisi bir çok araştırmada gösterilmiştir. Hem sosyokültürel düzeyin düşük olması hem de kötü maddi yaşam standartlarının birbirinden bağımsız olarak ruhsal sağlığı olumsuz etkilediğine dair bulgular da vardır.[1]’[2]’[3] Bizim bulgularımızda da uyumlu olarak kadının sağlık güvencesinin olmaması, eğitim seviyesinin ilkökul ve altı olması, doğudan göç etmesi ve zararlı alışkanlıklarının olması depresif duygu durumunu artırmıştır. Sosyal sermaye kavramını toplumsal eşitsizlik çerçevesinden değerlendiren Pierre Bourdieu’ya göre sosyal sermaye, kişilerin tanışıklıklarına dayalı bireysel veya toplumsal kaynakların bütünüdür. Diğer bir ifade ile sosyalsermaye, imtiyazlı sınıfa ait bir servettir ve üstünlüklerini sürdürmek için kullandıkları bir araçtır.Bundan dolayı Bourdieu’nun

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sosyal sermaye tanımında iki şey ön plana çıkmaktadır: Birincisi bireyler sahip oldukları ilişkiler aracılığıyla çeşitli kaynaklara erişme imkanı edinirler, ikincisi bu ilişkilerin miktarı ve kalitesi kişinin ulaşabileceği kaynakları etkiler. Buna göre sahip olunan sosyal sermayenin miktarı, bireyin fiilen harekete geçirebileceği ağ bağlantılarının büyüklüğüne ve sahip olduğu diğer sermayelerin (ekonomik, kültürel) niteliğine bağlıdır.[4]Sosyal sermaye, Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların sağlık ve ekonomi politikalarını belirlemede başvurdukları birkaç ölçütten birisidir. Drukker ve arkadaşları yaptıkları araştırmada sosyal sermaye düzeyiyle psikiyatrik bozuklukların sıklığı arasında ters bir ilişki olduğunu; sosyal sermayenin sosyal destek ve sosyal güven gibi koruyucu etmenler üzerinden psikiyatrik hastalıkların sıklığını azalttığını ve/veya yine aynı etmenler üzerinden sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırarak erken tanı ve tedavi süreçlerini hızlandırıp psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını azalttığını; sosyal sermaye düzeyinin düşük olduğu yerlerde psikiyatrik bozuklukların daha sık görüldüğünü göstermişlerdir.[5] Yaptığımız araştırmada sosyal sermaye ile depresyon prevalansı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kadınların çevreleriyle olan ilişkileri, sorunlarını paylaşabileceği, güvenebildiği insanların olduğunu hissetmesi; sosyal faaliyetlere katılımı kendi iç dünyasında kapanmasını önleyip psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığını azaltmaktadır. Sosyal sermaye düzeyinin yüksek olması psikiyatrik bozukluklar için koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: Düşük sosyoekonomik düzey göstergelerinden yalnız yaşamak, zararlı alışkanlıkların olması , alt eğitim seviyesine sahip olmak ve sosyal sermaye puanının azalması (topluma katılım ve toplumsal ilişkiler ağı) depresif duygu durumu artırmaktadır. Yüksek sosyal sermayenin, yoksunluğun sağlık üzerindeki olumsuz etkisini nötralize edebileceği hakkındaki öngörü, çoklu çözümlenelerde her iki değişken (SED ve Sosyal sermaye) grubunun da depresif durumu –birlikte- açıkladığını gördüğümüzde çürümüştür.

Anahtar sözcükler: Sosyal Sermaye, Beck depresyon ölçeği, Kadınlarda Depresyon

Kaynaklar:

[1] Steptoe A, Feldman PJ. Neighborhood problems as sources of chronic stress: Development of a measure of neighborhood problems, and associations with socioeconomic status and health. Ann Behav Med 2001; 23:177-185.

[2] Boreham R, Stafford M, Taylor R. Health survey for England 2000: Social capital and health. London: The Stationery Office; 2003.

[3] Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış: Klinik Psikiyatri 2007;10(Ek 6):11-20

[4] Tüysüz N. Sosyal Sermayenin ekonomik gelişme açısından önemi ve sosyal sermaye endeksinin hesaplanması: T.C. Kalkınma Bakanlığı Yayın No:2827

[5] Drukker M,Buka SA,Kaplan c,et al.Social capital and young adolescent perceived health in different sociocultural settings.Social Science and Medicine 2005;61:185-98

922

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Erişim Ve Eşitlik İlkesi Nasıl İşlerlik Kazanabilir?

Mineş Kılıç, Gülseren Çıtak Tunç, Nevin Çıtak Bilgin

Uludağ üniv. Sağlık Yüksekokulu

Sağlık insan gücü, kamu veya özel sektörde her tür sağlık hizmetini üreten personelin tamamıdır. Bu iş gücünün, eğitimi ve işlevleri çalıştığı ülkenin sağlık politikalarından bağımsız değildir. Türkiye özelinde bakarsak, sağlık sunumunun karakteri, hak, eşitlik, adillik ve erişim kavramları çerçevesinde değerlendirildiğinde anlaşılabilir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Erişim, gerekli zamanda gerekli alete ya da hizmete ulaşabilmeyi ifade eder ve sağlık hizmeti sunumundaki niteliğin ön koşuludur. İyi erişimi tam olarak neyin yapılandığı tanımlamak güçtür ve içeriğe göre çeşitlilik gösterir. Ancak Chapman'ın ifadesiyle; "iyi erişim, hasta doğru zamanda, doğru yerde, doğru hizmeti aldığı anda var olur."

Eşitlik sağlama fikri, toplumsal koşullardan ve öncelikle ekonomik ve kültürel temelde gözüken sınıfsal farklılıklardan kaynak alır. Bu nedenle 'eşitlik yaklaşımı'nın odağı ezilen, zayıf ve yoksun olanları, "temel ihtiyaçlar yaklaşımı" ya da "yoksulluk yaklaşımı"nın karşısında durmaktadır. Eşitlik, sahip olmayana hatta çok fazlasına sahip olanlardan dolayı az şeye sahip olanlara daha fazla veren bir yaklaşımı vurgular. Eşitlik eşit bölüşüm tahsisinden çok, adil bölüşümün sağlanmasını vurgular. Sağlık hizmetleri bireyselden çok toplumsal bir sorumluluktur. Bu sorumluluğu devletler, bireyler için sosyal bir güvence sağlayarak yerine getirirler. Sosyal devlet sorumluluğu ise, tüm yurttaşlarına eşitlik ve adalet ilkesince temel gereksinimleri karşılayacak oranda hizmet sunumudur. Ancak bireyin haklarına ve toplumun tümüne değer veren bir anlayışa dayanan bir devlet bu ödevi yerine getirebilir. Yaklaşık 20 yıldır sağlık planlamalarının, toplumsal nitelikten uzak, serbest piyasa sisteminde birbiriyle rekabet eden ve kar amacıyla çalışan bağımsız özel işletme stratejisine uyum göstermesi, toplumun gerçek sağlık gereksinimlerini karşılamayı hedeflememektedir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de sağlık bakımında erişim ve eşitlik temelinde, bugünün değişen sağlık politikaları ve hizmet yönelimini ele alarak, ulaşılabilir eşit nitelikli sağlık hizmetlerine götürebilecek yollar aramaktır.

Birçok ülke için, tasarruf ve özelleştirme politikaları sağlık sektöründe yönetsel örgütsel rollerin yeniden tanımlanmasını beraberinde getirmiştir. Ekonomik liberalizm ve piyasacılığın yaygın yönelim olması yeni sağlık değerlerinin ve pratiklerinin gündeme gelmesine neden olmuştur. 1987-1994 yılları arasında tartışılan ve bitiminde imzalanan Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS), metninde "ekonomik çıkar elde etmeye açık kamu hizmetleri" ifadesine yer verilerek, sağlık hizmetleri ticari varlık gerektiren hizmetler arasına alınmıştır. Burada devlete düşen görev ve fonksiyon, pazar ekonomisi için gerekli ekonomik politik ve hukuksal düzenlemeleri yaparak, uygun zemini hazırlamaktır. Türkiye'de planlanan yapılanmayla devletin reorganizasyonu da eş zamanlı gerçekleşmiştir. Önce 1987'de Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermek kaydıyla kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve *işletilmesinde* kaynak israfına ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmetin satın alım yoluyla sürdürülmesi hedeflenmiştir. 1999'da tüm yurttaşları kapsayacak Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması, hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması gereği 1. Ulusal Sağlık Kongresi'nde öngörülmüştür. Sürecin pratik ayağında ise, kamu sağlık hizmetine ayrılan kaynağın daraltılması, kaynak yetersizliğinin yarattığı açığın hastaların katılım payının arttırılması yoluyla karşılanması, sağlık yöneticileri başta olmak üzere, tüm sağlık çalışanlarını hastalarla ve sağlık kuruluşlarını birbirleri ile karşı karşıya getirmiştir. Aynı zamanda bu politikaların sonucu olarak kamu sağlık hizmetlerine güvensizlik, memnuniyetsizlik artarken, hastalar müşterileşme olgusunu fark etmeksizin özel sektöre yönelmişlerdir. Bugün, sağlık hizmetlerinin ticarileşmesine dönük politikalar hukuksal ve kurumsal olarak hayata geçmiş bulunmaktadır. Bu süreç nitelikli, hakkaniyete dayalı, ücretsiz, ulaşılabilir ve eşit sağlık hizmetleri bağlamında, genelde insan özelde hasta haklarının evrenselliğini, müşteri haklarına daraltma sorunsalını da beraberinde getirmiştir.

Sağlık temel bir insan hakkıdır. Bu haktan herkesin fiili olarak yararlanmasının sağlanması gereklidir ve yükümlülüğü üstlenecek olan devlettir. Ancak hizmet metalaştığı andan itibaren yararlanma ve kullanım hakkı değişim değerine bağlanır. Dolayısıyla satın alma gücüne koşut bir hizmet alım niceliği olacaktır. Reel olarak toplumun sınıflı yapısı dikkate alındığında, satın alma güçleri birbirlerinden farklı olan bireylerin, anayasal bir hak olarak tanımlanan sağlıklı yaşam istemi, satın alamayanlar için geçersizleşecektir. Satın alabilenler içinse derecelendirilecektir. Esasen, kapitalist toplum kendi hiyerarşisi içinde ekonomik ve siyasi eşitsizlikleri, barındırmaktadır. Sosyal devlet anlayışı, II. Dünya savaşıdan sonra, konjonktürel ekonomik ve siyasal bileşenleriyle birlikte işte bu gerçek üzerinde yükselmiştir; hakların garantörü olmak, eğitim ve sağlık gereksinimini karşılayan hizmetlerden müşterek bir şekilde yararlanmayı sağlayacak düzenlemeyi gerçekleştirmek için. Bir ülkede, sağlık harcamalarının azaltılması, maliyetlerin düşürülmesinin biricik yolu,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

koruyucu sağlık hizmetlerinden geçer. Aynı zamanda, temel özelliği hastalığı ortaya çıkmadan engellemek olan koruyucu sağlık hizmetleri, tüm toplumu kuşatan bir fayda sağlar. Bu nedenle, bu hizmetler mal olacaksa bile niteliği "sosyal mal" olabilir ve finansmanın kamu ekonomisi (devlet) tarafından karşılanması gerekir. Ancak, pazara terk edilen bir hizmet bunu dışlar.

Sağlık hizmetleri, Türkiye'nin coğrafyaları hatta aynı coğrafyanın farklı yerleşim birimleri arasında bile gerek personel sayısı, gerek sağlık kurumları sayı ve donanım farklılıklarını içinde barındırmaktadır. Bu eşitsizlikler, hizmetin ulaşılabilirliği ve hizmet niteliğinin eşitlenmesi temelinde bir sorun olarak karşımızda dururken, başta ekonomik engel olmak üzere 'sağlıkta dönüşüm' politikaları başlığı altında uygulamaya sokulan ticarileşme faaliyeti ile katlanmaktadır.

Ancak coğrafyalar arası ve sınıflar arası eşitsiz gelişim silinmeden, yapılacak her düzenleme eksikli kalacak olsa da, toplumun sağlıkla ilgili gereksinimleri ve başvuruları göz önüne alınarak, sağlık kurumlarının amaçları, hedefleri ve olanakları çerçevesinde, sağlık çalışanlarının yeterli nicelik, yüksek nitelik, düzgün bir dağılım, doğru bir zamanlama ve tam istihdamın sağlanması çözümün ilk ayağını oluşturacaktır. Hizmetin kamu hizmeti olarak ücretsiz ve planlı yürütülmesi ekseninde özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi kamu maliyetlerini azaltma yönünde etkili olacaktır. İlaç ve tıbbi teknolojinin uluslar arası sermaye ve piyasaya dayalı niteliği de ülke içi çözüm olanaklarını sınırlamaktadır.

Kaynaklar:

- 1.Ferhat SAYIM. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanına İlişkin Ulusal Hesaplar ve Sağlık Alanında Belediyelere Verilen Görev İle Yetkiler. *Bütçe Dünyası Dergisi* • Sayı 35 • 2011 / 1, sf.150 – 165
- 2.Doç. Dr Muzaffer Eskiocak. Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir? Atölye Çalışması 3. Grup Raporu TTB Halk Sağlığı Kolu 13-14 Ocak 2007, İçkale Oteli, Ankara
- 3.Ferdi ÇELİKAY, Erdal GÜMÜŞ. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Ve Finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11/1. Sf:78 -81 Electronic copy available at: <http://ssrn.com/abstract=1909447>
4. Kayıhan Pala.Türkiye için nasıl bir sağlık Reformu? Şubat 2007, Bursa
- 5.Çağla Ünlütürk Ulutaş.Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü.Nota Bene Yayınları, Haziran 2011. Sf.11-55
- 6.Doç.Dr. Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi.Değişim Dinamikleri Yayınları. İstanbul 1998.sf.93-123

895

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ÖTENAZI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Yunus Karadeniz, Zehra Kılınc Bulut, Yılmaz Palancı, Ali Ceylan

Dicle Üniv.Tıp Fak.Halk Sağlığı A.D.

Giriş: Günümüz tıbbında ötenazi, acıları dindirilmeyen ve şifasız hastalığa yakalandığı kabul edilen, durumu kendisi ve yakınları tarafından bilinen, hukuki ehliyeti tam olan bir kişinin, kendi bilinçli ve özgür iradesi ile verilmiş kararı üzerine, ızdıraplarını dindirmek amacı ile hekim tarafından ağrısız bir biçimde yaşamına son verilmesi anlamına gelmektedir. Ötenazi deyimi tarihte ilk olarak, 17. yüzyılda İngiliz filozofu Francis Bacon tarafından ortaya atılmıştır. Bacon "Hekimin vazifesi sıhhati iade etmek ve ızdırabı azaltmaktır. ızdırapları azaltmak vazifesi yalnız hastayı iyileştirmekle değil fakat ona kolay ve rahat bir ölüm temin etmekle de olur". New York'ta 4000 doktor arasında yapılan bir ankette hekimlerin %80'i bu fikre taraftarlık etmişlerdir. Türkiye'deki ilk ötenazi isteği Antalya'da yaşanmıştı. 28 yaşındaki ziraat mühendisi Bahar Bilecen, geçirdiği trafik

kazası sonucu felç olmuş ve 1 Şubat 1995'te ötenazi isteyerek tartışmalara yol açmıştı. Ötenazi isteği yerine getirilmeyen Bilecen, özel uçakla tedavi için İstanbul'a götürüldükten bir gün sonra 23 Şubat'ta yaşamını yitirmişti.

Gereç-yöntem: Bu çalışma; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin ötenazi hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla 15 Nisan – 15 Mayıs 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. 660 öğrencinin 443'üne (%67,1) ulaşıldı. Çalışmada öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve ötenazi hakkındaki görüşlerini sorgulamak amacıyla literatür taraması yapıldıktan sonra 20 soruluk bir anket geliştirildi. Anket belirtilen tarihler arasında anketi kabul eden tıp fakültesine uygulandı. Anketler SPSS 15.0 programına girildi.

Bulgular: Çalışmaya dâhil edilen öğrencilerin %69,7 i (n=309) erkek olup, yaş ortalamaları 22,3±3,5 idi. Öğrencilerin 69,3% i (n=307) yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade etti. Öğrencilerin yarısından fazlası (52,4%) ötenazinin sadece belirli çevrelerde (tıp, hukuk vb.) tartışılmasını gerektiğini savundu. Çalışmaya katılanların %71,8'i (n=318) dini inançların ötenaziye etkilediği cevabını vermişlerdir. Öğrencilerin % 53'ü tıp camiasında belirli durumlarda pasif ötenazi uygulandığına inanıyorum demektedir. Araştırmamızda; öğrencilerin %44,0'ü (n=195) ötenaziye taraftar oldukları, % 44,2'si (n=196) ötenazinin yasallaşmasından yana oldukları söylemişlerdir. 4-6 sınıf arasındakiler, 1-3. sınıflara göre ötenazinin olmasından ve yasallaşmasında daha fazla yanaydı ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı(p<0,001).

Tartışma: Dünyada yasal olarak sadece Belçika ve Hollanda'da ötenazi uygulamasına izin veriliyor. Bunun yanı sıra Amerika'nın bazı eyaletlerinde tartışmalı kararlar olarak tanımlansa da pasif ötenaziyle ilgili yasal düzenlemeler var. Türkiye'de ise kesin bir şekilde ötenazinin yasaklandığı yasalarda geçmektedir. Ötenaziye karşı çıkanların görüşüne bakıldığında gelişen tıbbın yeni çareler bulacağı yorumları ortaya çıkmaktadır. Kısmen karşı çıkanlar ise aslında ötenaziye destekledikleri ancak yasal düzenlemeler yapılmadığı için uygulamadan uzak durdukları görülmektedir. Ötenaziye savunanların görüşüne de bakıldığında yaşam ve ölüm hakkı kişinin özgür iradesine aittir şeklinde yorumlanmaktadır.

Sonuçlar: Ötenazi uzun zamandan beri tartışılan bir konudur. Ötenazi sadece sağlık çalışanlarınca değil tüm herkesçe tartışılması gereken bir konudur. Verilecek bir ötenazi kararı kişi ve yakınlarının hayatını önemli derecede etkileyeceği için karar verilmeden önce dini, felsefi ve hukuki yönleriyle tartışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ötenazi, tıp öğrencisi, etik

503

TOPLUMUN AKIL HASTALIKLARINA BAKIŞ AÇISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hülya Köksal, Nimet Emel Lüleci

Marmara Üniv.Tıp Fak.Halk Sağlığı A.D.

Giriş ve Amaç: Ruhsal sorun ve bozukluklar, yaygınlıkları, sağaltım güçlükleri ve yüksek süregenleşme eğilimleri ile dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Birey, aile ve toplum açısından problemlere neden olarak yaşam kalitesinin düşmesine neden olmakta, özellikle de toplumun üretken kesimi olan genç yetişkinlere yük getirmektedir. Akıl hastalığına sahip bireylerin, hastalıklarının erken ve doğru teşhis edilmeleri, etkin bir tedavi görebilmeleri, toplum içerisinde yer almaları ve toplumsal görevlerini yerine getirmelerinin sağlanabilmesi için toplumun akıl hastalıklarına ilişkin inanç ve tutumlarının bilinmesi gerekmektedir. Bu araştırma toplumun, akıl hastalıkları ve akıl hastalarına yönelik algı, tutum ve düşünceleri hakkında odak grup görüşmeleri aracılığı ile derinlemesine bilgi edinmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Mart-Nisan 2012 tarihleri arasında İstanbul İli Ümraniye İlçesi'nde bulunan bir ASM'ne başvuran 76 kişi ile yapılmış olan bu araştırmanın tipi nitelikeldir. Araştırma niteliksel tipte planlandığı için

örneklem büyüklüğü hesaplanmamıştır. Odak grup görüşmesine katılan bireyler olasılıksız örnekleme yöntemlerinden “gelişigüzel örnekleme” yöntemiyle belirlenmiştir. Araştırma kapsamında toplam 12 OGG yapılmıştır. Ortalama 50-70 dakika süren odak grupların kişi sayısı 5-8 arasında değişmektedir. Yapılan OGG sonucunda aynı görüşler tekrarlanmaya başladığı için görüşmeler sonlandırılmıştır. Veri toplama yöntemi olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış olan 9 soruluk demografik bilgi formu ve yarı yapılandırılmış OGG veri formu kullanılmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra veriler toplanmaya başlanmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri; araştırmaya katılmayı kabul etmeleri, 18 yaşından büyük olmaları ve sözlü-işitsel engele sahip olmamalarıdır. Katılımcılara araştırmanın akıl hastalığı tanısı almış bireylerle ilgili tutum ve düşünceleri hakkında bilgi edinmek amacıyla yapıldığı bilgisi verildikten sonra görüşmelere başlanmıştır. OGG esnasında katılımcılardan izin alınarak ses kayıt cihazı ile görüşmeler kayıt edilmiştir. Demografik bilgilerin bilgisayar ortamına aktarılması SPSS 11.0 paket programı yardımıyla yapılmıştır ve bu bilgilerin yorumlanmasında frekans analizi kullanılmıştır. OGG sırasında elde edilen ses kayıtları araştırmacı tarafından çözümlenmiş olup; word ve excel programları kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. OGG’den elde edilen verilerin değerlendirilmesi amacıyla araştırmacı tarafından ana temalar belirlenmiş daha sonra belirlenen temalar kodlanarak excel programı yardımı ile analiz edilmiştir. Araştırmanın çözümlenmesi için belirlenmiş olan temalar; akıl hastalığını tanımlama, akıl hastalığı etiyojisine bakış açısı, sağaltıma bakış açısı, akıl hastalığı algısı, damgalama, topluma kazandırmadır. Görüşleri belirtilen kişilerin yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu ve akıl hastalığı tanısı konulmuş yakına sahip olması ile ilgili bilgiler parantez içerisinde belirtilmiştir.

Bulgular:Katılımcıların %94,7’si kadın olup (n:72), yaş ortalaması 41,25± 13,08 (min. 19–max. 73), % 77,6’sı evli (n:59), % 52,6’sı ilköğretim (n:40), % 25’i lise (n:19), % 9,2’si yükseköğretim (n:7) ve % 7,9’u ortaokul mezunu (n:6), % 72,4’ü ev hanımı (n:55), % 14,5’i işçi (n:11), % 7,9’u memurdur (n:6). Araştırmaya katılanların %47,4’ünün (n:36) akıl hastalığı tanısı almış yakını bulunmaktadır. Akıl hastalığı tanısı almış yakını olanlara yakınlık derecesi sorulduğunda ise % 55,6’sının akraba (n:20), % 44,4’ünün (n:16) arkadaş olduğu belirtilmiş olup; akıl hastalığı tanısı almış yakını olanların % 47,2’sinin yakınının hastalığının şizofreni olduğu ifade edilmiştir.

Akil Hastalığını Tanımlama:Katılımcılar akıl hastalığını tanımlarken genel olarak hasta bireylere bir takım olumsuz özellikler atfederek akıl hastalığına sahip kişileri, hastalıklarını ve davranışlarını zarar verme ile ilişkilendirmişlerdir. Akıl hastalığını tehlikeli hareketlerde bulunma olarak tanımlayan katılımcılar da olmuştur.

Akil Hastalığı Etiyojisine Bakış Açısı:Katılımcılar genel olarak akıl hastalıklarının doğuştan, genetik faktörler sebebiyle ve sonradan ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir. Sonradan ortaya çıkmasına da yaşam koşullarının, yaşanan sıkıntılar, travmaların sebep olduğu düşünülmektedir. Akıl hastalıklarının ortaya çıkmasında genetik faktörlerin etkili olmayacağını düşünen katılımcılar da mevcuttur.

Sağaltıma Bakış Açısı:Katılımcılar genel olarak hasta bireylerin sağaltımının ve bakımının nerede yapılacağına, hastalığın tanısı, seyir ve derecesine göre karar verilmesi gerektiğini söylemişlerdir. Hastanın durumunun ağır olması halinde kendisi ve çevresi için tehlike arz edeceği düşünülmekte ve ağır durumda olan kişilerin hastanede tedavi edilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Akıl hastalığına sahip kişilerin tedavi gördüğü takdirde iyileşebileceğini düşünen katılımcılar olduğu gibi genel olarak tamamen iyileşemeyeceklerini ve kişide mutlaka bir iz kalabileceğini ve yaşanan sıkıntılara bağlı olarak hastalığın nüksedebileceğini belirtmişlerdir. Sağaltımda bazı durumlarda geleneksel-dinsel şifacılara inanarak bu şifacılara başvurmanın gerektiğini düşünenler olduğu gibi geleneksel-dinsel şifacılardan fayda görülemeyeceğini düşünen katılımcılar olmuştur. Geleneksel-dinsel şifacılara doktora gidip de fayda görememe durumunda ve hastaya manevi destek sağlaması amacıyla başvurulabileceği düşünülmektedir.

Damgalama:Katılımcılar genel olarak toplum içerisinde akıl hastalarına karşı olumsuz bir algı, dışlama, kısıtlama, etiketleme ve damgalamanın var olduğunu ve bu durumun hasta bireyleri tehlikeli algılanmalarından kaynaklandığını düşünmektedirler. Toplum tarafından tehlikeli algılanmalarının sonucu olarak hasta bireylerin toplumsal görevlerini yerine getirmede çeşitli kısıtlamalarla karşılaştıkları ifade edilmiştir. Bu durum hastaların çalışamayacakları ve evlenemeyecekleri şeklinde örneklendirilmiş olup kendi ayarlarında insanlarla evlendirilip, kendilerine uygun işlere yerleştirilebilecekleri düşünülmektedir. Katılımcılar genel olarak akıl hastalığına olumlu yaklaşılması gerektiğini belirtirken, bazıları tanıdıkları insandan zarar gelmeyeceğini gördüklerinde olumlu yaklaştıklarını ifade etmişlerdir. Tepkilerini ve hastalıklarını bilmedikleri, zarar verme olasılığı yüksek kişilerden çekinmekte ve görüşmekten kaçınmaktadırlar. Hasta bireylere karşı olumsuz yaklaşımların onların tehlikeli davranışlara yönelmesine neden olacağı düşünülmektedir. Akıl hastalığına sahip kişilerin kendilerine ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

çevrelerine zarar verecek kişiler olarak algılanarak ister istemez kısıtlama yaşadıkları düşünülmektedir. Hasta bireylerin yakınlarının da kendilerine vakit ayıramayıp işlerini yapamayacakları ve toplum tarafından kısıtlandıkları düşünülmekte; komşularının görüşmeyi istemedikleri ve evlerine gitmeyerek komşuluk ilişkilerini kestikleri belirtilmiştir. Katılımcılar genel olarak akıl hastalığına sahip kişilerden bahsederken “deli” gibi damgalayıcı ifadeler kullanmakta olup, bu gibi söylemlerin toplum tarafından hasta bireylere olumsuz kişilik özellikleri atfedilmesine ve bireylerin tedavi arama davranışına kadar birçok alanda kısıtlanmasına neden olması sebebiyle kullanılmamaları gerektiğini belirten katılımcılar da olmuştur. Ayrıca, hasta bireylerin farklı algılanarak “normal insanlardan” farklı olarak adlandırılarak toplumdan itildiklerini ifade etmişlerdir.

Topluma Kazandırma:Katılımcılar hasta bireylerin toplum içerisinde dışlamaya maruz kaldıklarını belirterek bireylerin toplum içerisinde yer almalarının sağlanabilmesi için öncelikle dışlanmamaları ve toplumdan uzaklaşmalarının engellenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Hasta bireylerin tedavi aşamasında ve sonrasında sosyal ortamlarda desteğe ve morale ihtiyaçlarının olduğunu; aile ve çevre desteği sağlanarak hastaların topluma kazandırılabilceğini belirtmişlerdir. Ayrıca, toplumun akıl hastalıkları konusunda bilinçlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Tartışma ve Sonuç:Bu çalışmada katılımcılar akıl hastalığının tanımını her şeyden habersiz olma, sorumluluklarını bilme ve kendini anlatmada problem olarak tanımladıkları gibi tehlikeli hareketlerde bulunup zarar verme olarak tanımlayan katılımcılar da bulunmaktadır. İkişik (2008), tıp fakültesi öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada katılımcıların akıl hastalığı tanımını zarar vermek ile ilişkilendirerek, bireyin kendine veya çevresine zarar verme durumunu akıl hastası demek için bir kıstas olarak gördüklerini belirtmiştir. Bu bulgu araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Akıl hastalıklarının genetik faktörler nedeniyle ya da yaşama koşulları, travmalar sonucunda sonradan ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Erbaydar ve Çilingiroğlu (2010), top fakültesinde okuyan öğrencilerle yapmış oldukları çalışmada ruhsal sağlık sorunları çevre, yaşam koşullarının etkisi ve genetik nedenlerle ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir. Bu bulgular araştırma bulgularını desteklemektedir.

Akıl hastalıklarının sağaltımında hastalığın tanı, seyrinin önemli olduğu ve bireyin durumuna göre tedaviye nerede devam edileceğine karar verileceği düşünülmektedir. Durumu ağır olan kişilerin tehlike arz edeceği düşüncesi ile hastanede tedavi edilmeler gerektiği ifade edilmiştir. Aker (2008), aile hekimleri ile yapmış olduğu çalışmada; hekimlerin hastaların iyileşebilmeleri için ilaç kullanması, hastalara rehberlik edilmesi, hastanın hastaneye yatırılması gerektiğini ifade etmiştir. Özellikle de ağır klinik duruma sahip ise mutlaka hastanın hastaneye yatırılması gerektiği düşüncesinin hakim olduğunu belirtmiştir. Bu bulgu araştırma bulgularını desteklemektedir.

Akıl hastalığına sahip kişilerin tedavi gördüğü takdirde iyileşebileceğini düşünenler olduğu gibi genel olarak tamamen iyileşemeyecekleri ve kişide mutlaka hastalığın izinin kalabileceği ve yaşanan sıkıntılara bağlı olarak hastalığın nüksedebileceği düşünülmektedir. Erbaydar ve Çilingiroğlu (2010), yapmış oldukları çalışmada; öğrenciler ruh sağlığı sorunlarının tedavi edilebileceğine inanmaktadırlar. Bu bulgu araştırma bulgularını desteklemektedir.

Sağaltımda bazı durumlarda geleneksel-dinsel şifacıardan yardım istenebileceği düşünülmekte özellikle de doktora gidip de fayda görmeme durumunda ve hastaya manevi destek sağlanması amacıyla başvurulabileceği ifade edilmiştir. Sağduyu ve arkadaşları (2001), hasta yakınları ile yapmış oldukları çalışmada; bazı katılımcılar geleneksel şifacıardan yardım istenebileceğini düşünmektedirler. Bu bulgu araştırma bulgularını desteklemektedir.

Akıl hastalığına sahip kişilerin zarar verecek kişiler olarak algılanarak kısıtlama yaşadıkları ve tehlikeli algılandıkları için yakınları tarafından eve kapanarak toplumdan daha çok uzaklaştırıldıkları ve toplumsal görevlerini yerine getirmede çeşitli kısıtlamalara maruz kaldıkları ifade edilmiştir. İkişik (2008), toplumda şizofreni hastalarının davranışlarını kestirememeye ya da zarar verebilecekleri düşünülere sosyal izolasyona maruz kaldıklarını belirtmiştir. Akdede ve arkadaşları (2004), yapmış oldukları çalışmada; ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde çalışan sağlık personelinin şizofren bir kişi ile evlenme ve evini şizofreni hastasına verme konusunda genel bir hastanede çalışan sağlık personeline oranla olumsuz düşüncelere sahip oldukları saptanmıştır. Bu bulgular araştırma bulgularını desteklemektedir.

Sonuç:Bu çalışmada toplumun akıl hastalığına sahip kişilere bir takım olumsuz özellikler atfettiği ve hasta bireyleri, hastalıklarının, davranışlarının zarar verme ile ilişkilendirdikleri görülmüştür. Akıl hastalıklarının doğuştan, genetik, akraba evliliği sonucu olabileceği gibi kişinin sosyal çevresinin etkisi ile sonradan da ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Akıl hastalığına sahip kişilerin sağaltım ve bakımının nerede yapılacağına karar verilmesinde kişinin hastalığının tanısı, seyri ve derecesinin etkisinin önemi üzerinde durulara, hastalığın durumu ile kişinin davranışlarının tehlikeli olması arasında ilişki kurulmuş ve hasta birey zararlı görülüyorsa hastaneye yatırılması gerektiği ifade edilmiştir. Hasta bireylerin tamamen iyeleşemeyeceklerini ve mutlaka hastalığa ait bir iz kalacağını ya da ileride yaşanan bir sıkıntı durumunda hastalığın nüksedebileceği düşünülmektedir. Hasta bireylerin toplum içerisinde çeşitli kısıtlamalarla karşılaştıkları, bu kısıtlama ve dışlamaların hastaların durumunun kötüye gitmesine, toplumsal görevlerini yerine getirmelerinin engellenmesine ve toplumdan uzaklaşmalarına neden olduğu düşünülmektedir. Akıl hastalığına sahip kişiler genel olarak tehlikeli olarak algılanmaktadır. Hasta bireylerin toplum içerisine karışarak daha iyi duruma geleceğini düşünenler olduğu gibi toplumdan uzak kalması ve hastanede olması gerektiğini düşünenler de bulunmaktadır.

Hasta bireylere karşı oluşan olumsuz algıların ortadan kaldırılması için toplumun bilgilendirilmesi, hasta bireylerin de rehabilite edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akıl Hastalığı, Damgalama, Sosyal İzolasyon, Niteliksel Araştırma, Odak Grup Görüşmesi

Kaynaklar:

1. İkişik, H. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Şizofreniye Yönelik Damgalamanın (Stigmatizasyon) Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2008.
2. Erbaydar N, Çilingiroğlu N. Tıp Eğitimi Geleceğin Hekimlerinin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkilemekte Midir? Türk Psikiyatri Dergisi. 2010; 21(2):114-125.
3. Sağduyu A ve arkadaşları. Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12(2):99-110.
4. Aker, S. Samsun İlinde Aile Hekimlerinin Şizofreni Hastalarına Karşı Tutumları ve Hekimlik Uygulamaları. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk sağlığı AD, Uzmanlık Tezi. Samsun, 2008.
5. Akdede B ve ark. Gençlerde Şizofreniye Yönelik Damgalama Düzeyi. Yeni Symposium 42(3):113-117, 2004.

603

VAN İLİNDE YAŞLI İSTİSMARINA YÖNELİK BİR ALAN ÇALIŞMASI

Sabahat Ölçer¹, Oğuz Polat, Neşe Polat, Seda Gökçe Turan

¹Yüzüncü Yıl Üniv.Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Yaşlı istismarı, yaşlı bireyin temel ihtiyaçlarını (barınma, fiziksel, güvenlik vb.) gidermek için kaldığı mekânda yakını/yakını olmayan insanlar tarafından fiziksel, psikolojik, ekonomik, cinsel ve duygusal olarak kötü muameleye maruz kalarak acı çekmesidir. Yaşamın her döneminde karşılaşılan bu duruma; sağlık alanındaki olumlu gelişmeler ve insanların bilinçlilik düzeylerinin artmasıyla birlikte ortalama yaşam süresinin uzaması, aile yapısındaki değişimler, ekonomik alanda yaşanan krizler ve sosyo-kültürel değişmelerin kaynaklık ettiğini söyleyebiliriz. Türkiye’de de bu saydığımız nedenlerden ötürü yaşlı istismarında artış olduğunu ve bu konuyla ilgili çalışmaların son zamanlarda önem kazandığı görülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın amacı; daha önce yapılan çalışmalarla Van kent merkezinde yapılan çalışma sonuçları arasında farklılıklarının olup olmadığının tespiti, değişen toplumsal değerlerin yaşlı istismarına olan etkilerinin Van bölgesi kapsamında değerlendirilmesidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, yaşlı istismarı, şiddet.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, ilk olarak literatür taraması yapılarak konuyla ilgili Türkiye’de ve yurt dışında yapılmış araştırmalar ve bu araştırmalardan elde edilen bulgular taranmıştır. Daha sonra 65 yaş ve üzeri ankete katılacak olan gönüllülere uygulanmak üzere “Geriatrik Depresyon Ölçeği” ve “Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test” in yanında 17 sorudan oluşan “Kişisel Bilgi Formu” hazırlanmıştır. Bu form; ankete katılanların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, meslek grubu, sosyal güvencesi, gelir durumu, sağlık durumu, istismara maruz kalıp kalmadığı, kaldığı takdir de hangi istismar türü olduğu, sıklığı, kim tarafından uygulandığı ve durumun hala devam edip etmediği bilgilerini içermektedir. Anket, Van ili kent merkezinde 20 Ağustos 2011–20 Ekim 2011 tarihleri arasında rastlantısal olmayan amaca uygun örneklem yöntemiyle belirlenmiş olan 119 kadın ve 249 erkekten oluşan toplam 368 kişiyle yüz yüze görüşme tekniğiyle gönüllü katılımcılara uygulanmıştır. Anket uygulaması sonrası elde edilen veriler Portable PASW Statistic 18’e kodlanmıştır. Açık uçlu sorular kendi içinde gruplandırılmış ve analiz edilmiştir. Tek yönlü frekans ve çapraz tablolar oluşturularak değişkenler arasındaki ilişki belirlenmiştir. Tablolar yaşlı istismarına etki eden faktörlere göre yorumlanmıştır.

Bulgular: Yapılan çalışmada elde edilen bulgular şu şekildedir: Ankete % 32.3 oranında kadın ve % 67.7 oranında erkek katılmıştır. Ankete katılanların % 71.2’si evli, % 26.1’i dul ve geri kalanı ise boşanmış ve bekârdır. Kadınlarda en yüksek oranı % 54.6 ile okur-yazar olmayanlar oluştururken, erkeklerde ise en yüksek oranı % 38.2 ile ilkökul mezunları almaktadır. Erkeklerin % 45.7’si serbest meslek sahibi iken, kadınların % 92.4’ü herhangi bir işte çalışmamıştır. Ankete katılanların %41’i yeşil kartlı, % 23.7’si bağ-kurlu, % 20.1’i emekli sandığı ve % 15.2’i ise SSK’lıdır. Ankete katılanların gelir durumları ele alındığında % 31.2’sinin emekli maaşının olduğu, % 31’inin imkanın olmadığı, % 20.1’inin çocuklarının baktığı ve % 11.1’inin ise hem emekli maaşı hem de kira gelirin olduğu tespit edilmiştir. Kadınların % 52.1’i imkanın olmadığını belirtmiştir. Ankete katılanların % 32.9’u kronik rahatsızlığı, % 12’i hem kronik hem de bedensel rahatsızlığı ve % 7.6’ı bedensel rahatsızlığının olduğunu dile getirirken, % 47.6’ı herhangi bir rahatsızlığının olmadığını belirtmiştir. Hem kadınlarda (% 50) hem de erkeklerde (% 40.2) görülen en yüksek kronik rahatsızlık türü tansiyondur. Bedensel hastalık türünde en çok karşılaşılan yürümede zorluk ve bastonla mobilizedir. Ankette birlikte yaşadığınız aile bireyleri sorusuna % 18.2 ile oğlu, gelini ve torunları yanıtı verilmiştir. Ankete katılanlar birlikte kaldıkları aile bireyleriyle ilişkilerinin % 58.4 ile iyi, % 28.3 ile çok iyi, % 6.8 ile kötü, % 6.2 ile orta ve % 0.3 ile çok kötü olduğunu belirtmişlerdir. Yaşlıların ihtiyaçları oldukları takdir de aile bireyleri veya yakınları tarafından temizlik, yemek ya da doktora götürülme, ilaçlarının temini gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmadığı sorulduğunda, oranın % 88.9’unun hayır yanıtını ve %11.1’inin ise evet yanıtını vermiştir. Yakınları ya da birlikte kaldıkları bireyler tarafından utandırıldığınız, aşağılandığınızı hissettiğiniz, küfür/hakaret/tehdide maruz kaldığınız oldu mu sorusuna % 92.4’ü hayır yanıtını kullanırken, % 7.6’ı evet yanıtını vermiştir. 368 kişi arasından 28 kişinin evet yanıtını verdiğini; bunlar arasında kadınların oranı % 10.1 iken, erkeklerin oranı ise % 6.4’tür. Yakınları tarafından küfür/hakaret ve tehdide maruz kaldığını söyleyen 28 kişi bu durumun ne kadar sıklıkla gerçekleştiğine dair yanıtlarında, % 75.0’i sık sık, % 21.4’ü bazen ve % 3.6’ı ise hemen hemen her gün maruz kaldıklarını dile getirmişlerdir. Yakınları tarafından küfür/hakaret/tehdide maruz kaldığını beyan eden 28 kişiden bu durumun halen devam edip etmediği sorulduğunda, % 85.7’si yaşadıkları sıkıntının halen devam ettiğini belirtmiştir. Yakınları veya beraber kaldıkları bireyler tarafından maaşlarının istekleri dışında kullanıldığı, paralarına el konulduğu ya da para kazanmaya zorlandıkları oldu mu sorusuna 368 kişiden 11’i evet yanıtını vermiştir. Ankete katılan 368 kişiden yalnızca 4’ü yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıklarına dair evet yanıtını vermiştir. Yakınları veya beraber kaldıkları insanlar tarafından fiziksel şiddete maruz kalanlara, bu durumu ne kadar sıklıkla yaşadıkları sorulduğunda, % 50’i bazen, % 25’i nadiren ve yalnızca bir kere yanıtını vermiştir. Yakınları veya birlikte kaldıkları bireyler tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıklarını beyan eden bireylere yaşadıkları şiddetin halen devam edip etmediği sorulduğunda, % 75’i şiddetin son bulduğunu, % 25 ise şiddetin halen devam ettiğini belirtmiştir. Ankette, yakınları veya birlikte kaldıkları bireyler tarafından şiddete maruz kaldıklarını beyan edenlere ne tür bir araç ile şiddet gördükleri sorulduğunda, % 50’i şiddetli dövme, % 25’i tokat atma ve sopayla vurma sonucunda şiddete maruz kaldıklarını dile getirmişlerdir. Yaşlıların maruz kaldıkları fiziksel şiddetin kim/kimler tarafından uygulandığı sorulduğunda; yaşlının oğlu, gelini, hem oğlu hem de gelini ve diğeri tarafından şiddet gördüklerini ifade etmişlerdir. Ankete katılanlar, kızdığınızda aile bireylerine karşı tepkinizi nasıl ifade edersiniz sorusuna farklı cevaplar vermişlerdir. % 46.7’si küserim, % 26.6’sı bağırırım, % 13.0’ü hem küserim hem de bağırırım, % 9.2’si nasihat ettiğini ifade ederken % 2.2’i ise bazen vurduğunu belirtmiştir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Tarihsel süreç içerisinde, yaşamın her döneminde yaşlı istismarının yaşandığı bilinmektedir. Ancak, istismarın türünün, şiddetinin, sıklığının ve şeklinin farklılık gösterdiği bilinmektedir. Teknolojik gelişmeye bağlı olarak sağlık alanında gerçekleştirilen yenilikler ve sağlıklı beslenme bilinci yaşlı nüfusun hızlı bir şekilde artmasına yol açarken, ekonomik alanda yaşanan krizler ise yaşlı istismarını arttırmaktadır. Keskinöğlü ve ark. (2004) İzmir’de İnönü Sağlık Ocağı bölgesinde yaptıkları çalışmalarında, 65 yaş ve üzeri yaşlılarda fiziksel ve ekonomik örselenme ve ihmali incelenmiş ve yaşlıların % 1.5’inin fiziksel, % 2.5’inin ekonomik örselenme, % 7’sinin gelirinden yararlanmaya çalışıldığı ve % 52.5’inin ise kendi izni olmadan gelirinin zorla alınarak harcandığı belirtilmiştir (1). Artan tarafından İstanbul ilinde huzurevine girmek üzere müracaat eden 113 yaşlı ve yakınları ile yaptığı “Aile İçi Fiziksel Yaşlı İstismarı” araştırmasında; huzurevine müracaat eden yaşların % 25.6’sının fiziksel istismara maruz kaldığı, bu istismar türünün çoğunluğunun tokat atma ve şiddetli dövme şeklinde gerçekleştiği ve bu durumun en çok birinci dereceden yaşlı yakını tarafından (% 86.7) maruz kaldığı belirtilmektedir (2). Kanada’da yapılan bir aile içi şiddet çalışmasında; çocukları, bakıcıları ve eşleri tarafından yaşlıların % 7 oranında duygusal istismarın bazı şekillerine, % 1 oranında ekonomik istismara, % 1 oranında fiziksel istismara ve cinsel saldırıya maruz kaldığı tespit edilmiştir (3). Özden ve ark.(2010) tarafından İç Anadolu Bölgesi’nde bir ilin sağlık ocağı bölgesinde yapılan şiddete maruz kalan ve maruz kalmayan ikili bir çalışmada; bireylerin % 4.9’unun fiziksel, % 5.9’unun psikolojik, % 2.3’ünün ekonomik ve % 0.3’ünün ise cinsel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (4). Çalışmalardan elde edilen bulgular Van’da yapılan çalışma ile kıyaslandığında; yaşlıların ihtiyaçları oldukları takdirde aile bireyleri veya yakınları tarafından temizlik, yemek ya da doktora götürülme, ilaçlarının temini gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmadığı sorulduğunda % 88.9’unun hayır yanıtını verdiği, yakınları ya da birlikte kaldıkları bireyler tarafından utandırıldığını, aşağılandığını hissettiğini, küfür/hakaret/tehdite maruz kaldığını sorusuna da % 92.4’ünün hayır yanıtını verdikleri görülmektedir. Yakınları veya beraber kaldıkları bireyler tarafından maaşlarının istekleri dışında kullanıldığı, paralarına el konulduğu ya da para kazanmaya zorlandıkları oldu mu sorusuna 368 kişiden 11’i evet yanıtını vermiştir. Ankete katılan 368 kişiden yalnızca 4’ü yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıklarına dair evet yanıtını vermiştir. Elde edilen veriler ile diğer çalışmalar arasında farklılıklar olduğunu ve Van’daki yaşlı istismarı oranının düşük olduğu görülmektedir. Hatta, istismar türleri arasında yer alan cinsel istismarın hiç görülmediği tespit edilmiştir. Ankette, yakınları veya birlikte kaldıkları bireyler tarafından şiddete maruz kaldıklarını beyan edenlere ne tür bir araç ile şiddet gördükleri sorulduğunda, % 50’i şiddetli dövme, % 25’i tokat atma ve sopayla vurma sonucunda şiddete maruz kaldıklarını dile getirmişlerdir. Yaşlıların maruz kaldıkları fiziksel şiddetin kim/kimler tarafından uygulandığı sorulduğunda; yaşlının oğlu, gelini, hem oğlu hem de gelini ve diğeri tarafından şiddet gördüklerini ifade etmişlerdir. Elde edilen bu bulgular, Artan’ın yapmış olduğu çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular sonucunda yaşlı istismarı oranının Van’da düşük olduğu, bunun nedenleri arasında Van’ın sosyo-ekonomik yapısının farklılık gösterdiği ve kültürel kodlarının (geleneksel aile yapısı, toplumsal baskı, aşirete bağlılık vb.) birey üzerindeki yaptırım gücünün hala etkisini devam ettiriyor olduğudur. Dolayısıyla, yaşlı istismarının Türkiye’de bölgesel farklılık göstereceği ve bu durumun belirleyicilerinin ise aynı şekilde değişkenlik göstereceğidir. Buradan hareketle, Türkiye’de bu alanla ilgili yapılacak çalışmaların bölgesel, sosyo-ekonomik ve kültürel farklılıklar göz önüne alınarak sorunun pratiklerinin devamlılığını sağlayan nedenlerin tespiti yapılmalıdır.

Kaynakça:

1. Keskinöğlü P., Giray H., Pıçakçiefte N., Bilgiç N. ve Uçku R., (2004), *Yaşlılarda Fiziksel, Finansal Örselenme ve İhmal Edilme*, Turkish Journal of Geriatrics, 7(2): 57-61.
2. Akdemir N., Görgülü Ü. Ve Çınar F.İ., (2008), *Yaşlı İstismarı ve İhmali*, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 15(1):68-75.
3. Krug E.G., Dahlberg L.L. and Mercy J.A., (2002), *World Report on Violence and Health*, World Health Organization, Cenova.
4. Özden D., Kelleci M. Ve Güler N., (2010), *Yaşlı Bireylerin Ruh Sağlığının Şiddete Maruz Kalma ve Bazı Özellikler Açısından İncelenmesi*, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 12(3): 5-13.

YAŞLANDIKÇA SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİ DERİNLEŞİYOR MU? TÜRKİYE'YE DAİR BİR DEĞERLENDİRME

Işıl Ergin¹, Anton Kunst²

¹Ege Üniv.Tıp Fak.Halk Sağlığı A.D. ²Amsterdam Üniv.Halk sağlığı Bölümü

Giriş ve Amaç: Yaşlanma, sağlıkla ilintili sonuçları yanı sıra sosyal ve ekonomik sonuçları da olan bir süreçtir. Sadece biyolojik değil, kültürel ve sosyal bir durumdur. Yaşlanan birey eğer sosyoekonomik açıdan yoksunluk içerisinde ise fiziksel ve mental süreçlerdeki bu düşüş onu daha zorlu bir hayata sürükler. Yaşam boyu varolan eşitsizlikleri daha da derinleştirici bir durumun oluşmaması ve bu eşitsizliklerin giderilmesi için yaşlıya sağlanan destek mekanizmaları önem kazanmaktadır. Geçmişte yaşlı birey için hayatın bu zorlu dönemi aile ve toplumun desteği ile daha tolere edilebilir olmuştur. Ancak kentleşme ve endüstrileşme ile aile de değişmiş, modernleşmeden payını almıştır. Endüstrileşen ve “kalkınan” ülkelerde yaşlıya destek sağlayan unsurlar aileden “kamuya” devredilmiştir. Aile ve toplumun geleneksel rolünü “sosyal hizmetler” devralmıştır. Ancak gelişmekte olan ülkelerde süreç, aileyi değiştirmeye zorlarken, yaşlıya veya aileye destek, kamusal olarak yeteri düzeyde sağlanamamıştır. Yaşlı bireyler, ekonomiyi sürükleyen unsurlar ve değişen aile yapısı arasında sıkışıp kalmışlardır. Yoksulluk ve dışlanma önemli tehditler olarak ortaya çıkmıştır. Yaşlı bireylerin sürece duyarlılıkları, artan hastalık ve engellilik yükleri ile belirginleşmiştir. Ancak, gelişmekte olan ülkelerde, yaşlılarda sağlık eşitsizliklerinin ne durumda olduğuna dair çalışmalar oldukça azdır. Ülkemizde de yaşlılarda sağlık eşitsizliklerini değerlendirmeye yönelik araştırmalar oldukça yetersizdir. Gelişmiş ülkelerde yürütülen çalışmalar yaşamın farklı dönemlerinde sağlıktaki eşitsizliklerinin değişim gösterdiğini bildirmektedir. Sağlık eşitsizliklerinin orta yaş gruplarında en şiddetli olduğu ve yaş ilerledikçe bu eşitsizliklerin şiddetinin azaldığı bildirilmektedir. Ancak; azalmanın olmadığını, eşitsizliklerin devam ettiği hatta ileri yaşla birlikte daha da şiddetlendiğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.

Toplumda genç ve yaşlı bireylerdeki sağlık eşitsizliği paternlerinin anlaşılması ve yaşamın farklı evrelerinin bu bağlamda incelenmesi önemlidir. Bu incelemeler, toplumda yaşla birlikte, sağlık eşitsizliklerini artıran veya azaltan dinamikleri anlamak için önemli ipuçları sunar. Böylelikle artan veya azalan eşitsizliklere bakarak sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri yanı sıra sosyal ve kültürel unsurlara, yaşlı sağlığı ve eşitsizlikler açısından eleştirel bakabilmek mümkün olacaktır. Bu çalışma; 2002 Dünya Sağlık Araştırmasının Türkiye verileri üzerinden ≤50 yaş ve >50 yaş nüfusu sağlık eşitsizlikleri açısından karşılaştırmayı hedeflemiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada; DSÖ tarafından 2002 yılında yürütülen Dünya Sağlık Araştırmasının Türkiye verileri kullanılmıştır. Verileri kullanmak ve bu araştırmayı gerçekleştirmek için DSÖ'nün resmi izni alınmıştır. Araştırma kapsamında Türkiye verilerinin hane anketi ve birey anketine yönelik veri tabanı birleştirilerek kullanılmıştır. 20 yaş üzerindeki 10791 erişkin, Algılanan Sağlık Durumu(ASD) ve oluşturulan Engellilik Skoru(ES) üzerinden araştırma kapsamında analiz edilmiştir. ASD için kötü/çok kötü ve orta/iyi/çok iyi yanıtları birleştirilerek dikotom bir değişken oluşturulmuştur. Engellilik skoru; son 30 günde beş alandaki (mobilité, özbakım, bireylerarası aktivite, görme, bilişsel) engellilik durumunu sorgulayan on sorunun yanıtlarından (her bir soruda birden beşe kadar puanlama; 1:yok, 5: aşırı düzeyde) üretilmiş ve 20 puan kesme noktası olarak alınmıştır.

Eğitim düzeyi için yıllar olarak veritabanında yer alan değişken 0-4, 5-7, 8+ olarak kategorik değişkene dönüştürülmüştür. Refah değişkeni için hanede sahip olunan mallar skorlanmış ve refah skoru oluşturulmuştur. Puanlar; 8-11 (en yüksek), 6-7 (yüksek), 5 (orta), 4 (düşük) ve 0-3 (en düşük) refah düzeyleri olarak gruplanmıştır. Coğrafi bölgeleme için DSÖ veritabanında yer alan beşli sınıflama kullanılmıştır: Batı, Akdeniz, Orta, Karadeniz, Doğu.

Multilevel lojistik regresyon ile AS ve ES değişkenlerinin kır/kent, bölge, eğitim düzeyi ve refah durumu açısından farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. İlk model için sadece yaş, ikinci model için tüm değişkenler kontrol edilmiştir. Yüksek sosyoekonomik durumlar, Batı ve kent referans kategori olarak alınıp, regresyon katsayıları ve onların standart hataları odds oranlarını hesaplamakta kullanılmıştır. Analizler ≤50 ve >50 yaş ve her iki cinsiyet için ayrı ayrı yürütülmüştür.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Türkiye’de algılanan sağlık ve engellilik durumları üzerinden yapılan değerlendirmede, hem 50 yaş altı hem de 50 yaş üzeri nüfusta eğitim ve refah grupları arasında eşitsizlikler saptanmıştır. Bu eşitsizliklerin yaş gruplarında farklı paternler gösterdiği görülmüştür.

Algılanan sağlık: 50 yaşın altındaki nüfusta, düşük refah (Erkek;OR:7,46 GA:3,24-17,79, Kadın; OR:4,06 GA: 2,65-6,22) ve düşük eğitim (Erkek; OR:2,29 GA:1,20-4,40, Kadın; OR:2,63 GA:1,79-3,87) gruplarında algılanan sağlık, daha sıklıkla kötüdür. Refah düzeyinin etkisi eğitime göre daha belirgin olup, bölge veya kıy/kent eşitsizliği saptanmamıştır. Daha yaşlı grupta da eşitsizlikler devam etmekte, hatta derinleşmektedir. Bu yaş grubunda, eğitim düzeyi, sağlık eşitsizlikleri açısından daha öne çıkan değişkendir. Her iki cinsiyette de eğitimin (Erkek; OR:5,04 GA:2,41-10,52, Kadın; OR:3,52 GA:1,77-6,99) algılanan sağlık üzerindeki etkisi refahın(Erkek; OR:1,99 GA:1,04-3,82, Kadın; OR:2,09 GA:1,22-3,56) etkisinden görece daha fazla olmaktadır. Bölgesel farklılıklar, yaşlanan kadın için Doğu (OR:2,06), Karadeniz(OR:1,53) ve Orta Anadolu(OR:1,69) bölgelerinde ortaya çıkmakta, bu fark diğer sosyoekonomik değişkenler kontrol altına alındığında da devam etmektedir.

Engellilik: Her iki yaş grubunda da engellilik durumu sosyoekonomik eşitsizlikler barındırmaktadır. Daha genç yaş grubunda, algılanan sağlık durumunda öne çıkan değişken olan refah düzeyi (Erkek; OR:1,88 GA:1,03-3,45, Kadın; OR:1,95 GA:1,39-2,73) engellilikte yerini eğitim düzeyine (Erkek; OR:4,38 GA:2,39-8,03, Kadın; OR:3,643 GA:2,66-4,99) bırakmaktadır. Daha yaşlı grupta hem refah düzeyi hem de eğitim düzeyi eşitsizleştirici etkilerini korumaktadır. Algılanan sağlık durumundaki saptamalara benzer şekilde yine eğitim düzeyi (Erkek; OR:3,52 GA:2,29-5,40, Kadın; OR:6,93 GA:4,31-11,15) öne çıkan değişkendir. Kadınlar için Doğu’da, Karadeniz’de ve Orta Anadolu bölgelerinde engellilik açısından artmış bir risk görünmekle birlikte bu durum diğer değişkenler modele eklendiğinde ortadan kalkmaktadır. Kent/kıy farkı da bulunmamaktadır.

Tartışma: Bu çalışma; Türkiye’de 50 yaş altı ve 50 yaş üzeri nüfusta, sağlık durumu ve engellilik durumunun eşitsizlikler barındırdığını, eşitsizliklerin iki yaş grubunda farklı paternler izlediğini göstermiştir. Gençlerde, algılanan sağlığta; refah düzeyi, engellilik durumunda ise eğitim düzeyi eşitsizliğin yakıtı olurken, yaşlı nüfusun öne çıkan değişkeni eğitim düzeyi olmaktadır. Refah düzeyi de sağlık eşitsizlikleri açısından ikinci sıradaki eşitsizleştiricidir. Yaşlı nüfusun sağlık düzeyinde, özellikle eğitimden kaynaklanan eşitsizlikler derinleşmektedir. Düşük eğitim ve kötü refah durumu eşitsizlikleri artıran en önemli unsurlar olup, eğitim düzeyi kötü olan yaşlılar en kötü durumdakilerdir. Yaşlı kadınlarda, tabloya bölgesel farklılıklar da eklenmektedir.

Türkiye’nin 2050 yılı itibarıyla yaşlı nüfus oranının %19 olacağı ve 16 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı bireylerin fiziksel, sosyal ve ekonomik anlamda zorlaşan hayatlarının daha tolere edilebilir olması, toplum içindeki destek mekanizmalarına bağlıdır. Sosyoekonomik kalkınma sürecinde gelişmiş ülkelerde yaşlı bakımı konusunda ailenin azalan rolü, kamunun sağladığı sosyal destek imkanları ile giderilmeye çalışılmıştır. Sağlık hizmetleri ve sosyal örgütlenmeler yaşlı sağlığını destekler biçimde güçlendirilmiştir. Ancak gelişmekte olan ülkelerde kalkınma süreci aileyi değişime zorlamış ama yerine konacak destek mekanizmalarını aynı ölçüde güçlendirmemiştir. Türkiye özelinde de kentleşme ve göç aile kompozisyonunda önemli değişikliklere neden olmuştur. Yaşlıların sağlıklarının bozulduğu veya ihtiyaç içinde olduğu günlerini, çocukları yanında geçirebileceğine dair bir yaşam ve ev organizasyonu giderek daha da azalmaktadır. Araştırma sonuçları bu imkansızlıkların yaşlanma ile daha da derinleşen sağlık eşitsizliklerini beraberinde getirdiğini göstermektedir. Düşük refah düzeyine sahip ve eğitimsiz yaşlılar, daha sağlıksız ve engelliliği daha fazla olan bir hayata doğru ilerlemekte, geçmişteki eşitsizliklerin daha da derinleştiği görülmektedir.

Sonuç: Türkiye’de aile bağlarının yaşlı bireyi yaşlanmanın dezavantajlarından koruduğuna inanılmaktadır. Ancak araştırma sonuçları, yaşlıların sağlık durumlarının eşitsizliklerden payını aldığını ve eşitsizliklerin derinleşerek devam ettiğini göstermektedir. Bu durum, sağlık eşitsizliklerini gidermek açısından, aile yanı sıra sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin de yetersiz kaldığına işaret etmektedir. Ailenin değişen yapısını göz önüne alan ve yaşlıların sağlık, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarını destekleyen bir sağlık sistemine ve sosyal güvenlik politikalarına ihtiyaç mutlaktır.

Anahtar sözcükler: yaşlanma, sağlık eşitsizlikleri, engellilik, algılanan sağlık

Kaynaklar:

1. DPT (2007) Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylempla.pdf

2.S.Bandırma (2006)Türkiye’deki yaşlıların yaşam biçimi örüntülerinin belirleyicileri üzerine çok değişkenli analiz(Multivariate Analysis on the Determinants of Living Arrangement Patterns of Older People in Turkey.) yayınlanmamış Master Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü

3. A. Barientos, M. Gorman, A. Heslop (2003) Old Age Poverty in Developing Countries: Contributions and Dependence in Later Life, World Development Vol. 31, No. 3, pp. 555–570

4. Asfar, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W (2007) Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. BMC Public Health 2007:9

5. M. Gorman, A. Heslop (2002) Chronic Poverty and Older People in the Developing World HelpAge International, CPRC Working Paper No 10

http://www.chronicpoverty.org/uploads/publication_files/WP10_Heslop_Gorman.pdf

7-Sağlık Eğitimi

240

ADAY DOKTORLARIN EĞİTİMLERİNİN SON YILI ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELERİ VE DEĞERLER: SEKİZ YILLIK KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

İlker Belek, İsmail Erdem Erkoyun

Akdeniz Üniv.Tıp Fak.Halk Sağlığı A.D.

Giriş:Türkiye’de altı yıl tıp fakültesi eğitimini tamamlayanlar pratisyen hekim olarak çalışma hakkını elde etmekte, sağlık bakanlığı tarafından mecburi hizmete tabii tutularak aile veya toplum sağlığı merkezlerinde, acil servislerde, ambulanslarda ve hekimin çalışmasını gerektirecek birçok konumda (ana-çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar hizmetleri vb.) hekimlik hizmeti vermektedirler. Çok farklı olabilecek kurumlarda hizmet verecek olmaları, eğitimlerinin de bu kurumlarda hizmet vermeye uygun olması gerekliliğini doğurmaktadır. Kirkpatrick’e göre tıp eğitimi reaksiyon, öğrenme, transfer, sonuçlar olmak üzere dört düzeyde değerlendirilir. İkinci düzey olan öğrenmenin değerlendirilmesi, programın öğrenende oluşturduğu bilgi, beceri, davranış ve tutum değişikliklerinin ön test, son test veya diğer değerlendirme yöntemleriyle değerlendirilmesidir. değerlendirilir. Programın katkılarını belirlemek amacıyla programın uygulanmasını takiben öğrenci veya mezunların görüşlerinin alınması da bu düzey değerlendirmeye girer.

Bu çalışma 2004-2011 yıllarında, bir tıp fakültesinde, altıncı sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin bazı demografik değişkenlerinin, eğitimini aldıkları bazı becerileri uygulama yeterliliklerinin ve bazı etik değerlerinin yıllar içindeki değişimini, mezun olmalarına iki hafta kala değerlendirmeyi amaçlayan, kesitsel bir çalışmadır.

Gereç-Yöntem:Çalışmada tüm araştırma evrenine ulaşılması hedeflenmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin mezun oldukları yıl, cinsiyetleri, doğum yerleri, babalarının eğitim durumu, babalarının çalışma durumu demografik ve sosyoekonomik değişkenler olarak alınmıştır. Babalarının eğitim durumu üniversite ve üzeri, lise ve altı olarak gruplanmıştır. Babalarının çalışma durumuysa bir kamu veya özel kurumda ya da bir başkasının yanında maaşlı veya ücretli çalışan ve yanında çalışmanı olarak veya olmayarak kendi hesabına çalışan olarak gruplanmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinin eğitimlerine yönelik becerileri elektrokardiografi (EKG) değerlendirme, ileri yaşam desteği uygulayabilme, göz dibi değerlendirme ve miyokart enfarktüsüne müdahale edebilme yeterliliklerini kendilerinin değerlendirilmesi istenmiştir. Sonuçlar yeterli ve yetersiz olarak gruplanmıştır. 2005 yılında mezun olan öğrencilere EKG değerlendirme becerisiyle ilgili soru yöneltilmemiştir. 2005 ve 2006 yıllarında öğrencilere miyokart enfarktüsüne müdahale yeterliliklerine yönelik soru yöneltilmemiştir.

Altı yıllık eğitimleri sonucunda hekimlik mesleğine bakışlarının hangi yönde değiştiği sorulmuş, sonuçlar “olumlu yönde değişti” ve “olumsuz yönde değişti” olarak gruplanmıştır. Öğrencilere aldıkları eğitim ve toplumsal koşulları göz önüne aldıklarına, meslek yaşantılarıyla ilgili beklentilerinin gerçekleşme umudu sorulmuş, sonuçlar umutlu ve umutsuz olarak gruplanmıştır. Sık rastlanan hastalıkların tanı ve tedavisinde ne kadar yeterli oldukları sorulmuş, yeterli ve yetersiz olarak gruplanmıştır. Sık rastlanan hastalıklarla ilgili soru 2004, 2005 ve 2008 yıllarında sorulmamıştır.

Öğrencilere ayrıca, “Hükümetler adil topladıkları vergilerle sağlık hizmetlerini toplumun/vatandaşın bütün sağlık hizmetlerini karşılamalıdır.” ve “Hekimle hasta arasında para ilişkisi olmamalıdır.” önermelerine katılıp katılmadıkları sorulmuştur.

İstatistik analiz PASW istatistik programı 18. sürümünde yapılmış olup, katılımcılarda değişkenlerin dağılımındaki değişiklik için trend kıkare testi kullanılmış, α yanılma düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

Bulgular:Çalışmamıza 2004 yılından 2011 yılına kadar 710 öğrenci katılmıştır. Katılımcıların 310’u kadındır (%43,7). Bu dönemde fakülte 935 öğrenci mezun etmiştir ve katılım %76’dır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları yıllar içinde anlamlı farklılık göstermemiştir. 283’ü köy veya ilçe (%40,5) doğumludur ve il ile köy veya ilçe doğumluların dağılımında yıllar içinde anlamlı değişiklik izlenmemiştir. Babası lise ve altı eğitim almış olanlar 390 (%55,2). Öğrencilerin babalarının eğitim durumuna göre dağılımlarında yıllar içinde anlamlı bir değişiklik izlenmemiştir. 393 (%55,7) öğrencinin babası maaşlı veya ücretli olarak bir başkasının yanında, kamu sektörü veya özel sektörde çalışmaktadır. İstatiksel analizde, katılımcıların babalarının çalışma durumuna göre anlamlı fark saptanmıştır (trend kıkare: $p<0,05$). 2009 yılında mezun olacak katılımcıların babalarının içinde kendi hesabına çalışanların oranı %26,1’le en düşük düzeydedir.

EKG değerlendirmede kendini yeterli bulan öğrenci sayısı 252’dir (%40,9). EKG değerlendirme algıları yıllar içinde anlamlı değişiklik göstermiştir (trend kıkare, $p<0,05$). 2009 yılında katılımcıların %60,7’si, 2010 yılında

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

%52,2'si kendisini EKG değerlendirmede yeterli görmektedir.

Kardiyopulmoner resüsitasyonda 424 kişiye yetersiz bulunmaktadır (%60,5). Katılımcıların algılarının yıllar içindeki dağılımı anlamlıdır (trend kıkare: $p=0,046$). 2007 yılında kardiyopulmoner resüsitasyon konusunda %8,8 katılımcı kendini yeterli bulmuştur.

Katılımcıların 81'i (%11,7) kendini göz dibi değerlendirmede yeterli bulmaktadır. Katılımcıların göz dibi değerlendirme yeterlilik algısı yıllar içinde değişmiştir (trend kıkare: $p=0,016$). En düşük algı düzeyi 2011 yılı katılımcılarında izlenmiş olup %6'dır.

Miyokart enfartüsüne müdahalede kendini yeterli görenler 162 kişidir (%30,2). Öğrencilerin yeterlilik algısı yıllar içinde değişim göstermemiştir.

Öğrencilerin 410'unun (%66,5) hekimlik mesleğine bakışları fakülte'deki eğitim süreci sonunda olumsuz yönde değişmiştir. Katılımcıların görüşlerinin yıllar içindeki dağılımı değişmemiştir.

Öğrencilerin aldıkları eğitimi ve toplumsal koşulları göz önüne aldıklarında 339'u (%48,1) meslek yaşantılarıyla ilgili beklentilerinden umutsuzdur. Öğrencilerin meslek yaşantılarına ilişkin umutları yıllar içinde değişim göstermiştir (trend kıkare: $p=0,036$). Umutsuz olduğunu ifade edenlerin en yüksek olduğu yıl %58,3'le 2011'dir. Katılımcıların 80'i (%18,6) kendisini sık rastlanan hastalıkların tedavisi konusunda yeterli görmektedir. Sık rastlanan hastalıklarda yeterliliğin yıllar içindeki dağılımında anlamlı farklılık vardır (trend kıkare: $p=0,04$). 2007 yılındaki katılımcıların %7,3'ü kendisini yeterli görmektedir ve en düşük yeterlilik oranına bu yılda rastlanmıştır. "Hükümetler, adil olarak topladıkları vergilerle, toplumun/vatandaşın ihtiyacı olan bütün sağlık hizmetlerini karşılamalıdır." önermesine katılan öğrenciler 521 (%83,9) kişidir. Söz konusu önermeye hakkında yıllar içinde anlamlı değişime rastlanmamıştır.

Katılımcıların 442'si (%72,2) hekimle hasta arasında para ilişkisi olmaması gerektiğine katılmaktadır. Önermeye katılıp katılmama konusunda yıllar içinde anlamlı değişim izlenmiştir (trend kıkare: $p=0,006$). Söz konusu önermeye katılma oranı en yüksek 2011 yılında %90,5 olmuştur.

Tartışma:Çalışmamıza katılan aday doktorların cinsiyetleri, babalarının eğitim durumu ve doğum yerlerine göre dağılımları arasında farklılık izlenmemiştir. Öğrencilerin çoğunun babasının maaşlı veya ücretli olarak, kamu veya özel sektörde bir başkasının yanında çalışıyor olması, öğrencilerin kendilerinin de bir iş kurup yürütme imkanı olmadığını yansıtıyor olabilir. Tıp fakültesi mezunları mesleklerinin başında mecburi hizmete tabii olduklarından babalarıyla aynı statüde çalışmaya devam edeceklerdir.

Öğrencilerin kardiyopulmoner resüsitasyon, göz dibi değerlendirmeleri, miyokart enfartüsüne müdahale edebilme yeterlilikleri acil durumlara başa çıkabilme becerisi olarak ele alabiliriz. Clack, King's College'den mezuniyetinin üzerinden en az iki yıl geçmiş hekimlere tıp fakültesinde aldıkları eğitimin acil durumlara başa çıkabilmede ne derece yeterli olduğunu sormuş, hekimlerin %57,3'ü aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu ifade etmiştir (Clack, 1994).

Çalışmamızda katılımcıların ancak %18,6'sı kendisini sık rastlanan hastalıkların tanı ve tedavisinde yeterli görmektedir. Jalili ve ark'ın 2007 yılında Tahran üniversitesi Tıbbi Bilimler Üniversitesi Tıp Okulu'ndan mezun olmakta olan öğrencilerde yaptığı çalışmada, bir genel pratisyen olarak temel tıbbi beceri ve uygulamalara ne kadar ulaştıkları sorulmuş, katılımcıların %27'si katıldığını ifade etmiştir (Jalili, 2008). Hem bizim çalışmamızda hem Jalili'nin çalışmasında oranların düşük olduğu görülmektedir. Bu hayata yeni atılmakta olan öğrencilerin genel kaygısından kaynaklanıyor olabilir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin sık rastlanan hastalıkların tanı ve tedavisi konusunda yetersiz olup olmadıklarına ve bunun toplum sağlığına etki edip etmediğine yönelik ampirik çalışma yapmak güçtür.

Türkiye'de aday doktorlar, mezun olmalarını takiben mecburi hizmete tabii tutulmaktadır. Herhangi bir kayı olmadan mezun olanlar mezuniyetlerinden üç ay sonra Tıpta Uzmanlık Sınavı'na girmektedirler. Hem mecburi hizmet hem de uzmanlık sınavının getirdiği belirsizlik ve henüz bir hastanın kliniği yönetme sorumluluğunu almamış olmak, onları güvensizliğe iterek kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olabilir. Ancak yeterli bir eğitimin, bilgisinden kuşkusu olmayan, kendine güvenen hekimler yetiştirmesi beklenir. Her ne kadar öğrenciler gelecekte için kaygılarının yüksek olduğu bir dönemde çalışmamıza katılmış olsalar da, kendilerine daha fazla güvenmelerini sağlayacak bir eğitim yürütmek mümkün ve gereklidir.

Çalışmamızda aday doktorların büyük bir bölümü (%83,9) hükümetlerin topladıkları vergilerle halkın sağlık gereksinimlerini karşılaması gerektiğine inanmaktadır. McCormick ve ark'sa, Amerika Birleşik Devletleri'nde, Amerikan Tabipleri Birliği'nden seçtikleri bir örneklemede hekimler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, "Tüm Amerikanlar ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine, ödeyebilme kapasitelerine bakılmaksızın ulaşmalıdır."

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

önermesine hekimlerin %63,3'ü "kesinlikle katılıyorum", %25,6'sı "bir miktar katılıyorum" yanıtını vermiştir. Aday doktorların birkaç ay içinde hekim olacağı düşünüldüğünde bizim verimiz McCormick'in verisiyle aynı yöndedir. Hekimlerin herkesin sağlık hakkına saygısı yüksek düzeydedir.

Aday doktorların %72,2'si hekimle hasta arasında para ilişkisi olmaması gerektiği önermesine katılmaktadır. Hekimle hasta arasında para ilişkisi yasal veya yasa dışı yollardan olabilir. Dünyada yasa dışı yollardan hekime para ödenmesi sıklığı Peru'da %3'ten, Pakistan'da %95'e kadar değişmekte (Lewis, 2007), Türkiye'de ise Tatar ve ark'ın çalışmasında 2002 yılında cepten ödemenin %22'sinin yasa dışı olduğu bulunmuştur (Tatar, 2007). Bir ilke olarak hekimlerin çoğunun hastalarla para ilişkisi içinde olmaması gerektiğine inanmaları, hekimlik mesleğinin etiği açısından değerlidir. Hekimle hasta arasında para ilişkisi olmaması gerektiğine inanan hekim sayısı 2011 yılında en yüksek çıkmıştır. Bu da hekimlerin hasta hekim arasındaki parasal ilişkiye daha fazla duyarlılık gösterdiklerini göstermektedir.

Clack GB. (1994) Medical graduates evaluate the effectiveness of their education, *Medical Education*, 28

Jalili M, Mirzazadeh A, Azarpira A (2008) A Survey of Medical Students' Perceptions of the Quality of their Medical Education upon Graduation, *Annals Academy of Medicine, Singapore* 37:1012-8

Lewis M. (2007), Informal Payments And The Financing Of Health Care In Developing And Transition Countries, *Health Affairs*, 26, no.4

McCormick D, Woolhandler S, Bose-Kolanu A, Germann A, Bor DH, Himmelstein DU. (2009) U.S. Physicians' Views on Financing Options to Expand Health

Insurance Coverage: A National Survey, *Journa of General Internal Medicine*, Volume 24, Number 4

Tatar M, Özgen H, Sahin B, Belli P, Berman P. (2007) Informal Payments In The Health Sector: A Case Study From Turkey, *Health Affairs*, 26, no.4

Sonuç: Sekiz yıldır bir üniversitenin tıp fakültesi öğrencilerinin bazı demografik verilerinin, kendi algılarına göre tıbbi becerilerin ve değerlerinin değerlendirildiği bu çalışma, yıllar içindeki değişimleri yansıtması açısından değerli veriler sağlamaktadır. Katılımcıların babalarının çalışma durumları dışında kalan cinsiyet, doğum yeri ve babalarının eğitim durumuna ilişkin değişkenlerin dağılımı yıllar içinde değişmemiştir.

Çalışmamıza göre hekimler bazı acil durumlarda ve sık rastlanan hastalıkların tanı ve tedavisinde kendilerini yeterli görmemektedir. Hekimler meslek yaşantılarından umutsuzdur ve eğitim süreleri boyunca hekimlik mesleğine bakışları olumsuz yönde değişmiştir. Hekimlerin meslek etiğine ilişkin değerlerinin zaman içinde ya aynı kalmış ya artmış olması, hekimlik mesleğine başlamakta olan aday doktorların meslek etiğine saygısını gösterir. Etik değerleri güçlü olan bu grubun, meslek yaşantısına güvenle başlayabilmesine yönelik eğitim planlamak gerekmektedir.

524

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 4. 5. VE 6. ÖĞRENCİLERİNİN TIPTA UZMANLIK SINAVI HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ, 2012

Ercan Özyıldırım, Aysun Aras, Sinan Yılmaz, Elif Okşan Çalikoğlu, Asuman Güraksın

Atatürk Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından gerçekleştirilen Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS), bilişsel bilgiyi çoktan seçmeli sorularla ölçmeye yönelik bir sınavdır. Yılda iki kez yapılmaktadır. Bu sınavda

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

her dönem yaklaşık 12-13 bin hekim sınava girmektedir (1). Her sınav döneminde 2-4 bin kadro açılmaktadır. Bir yarışma sınavı olması nedeniyle mezuniyet öncesi tıp eğitimi olumsuz etkilemekte ve ölçme-değerlendirmeyi bilişsel bilginin bir defada ve çoktan seçmeli sınav sınırlılıkları ile ölçülmesine indirmektedir (1). TUS doktorların hayatlarının dönüm noktalarından biridir. TUS, Tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim süreleri boyunca ve mezun olduktan sonra hep gündemlerinde bulunmaktadır. TUS'a hazırlık eskisine göre değişmiş olup ilk yıllardan itibaren öğrenciler sınava hazırlık yapmaktadırlar. Verilen tıp eğitimi öğrenciler tarafından yeterli görülmemekte, büyük paralar ödenerek dershanelere gidilmektedir. TUS'a hazırlanan öğrencilerin bu sınavla ilgili algı ve değerlendirmeleri hakkında az sayıda literatür bulunmaktadır. Türk Tabipleri Birliği mezuniyet öncesi tıp eğitimi raporunda, pratisyen hekimliğe verilen değer, mesleki itibar ve maddi sorunlar nedeniyle hekimlerin, TUS'u hedefledikleri dalda uzmanlaşma olanağı sağlayacak bir aşama olarak değil, mutlaka kazanılması gereken, kendilerini ispatlamak için savaşıacakları bir alan olarak görmeye başladıkları belirtilmektedir (2). Sağlık sisteminde ve ülke koşullarındaki değişimler öğrencilerin uzmanlık alan tercihlerini etkilemektedir.

Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) 2011-2012 öğretim yılı dönem 4. 5. Ve 6. Öğrencilerinin TUS hakkındaki düşüncelerinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırmanın evrenini Mart-Haziran 2012 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden dönem 4. 5. ve 6. Öğrencileri (182+140+156=478) oluşturdu. Örnek büyüklüğü TUS'un iyi bir ölçüm aracı olduğunu düşünenlerin oranının % 50 ve örneklem hatası % 5 alınarak 213 olarak hesaplanmıştır. Örneklem alınacak öğrenciler (80+64+71: 215) (%45) tabakalı yöntemle rastgele olarak seçilmiştir.

Araştırmanın verileri gözlem altında uygulanan anket yöntemiyle toplanmıştır. Anket sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorular ve TUS'la ilgili sorulardan oluşmaktadır. Araştırma için resmi izinle birlikte katılımcıların gönüllü olması esas alınmıştır. Verilerin analizi SPSS bilgisayar programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov Smirnov testiyle analiz edilmiştir. Hipotezlerin test edilmesinde Ki kare testi, Fisher's Exact testi, Kruskal Wallis kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların 134'ünü (%62) erkekler, 81'ini ise (%38) kadınlar oluşturdu. Araştırmaya katılan dönem 4. 5. ve 6 öğrencilerinin yaş ortalamaları sırasıyla 22.9±1.5; 23.2±1.7; 24.6±1.5 idi. Evde kalanlar % 88'ini (189) oluşturuyordu. Tıp Fakültesini kendi isteği ile tercih edenlerin yüzdeleri sırasıyla % 70 - 63 - 60, bazen ya da genellikle ekonomik sıkıntı yaşadığını belirtenlerin oranı sırasıyla % 69 - 59 - 73, aldıkları eğitimin TUS için yeterli olmadığını düşünenlerin oranı sırasıyla % 75 - 84 - 90, uzman olmayı düşünenler ise sırasıyla % 98 - 97 - 92 idi. Dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Dönem 4 öğrencilerinin uzmanlık tercihleri sırasıyla pediatri (%15), dâhiliye (%9) ve kulak burun boğaz (kbb) (%9), dönem 5'in tercihi kbb (%17), dermatoloji (%13) ve psikiyatri (%10), dönem 6'nın tercihi ise üroloji (%11), radyoloji (%10) ve göz hastalıkları (%9) idi. Dönem 4 öğrencilerinin %45'i, dönem 5'in %42'si ve dönem 6'nın %58'i TUS öncesi İngilizce sınavının gerekli olmadığını düşünüyordu. İngilizce sınavının gerekli olup olmadığı hakkında dönemler arası fark anlamlı değildi. TUS'a çalışanların oranı sırasıyla % 37 - 84 - 81 idi. Sınıflar arasında lineer artış gösteren anlamlı bir fark vardı. TUS'a çalışırken dersane notlarını kullanan öğrencilerin oranı dönemlere göre % 47 - 86 - 73, kaynak kitapları ise % 4 - 3 - 12 olup dönemler arası dersane notları ya da kaynak kitap kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yokken tüm dönemlerde, dönem içi dersane notu kullanımı ile kaynak kitap kullanma açısından anlamlı fark vardı. TUS'a zor ya da çok zor diyenlerin oranı % 89 - 81 - 80 olup fark anlamsızdı. Dönem 4 ve 5'in % 54'ü, dönem 6'nın ise % 65'i TUS'a çalışmaya 5.sınıfta başlanması gerektiğini düşünüyor olup bunlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. TUS sorularının içeriğinin 1.basamak ağırlıklı olmasını düşünenlerin oranı dönemlere göre sırasıyla % 33 - 27 - 33 olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı. Dönem 4 öğrencilerinin %44'ü, dönem 5'in %36'sı ve dönem 6'nın %42'si TUS'un bilgi düzeyini doğru ölçeceğini düşünmüyor olup dönemler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Dershaneye gitmenin gerekli olduğunu düşünenler (dönemlere göre sırasıyla % 60 - 80 - 66) arası fark istatistiksel olarak önemli iken halen dershaneye gidenler (% 63 - 83 - 70) arasında istatistiksel fark yoktu. Son 1 ayda günlük ders çalışma ortalamaları sırasıyla 1.2±1.1 - 2±1.4 - 3.2±2.2 saat olup dönem arttıkça TUS'a çalışma saatleri istatistiksel olarak anlamlı artmakta idi. Hiçbir zaman ekonomik sıkıntı yaşamadığını belirtenlerin dershaneye gitme oranı %84, bazen ya da genellikle ekonomik sıkıntı yaşadığını belirtenlerin dershaneye gitme oranı %67 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Öğrenciler arasında uzman olmayı düşünen öğrenciler,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

dershaneye gitmenin gerekli olduğunu düşünenler ve halen dershaneye gidenler diğerlerine göre daha fazla oranda TUS'a çalışmakta olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Halen dershaneye giden öğrenciler gitmeyenlere göre uzman olmayı anlamlı olarak daha yüksek oranda düşündüklerini ifade etmekte idiler.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Bu çalışma bölgemizde TUS'la ilgili olarak yapılan ilk çalışmadır. Aynı zamanda yurt genelinde de bu alanda çalışma sınırlı sayıdadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin tıp fakültesini seçmede kendi tercihlerinin etkili olması 2007 yılında Canbaz ve arkadaşlarının 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinde yaptığı çalışmadaki sonuçla benzer (3), 2008 yılında Yıldız ve arkadaşlarının Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinde yaptığı çalışmadakinden (% 46) daha yüksekti (4). Bu durum değişen ülke ve toplum yapısına bağlı olarak aile ve çevrelerinin öğrenciler üzerinde daha az etkili olmasıyla açıklanabileceği gibi bölgesel kültürel farklılıklarla da açıklanabilir. Araştırmamıza katılan öğrenciler yüksek oranda uzman olmayı istiyor olup bu oran Yıldız ve ark.den (%82) yüksekti (4). Öğrenciler bu durumun sebeplerini toplumun pratisyene bakış açısı, kariyer, toplumsal statü, bir dalda uzmanlaşmak ve maddi kazancı olarak belirttiler.

Çalışmamızda dönem 6 öğrencileri küçük cerrahi bilimleri tercih edeceklerini belirttiler. Yıldız ve ark.nın çalışmasında ise dönem 6 öğrencileri dahili büyük bölümleri tercih etmişlerdi (4). Bu bulgulara dayanarak öğrencilerin büyük cerrahi bilimleri tercih etmekten kaçınmalarının sebebi stajlarda maruz kaldıkları sıkı disiplin ve usta-çırak ilişkisinin katılığı, zorluk, rahat olmaması, malpraktis davaları ve son zamanlarda daha az riskli bölümlerin tercih edilme eğiliminden kaynaklanabilir. Bizim çalışmamıza katılan öğrencilerin küçük cerrahi bilimleri tercih etmek istemelerinin nedeni taşrada asistan sayılarının azlığı ve iş yükünün ağırlığı olabilir.

Öğrencilerin yarıya yakını TUS öncesi İngilizce baraj sınavını gereksiz buluyordu. Bunun sebebi TUS'a çalışmaya İngilizce'nin engel olması olabilir.

Dönem 4 öğrencilerinin yarıya yakını dönem 5. ve 6. nın tama yakını TUS'a çalıştıklarını belirttiler. Sınav yaklaştıkça TUS'a çalışan oranının artması doğal karşılanmaktadır.

Çalışmamızda öğrencilerin yarıya yakını TUS'un bilgi düzeylerini doğru ölçemeyeceğini belirtirken bu oran Çiçek ve ark.nın çalışmasındaki orandan (% 67) düşüktü(1). Bu durum TUS'ta çıkan ayrıntı sorular ve bazen iptal edilen yanlış sorulardan kaynaklanabilir.

Tıp fakültelerinin amacı pratisyen hekim yetiştirmekken, öğrencilerin ancak üçte biri TUS sorularının 1.basamak ağırlıklı olması gerektiğini belirtmişlerdi. Bu durum öğrencilerin TUS'un içeriğini benimseyip ona yönelik hazırlanmalarından kaynaklanabilir.

TUS'a zor ya da çok zor diyenlerin oranının yüksek olmasının nedeni TUS'ta zaman zaman ayrıntı ve çok gerekli olmayan bilgilerin sorgulanması, tıbbın bilgi yükü geniş bir bilim dalı olması ve uzmanlık eğitimi için açılan kadroların sınava girenlerden düşük sayıda olmasıyla açıklanabilir. Bu oran Yıldız ve ark.nın çalışmasındaki sonuçla benzerdi (4).

Öğrencilerin günlük TUS çalışma saat ortalamaları Yıldız ve arkadaşlarının sonuçlarıyla benzerdi. Ancak Yıldız ve arkadaşlarının çalışmasında öğrenciler 7-12 aylık bir çalışma süresini TUS için yeterli görürken bizim çalışmamızda bu süre 2 katına çıkmıştı (4). Bunun nedeni olarak; öğrenciler arası rekabetin artması, soruların daha zor ve ayrıntılı olması ve aradan geçen süreyle açıklanabilir. Bu durum, öğrencilerin TUS nedeniyle daha güçlü bir teorik bilgiye sahip olmak için beceri eğitimlerini ihmal etmelerine sebep olabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin tama yakını TUS'a dersane kitaplarından hazırladıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgu Yıldız ve ark.nın çalışma sonuçları ile benzerdi (4). Öğrencilerin dersane notlarını kaynak kitaplara tercih etmelerinin nedeni, bu kitapların direkt TUS odaklı hazırlanıp özet bilgiler içermesi ve hızlı tekrara imkân tanınmasıyla açıklanabilir.

Öğrencilerin çoğunluğu dershaneye gitmenin gerekli olduğunu düşünüyor ve dershaneye gidiyordu. Bazen ya da sık sık ekonomik darlık yaşayanların bile dershaneye gitme oranı Yıldız ve ark.nın çalışmalarındaki sonucu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

destekler nitelikte çok yüksek idi (4). Bu durumun nedeni okulda verilen eğitimin TUS için yetersiz görülmesi, TUS'un zorluğu, öğrenciler arası rekabet, dershanenin TUS çalışma hissini zinde tutması, bazı dershanelerin ekonomik gücü yeterli olmayan öğrencilere mezuniyet sonrası ödeme kolaylığı sağlaması olabilir.

Sonuç olarak, öğrencilerin tıp fakültelerini seçmelerinde kendi tercihlerinin etkili olduğu, öğrencilerin çoğunun zaman zaman ekonomik darlık yaşadığı, tıp eğitiminin TUS için yeterli olmadığı düşünülüyor, öğrencilerin tama yakınının uzman olmayı düşündüğü, mezuniyet sonrası küçük cerrahi bilimlerde uzmanlaşmak istedikleri, TUS'a çalışmak için ayrılan sürenin zamanla arttığı, kaynak kitapların az okunduğu, öğrencilerin TUS'u zor bir sınav olarak değerlendirdiği ve TUS'a çalışmaya 5. Sınıfta başlanması gerektiği, TUS içeriğinin 2. ve 3. basamak ağırlıklı olmasının gerektiği, TUS'un bilgi düzeylerini doğru ölçemeyeceğinin düşünülüyor, TUS dershanelerine gitme oranının çok yüksek olduğu ve yabancı dil sınavının TUS için gerekli olmadığı düşünülüyor tespit edilmiştir.

Öğrencilerin sağlıklı ve verimli bir eğitim dönemi geçirebilmeleri için maddi kaygıların giderilmesine dönük tedbirler artırılmalıdır. Tıp eğitimi dershaneye ihtiyaç bırakmayacak şekilde güçlendirilmelidir. Mevcut şartlarda 1.basamak hizmetlerin verimliliği artırmak için pratisyen hekimliği özendirilecek tedbirler alınmalıdır. Öğrencilerin TUS'a daha fazla çalışmak amacıyla özellikle beceri eğitimlerini ihmal etmelerinin önlenmesine dönük tedbirlerin alınması ve kaynak kitaplardan daha sık yararlanmalarının teşvik edilmesi önem arz etmektedir. TUS'un içeriği eğitimlerine paralel şekilde düzenlenmeli, TUS dershanelerinin işleyişi, eğitim materyalleri ve programı denetlenmelidir. Tıp eğitiminde yabancı dil eğitimi tüm dönemlere yayılmalı ve güçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tıpta Uzmanlık Sınavı, TUS dershanesi, Tıp öğrencileri, İntern doktor

Kaynaklar:

1. Çiçek C, Terzi C. Tıpta uzmanlık eğitimi (İzmir ölçekli iki araştırma ve karşılaştırmalı sonuçları). Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Birinci Baskı. Ankara, 2006
2. Sayek İ, Kiper N, Odabaşı O. Türk Tabipleri Birliği mezuniyet öncesi tıpeğitimi raporu. Ankara: Mart 2008; 9-56.
3. Canbaz S, Sünter T.A. Aker S. Pekşen Y. Tıp fakültesi öğrencilerinin kaygı düzeyi, Genel Tıp Derg 2007;17(1)
4. Yıldız N.A, Kurt M, Öktem M. Ş ve ark. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem VI öğrencilerinin tıpta uzmanlık sınavı (TUS) hakkındaki görüşleri, Hacettepe Tıp Dergisi, 2008;39:60-67

464

AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ SİGARA KULLANIM DURUMLARI ve YAKLAŞIMLARI

Aysel Şahin, Elif Duman, Mehmet Gündoğdu, Mine Solakoğlu Uçar, Metin Bozkır, İbrahim Demirciler, Erdoğan Taş

Denizli Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Dünyada yaklaşık 1,5 milyar kişinin sigara içtiği tahmin edilmektedir. Günümüzde sigara kullanan bireylerin yarısının bu olumsuz sağlık davranışından kaynaklanan bir sağlık sorunu nedeniyle yaşamlarını kaybettikleri bilinmektedir. Sigara kullanma davranışlarının azaltılmasında özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü Aile Sağlığı Birimlerine önemli görevler düşmektedir. Bu çalışma aile sağlığı elemanlarının sigara kullanım alışkanlıklarını saptamak ve konunun önemini hatırlatmak amacıyla yapıldı.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve Yöntem: Denizli ilinde kronik hastalıkların kontrolü ve önleme amaçlı yürütülmekte olan eylem planları kapsamında Aile Sağlığı Elemanlarına yönelik olarak 15 Şubat- 15 Haziran 2012 tarihleri arasında tütün konulu eğitimler düzenlendi. Eğitimler 9 seansta tamamlanarak 218(%85) sağlık personeline ulaşıldı. Eğitim programında Sağlık Bakanlığının çalışanlarına yönelik yayımladığı anket formundan sorular seçilerek anket uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan yaş ortalaması 35,7±3,9(min-max; 20-47) olup 214 (%98,2)'si kadındır. Katılımcıların meslek yılı ortalamaları 15,2 ±5,0 (min-max,1-27)'dir. Katılımcıların 33 (%15,7) lise, 123 (%56,4) önlisans, 60 (%27,5) lisans, 2 (%0,9) yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların 191(%87,6)'i ebe, 24(%11,0)'ü hemşire, 2(%0,9)'si sağlık memuru, 1(%0,5)'i acil tıp teknisyenidir.

Katılımcıların 71(%32,9)'i sigara içen(hayatında en az 100 adet sigara içmiş veya halen içiyor, yada sigarayı bırakmış, ancak bırakma üzerinden 12 aydan daha kısa bir süre geçmiş olanlar), 31(%14,4)'i sigarayı bırakmış (sigarayı en az 12 ay önce veya daha önce bırakmış olanlar), 114(%52,8)'ü hiç içmemiş(hayatında hiç sigara içmemiş yada 100 adetten az içmiş olanlar) durumdadır. Sağlık çalışanlarının 135(%61,9)'inin ailesinde kendisinden başka sigara kullanan bulunmaktadır. Ailesinde kendisinden başka sigara kullanan sayısı 1kişi olanlar 91(%42,1), 3 ve üzeri olanlar ise 14(%6,5)'dür.

Sigara içen sağlık çalışanlarının 55(%77,5)'i sigara bırakmayı düşünmektedir. Sağlık çalışanlarının sigara içme/içmeme bakımından hastalar ya da toplum için rol model olduğunu 190(%87,2)'i düşünmektedir. Sigara içen hastalara sigarayı bırakmalarını 125(%59,5)'i her hastaya tavsiye etmekte,48(%22,9) hastaların büyük bölümüne tavsiye etmekte, 35(%16,7)'i ise hastanın rahatsızlığını sigara ile ilişkili olduğunu düşünürse tavsiye etmektedir.

Sağlık bakanlığı sigara danışma hattı telefon numarasını 146(%72,3)'sı doğru bilmektedir.

Tartışma,Sonuç ve Öneriler: Ülkemizde sağlık çalışanlarının sigara içme durumları araştırma raporuna göre ebe ve hemşirelerin sigara içme durumları incelendiğinde %32,3' ü hiç içmemiş, %15,4'ü denemiş, düzenli olarak sigara içen ise %29,5'tur. Sigarayı bırakmayı düşünen ebe hemşire%86,7'dir. Çalışmamızı bu sonuçlar desteklemektedir. Sigara içme /içmeme bakımından rol model olduğunu düşünen %59,3'tür. Çalışmamızda bu oran yüksek bulunmuştur (%87,2). Aynı çalışmada ebe ve hemşirelerin sigara içen hastalara sigarayı bırakmalarını 516(%49,3)'i her hastaya tavsiye etmekte, 237(%22,6) hastaların büyük bölümüne tavsiye etmekte, 234(%22,3)'i ise hastanın rahatsızlığını sigara ile ilişkili olduğunu düşünürse tavsiye etmektedir (1). Çalışmamızdaki bulgularla benzerlik göstermektedir.

Ülkemizde sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığı geçmiş yıllara göre azalma eğiliminde olsa da önemli bir sağlık sorunu olarak gündemdedir. İlimiz adına 4207 sayılı yasanın hayata geçirilmesinden yıllar sonra dahi yaklaşık her üç sağlık personelinden birinin sigara kullanıyor olması manidardır. Sağlık profesyonellerinin sigara mücadelesindeki rollerini doğru yapabilmeleri için sigara içme davranışından uzak durabilmeleri çok önemlidir. Sigara içme /içmeme bakımından rol model olduğunu düşünmeyenlerin varlığı ve yarıdan fazlasının sigara içen her hastaya sigarayı bırakmayı tavsiye etmiyor olması üzerinde durulması gereken bir konudur. Bu kapsamda Aile Sağlığı Elemanlarına yönelik, tütün konulu programların uygulanması faydalı bir girişim olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sigara, eğitim, sağlık personeli

- 1- Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler Araştırma Raporu, Ankara, 2007

257

ÖĞRENCİLERİN ORGAN BAĞIŞINA YÖNELİK GÖRÜŞLERİNİN VE YAPILAN EĞİTİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Büşra Altinel, Fatma Süleymanoğlu

Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu

Özet:Araştırma Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilerin organ bağışına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi, organ bağışının öneminin vurgulanması, eğitimle organ bağışını arttırmaya yönelik bilincin oluşturulması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Kastamonu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan toplam 323 öğrenci arasında araştırma için örneklem seçiminde bulunulmamış olup evrenin tamamına ulaşılmaması hedeflenmiş, devamsızlık yapan öğrenciler kapsam dışı bırakılarak araştırma 240 öğrenci ile tamamlanmıştır. Veriler, literatür doğrultusunda hazırlanan soru formu ile toplanmıştır. İlk soru formları doldurulduktan sonra sınıf ortamında organ bağışına yönelik bir eğitim verilmiş ve sonrasında eğitimi değerlendirmek amaçlı soru formları tekrar doldurulmuştur. Verilerin analizinde yüzde, ortalama, ki-kare testleri kullanılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %79.6'sı kız, yaşları 17-28 arasında değişmektedir. Öğrencilerin organ bağışı yapmak isteme durumlarına bakıldığında eğitim öncesi oranın %37,9 olduğu, eğitim sonrası %57,9'a yükseldiği saptanmıştır. Öğrencilerin eğitim öncesi %23,8'i bağışlanabilen organ ve dokuları bilirken; eğitim sonrası bu oranın %75,8'e yükseldiği saptanmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası, organ bağışına yönelik bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$).Organ bağışının arttırılmasında; eğitimin her aşamasında bu konuda bilgilendirme yapılması ve medya aracılığıyla halkı bilinçlendirmeye yönelik programların yapılması önem taşımaktadır. Organ bağışı konusunda araştırmaya katılan öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun kararsız olduğu ve hemşirelik öğrencilerinin organ bağışına yönelik olumlu düşüncelerini uygulamaya geçirmedikleri belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Organ bağışı, eğitim, üniversite öğrencileri

893

ÖĞRETİM ÜYESİ-ÖĞRENCİ GÖZÜYLE CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NİN GÜÇLÜ VE ZAYIF YANLARI İLE FIRSAT VE TEHDİTLERİ

Selma Çetinkaya¹, Hafize Sezer², Semra Özçelik³, Tijen Kaya Temiz⁴

¹Cumhuriyet Üni. Tıp Fak. Tıp Eğitimi AD, ²Cumhuriyet Üni. Tıp Fak. Biyoistatistik, ³Cumhuriyet Üni. Tıp Fak. Parazitoloji AD, ⁴ Cumhuriyet Üni. Tıp Fak. Farmakoloji

Giriş ve Amaç: Üniversitelerin şekillendirilmesi ve yönlendirilmesinde durum analizi yapmak, güçlü yanlar, zayıf yanlar, fırsatlar ve tehditleri saptamak önemlidir (1). Bu nedenle bütün üniversiteler kendi stratejik planlarını yapmakta ve bahsedilen hususları planlarına eklemektedir. Her üniversite de olduğu gibi Cumhuriyet Üniversitesi'nde de stratejik plan yapılmıştır. Tıp Fakültesi olarak da ayrı bir stratejik plan hazırlanmaktadır. Bu çalışma stratejik planın bir basamağı olan Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin öğretim üyesi-öğrenci gözüyle güçlü ve zayıf yanları ile fırsat ve tehditlerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlayıcı nitelikte olup öğretim üyesi anketleri 7-8 Haziran 2012, öğrenci anketleri ise 1-30 Haziran 2012 tarihleri arasında uygulandı. Anketlere yanıt veren öğretim üyesi sayısı 80 (%41.5), öğrenci sayısı 533 (%66.8)'dür. Öğretim üyesi anketi 34 sorudan (9 soru güçlü yanlar, 9 soru zayıf yanlar, 7 soru fırsatlar ve 9 soru tehditler), öğrenci anketi 32 sorudan (9 soru güçlü yanlar, 9 soru zayıf yanlar, 7 soru fırsatlar ve 7 soru tehditler) oluşmuştur. Veriler SPSS 20.0 paket programında değerlendirilmiş ve verilerin yüzdeleri alınmıştır.

Bulgular: Öğretim üyeleri gözüyle fakültenin güçlü yanlarına bakıldığında ilk üç sırayı deneyimli öğretim üyesi kadrosu (%66.0), yöneticilerle iletişim kolaylığı (%61.0) ve idari personelle uyumlu çalışma ortamının varlığı (%59.0) yer aldı. Zayıf yanlarda ilk üç sırayı öğrenci sayısındaki hızlı artış (%90.0), öğretim üyelerinin maddi sorunları (%83.0) ve eğitim ortamının yetersizliği (%80.0) gösterildi. Fırsatlara bakılınca ilk üç sırayı bilgiye ulaşma kolaylığı (%78.0), bilimsel araştırma merkezinin varlığı (%55.0) ve bilimsel aktivitelere katılım

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

desteklenmesi (%50.0) alırken, tehditlerde ise sırasıyla sağlık politikasındaki değişiklikler ve hekim dışı sağlık personeli yetersizliği (%90.0), öğrenci sayısındaki artış (%88.0) ve araştırma görevlisi yetersizliği (%88.0) ilk üç sırayı aldı.

Öğrenci gözüyle fakültenin güçlü yanlarına bakıldığında ilk üç sırada kolay ulaşılabilir öğrenci işlerinin varlığı (%75.0), öğretim üyelerine kolay ulaşılabilir (%71.0), deneyimli öğretim üyesi kadrosu (%66.0) saptandı. Zayıf yanlarda ilk üç sırayı amfilerin fiziksel koşullardaki yetersizlikleri (%90.0), sınıflardaki teknik yetersizlikler (%82.0) ve öğrencilerin bilimsel araştırmalara yeterince katılamamaları (%76.0) oluşturdu. Fırsatlara bakılınca ilk üç sırayı hasta sayısının fazlalığı ve çeşitliliği (%55.0), bilgiye ulaşma kolaylığı (%54.0) ve ulusal ve uluslar arası öğrenci değişim programının varlığı (%53.0) aldı. Tehditler ise sırasıyla eğitim ortamının yetersizliği (%87.0), doktora yönelik şiddetin artışı (%84.0) ve öğrenci sayısındaki hızlı artış (%83.0) olarak saptandı.

Tartışma: Fakülteler yapacakları çalışmalarla güçlü ve zayıf yanlarını, fırsat ve tehditleri iyi saptamalıdır (2). Bu sayede güçlü yanlarını koruyabilir ve geliştirebilir, zayıf yanlarını güçlendirebilir, fırsatları iyi kullanabilir ve tehditlere karşı tedbir alabilir. Geleceğe dönük stratejik planlar yapılırken fırsatlar önemli oranda olumlu etki oluşturacak, tehditler ise birimler tarafından yakından takip edilerek bu tehditleri önlemeye yönelik tedbirler alınacaktır.

Fakültemizin öğretim üyesi gözüyle güçlü yanlarına bakıldığında sonuçlarımız Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010 yılı stratejik planındaki sonuçlara benzemektedir (3). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde de öğretim üyelerinin kalitesi ve tecrübeli yönetim kadrosu ilk sıralarda yer almaktadır. Zayıf yanlarını karşıladığımızda, öğretim üyelerinin maddi sorunlarının varlığı ortaktı. Fırsatlara baktığımızda sonuçlar benzer olmakla birlikte ifadeler farklıdır. Gazi üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uluslar arası proje varlığı, bizim fakültemizde bilimsel araştırma merkezinin varlığı ve bilimsel aktivitelere katılımın desteklenmesi ön plandadır. Tehditler gözden geçirildiğinde sonuçlar her iki üniversitede benzerlik göstermektedir. Öğretim üyelerinin maddi sorunları ve dağılımdaki dengesizlik, yetersiz sağlık personeli sayısı, öğrenci sayısındaki artış değişen yüzdelerde tehdit algısı içinde yer almaktadır.

Öğrenci gözüyle her iki üniversitede fakültenin güçlü yanları içerisinde öğretim üyesinin kalitesi ve deneyimli olması; zayıf yanlarda sınıflardaki teknik yetersizlikler; fırsatlarda hasta sayısının fazlalığı ve çeşitliliği, olgu sayısının yüksekliği; tehditlerde eğitim ortamının yetersizliği ve öğrenci sayısındaki hızlı artış ön plandadır.

Öneriler: Yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen veriler gözden geçirilerek fakültelerin güçlü yanları korunmalı ve geliştirilmeli, zayıf yanlar güçlendirilmeli, fırsatlar iyi kullanılmalı ve tehditlere karşı da tedbirler alınmalıdır.

Kaynaklar:

1. www.cumhuriyet.edu.tr/dosya/2008_2010.pdf
2. www.egeduyuru.ege.edu.tr/.../20070702_130815__eu_stratejik_plan.pdf
3. www.med.gazi.edu.tr/yonetim2-9-Stratejik-Plan.html

317

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA, ALKOL VE MADDE KULLANIMI İLE MÜCADELEDE AKRAN EĞİTİMİNİN ROLÜ

Coşkun Bakar

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Araştırmalar ergenlerin ve genç erişkinlerin sigaraya, alkole ya da madde kullanımına lise döneminde ya da üniversite yaşantılarının ilk yıllarında başladıklarını göstermektedir. Üniversite öğrencileri

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

üzerinde uygulanan bu müdahale çalışmasının amacı, akran eğitimi yöntemini kullanarak öğrencilerin bağımlılık konusunda bilgi düzeyinin arttırılması ve gelecekte tutum ve davranışlarının olumlu yönde etkilenmesidir.

Gereç ve Yöntem:Bu proje Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi'nde hazırlık sınıfı bulunan fakülte ve yüksekokullarda yapılan müdahale tipinde epidemiyolojik araştırmadır. Hazırlık sınıfları müdahale grubudur ve 206 öğrenciye eğitim verilmiştir.Bunun dışında kontrol grubu bulunmaktadır. Kontrol grubu 2009-2010 yıllarında zorunlu hazırlık eğitimi alan 96 birinci sınıf üniversite öğrencisi arasından seçilmiştir.

Proje çalışması Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Gençlik Danışma Birimi(GDB) tarafından yürütülmüştür. GDB bünyesinde üç doktor, bir ebe-hemşire, bir psikolog, bir danışman rehber, bir diyetisyen bulunmaktadır.

Araştırmanın birinci aşamasında hazırlık sınıfı ve birinci sınıf öğrencilerine gözlem altında anket formu uygulanarak, sigara, alkol ve madde kullanımı sıklığı ve risk faktörleri saptanmıştır.İkinci aşamada akran eğitimcilerinin eğitimleri tamamlanmış; akran eğitimcileri aldıkları eğitimlerden kazandıkları bilgileri hazırlık sınıflarındaki öğrencilere aktarmışlardır. Bu amaçla öncelikle aday akran eğitimcileri belirlenmiştir. Bunun için proje afişi tüm okul panolarına asılmak üzere dağıtılmıştır.Böylece gönüllü olan öğrencilerin projede çalışmak için GDB'ye başvurmaları istenmiştir.Bu aşamada yaklaşık 80 başvuru olmuştur. Daha sonra aday akran eğitimcileri ile toplantı yapılmıştır.Bilgilendirme toplantısından sonra akran eğitimcilerinin eğitimi aşamasına geçilmiştir.Bu eğitim iki aşamada planlanmıştır.Eğitim aşaması Yeniden Derneği Yöneticilerinden Prof.Dr.Kültegin Ögel ve psikologları birlikte yürütülmüştür.

Eğitimin iki bileşeni bulunmaktadır. Bunlardan birincisi eğitim teknikleri, etkili sunum yöntemleri ve iletişim yöntemlerini içermektedir. Bu eğitim programı ilk aşama eğitimi olup aynı zamanda akran eğitimcilerinin seçiminde de araştırmacılara destek olmuştur. Bu eğitim projeye katılmak isteyen 80 kişiye uygulanmıştır. Grup kalabalık olduğundan eğitim iki kez yapılmıştır.Eğitim Becerileri Geliştirme kursu, proje araştırmacıları ve GDB biriminden Psikolojik Danışmanlık Rehberlik uzmanının katılımı ile gerçekleştirilmiştir.Öğrencilerle aktif eğitim yöntemleri kullanılmış ve sunum yapmaları için teşvik edilmiştir.

Eğitim sonrası akran eğitimcilerinin seçimine geçilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda 40 asil, 4 yedek öğrenci belirlenmiş ve ikinci aşama eğitimlere çağırılmıştır. İkinci aşama Yeniden Derneği Tarafından uygulanan "Bağımlılığı Önlemede Akran Eğitimi Programı"dır. Üç gün süren ve 5 modülden oluşan bu eğitimde akran eğitimcilerine uygulayacakları programın aynı uygulanmıştır.Eğitim bittikten sonra hazırlık sınıflarındaki uygulamaya geçilmiştir. Bu uygulama Aralık 2010, Mayıs 2011 dönemlerinde yapılmıştır. 10 tane hazırlık sınıfı olduğundan, her hazırlık sınıfı için dört kişilik grup belirlenmiştir. Her grup kendisi için belirlenmiş olan sınıfa beş modül olan eğitim programını uygulamıştır. Hem akran eğitimcilerine hem de hazırlık öğrencilerine eğitim öncesi ve sonrası değerlendirme testi uygulanmıştır. Üçüncü aşamada hazırlık sınıfında eğitim alan öğrencilere eğitim başında uygulanan anket formu tekrar uygulanmıştır.Bu aşamada amaç eğitim etkinliğinin değerlendirilmesidir.Özellikle eğitim öncesinde uygulanan değerlendirme formu eğitim sonrasında yeniden uygulanmıştır.Ayrıca öğrencilere projenin başında uygulanan anket formu, ilk uygulamadan bir yıl sonra tekrarlanmıştır. Eğitimin bu kadar kısa sürede tutum ve davranışları olumlu etki yapması beklenmemekle birlikte, bir yıllık sürede eğilimin izlenmesi amacıyla bu uygulama yapılmıştır.

Anket Formu beş bölümden oluşmaktadır.Birinci bölümden öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri sorgulanmaktadır.İkinci bölümde sigara kullanımı, üçüncü bölümde alkol ve dördüncü bölümde de madde kullanımına yönelik sorular bulunmaktadır. Beşinci bölümde öğrencilerin ruhsal durumlarını ve madde kullanımının belirleyicilerinin saptanabilmesi amacıyla Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği, Stres Belirti Listesi uygulanmıştır. Ayrıca eğitimin etkinliğinin öğrencilerin bağımlılık konusundaki bilgi durumları üzerine olan etkisinin değerlendirilmesinde 18 soruluk bir ölçekten yararlanılmıştır.Bu ölçek akran eğitimcisi alan gruba, hem akran eğitiminden geçen gruba hem de kontrol grubuna uygulanmıştır.Akran eğitimcisi grubuna ve eğitim alan gruba eğitim öncesinde ve sonrasında uygulanmıştır.Akran eğitimi alan hazırlık sınıflarına bir yıl sonra da uygulanmıştır.Değerlendirmeler soru bazında yapıldığı gibi ayrıca toplam puanlar da hesaplanmıştır.Toplam puanlar hesaplanırken doğru cevaplar "1" puan, yanlış cevaplar "0" puan olarak değerlendirilmiştir. Bundan sonraki aşamada toplam puan hesaplanmıştır. Tüm sorulara doğru cevap veren öğrenci "18" toplam puan almıştır. Bu araştırmanın verileri SPSS 15.0 istatistik paket programına aktarılmış ve analizler bu programda yapılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular:Öğrencilerin %52,7'si kız öğrencidir. Öğrencilerin %35,5'i hayatı boyunca hiç sigara kullanmamıştır.%13,9'u bir kez denemiş, %9,2'si de bir süre kullanmış halen kullanmamaktadır.İncelenen kız öğrencilerin %32,9'u arada sırada ya da düzenli olarak sigara kullanırken, erkek öğrencilerin %51,8'i arada sırada ya da düzenli olarak sigara kullanmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ailesinde sigara kullanan birisi olan, arkadaşı ya da örnek aldığı kişi sigara kullanan öğrencinin kullanmayana göre daha fazla sigara kullandığı saptanmıştır. Anne ya da babası ölmüş ya da ayrılmış olan öğrencilerin diğer öğrencilere göre daha fazla sigara kullandıkları ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu tespit edilmiştir. Sigara kullanan öğrencilerin BDE puanlarının kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin ilk kez sigara kullanma nedenine bakıldığında arkadaş etkisinin ilk sırada yer aldığı görülmüştür. İncelenen öğrencilerinin %25,3'ü hayatı boyunca hiç alkol kullanmamış olup, %7,9'u düzenli olarak alkol kullanmaktadır. Ailesinde alkol kullanan birisi olan arkadaşların ya da örnek aldığı kişi alkol kullanan öğrencilerin daha fazla alkol kullandıkları görülmüştür. Öğrencilerin ilk kez alkol kullanma nedenlerine bakıldığında arkadaş etkisinin birinci sırada yer aldığı görülmektedir. Anne ya da babası ölmüş ya da ayrılmış olan öğrencilerin diğer öğrencilere göre daha fazla alkol kullandıkları ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu tespit edilmiştir.İncelenen öğrencilerin %90,1'i hayatı boyunca hiç esrar kullanmamıştır. %4,7'si bir kez denemiş, %1,9'u bir süre kullanmış şu anda kullanmıyor, %2,1'i arada sırada ve %1,1'i düzenli olarak kullandığını belirtmiştir. Hayatı boyunca esrar kullanma durumunun erkeklerde kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede fazla olduğu saptanmıştır.Ailesinde esrar kullanan öğrencilerin 16,3(%95 GA:2,8-130,1) kat, esrar kullanan arkadaşı olan öğrencilerin 15,9(%95 GA:5,4-49,9) kat ve örnek aldıkları kişilerin esrar kullandıkları öğrenciler 21,1(%95 GA:4,9-109,3) kat daha fazla esrar kullanım riski ile karşı karşıya kaldıkları gözlenmektedir.Öğrenciler ilk kez esrar kullanma nedeni olarak arkadaş etkisini ve yaşanan stresi göstermektedir. Hiç esrar kullanmamış olanlarda depresyon ve UCLA yalnızlık ölçeği puanlarının en az bir kez kullanmış olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak derece düşük olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan öğrencilere bağımlılık konusundaki bilgilerini test eden bir ön test ve son test uygulanmıştır.Öğrencilerin ön test ve son test puanları arasındaki farklılığın değerlendirilmesi amacıyla toplam puanlar hesaplanmıştır. Yapılan genel değerlendirmede eğitim sonrası puanların istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.Hem kız hem de erkek öğrencilerde eğitim sonrasında öğrencilerin bilgi düzeyleri yükselmiştir.Öğrencilerin eğitim öncesi puanları karşılaştırıldığında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.Eğitim sonrası uygulanan son test puanları arasındaki farklılıklara bakıldığında ise üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Hem kız hem de erkek öğrenciler arasında akran eğitimcilerinin bilgi puanları diğer iki gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Daha sonra akran eğitimcilerinin eğitim verdiği hazırlık sınıfı öğrencilerinin puanları gözlenmektedir. En düşük puan da hiç eğitim verilmeyen kontrol grubunda olduğu görülmüştür.Bir yıl sonra akran eğitimcilerinden eğitim alan gruba tekrar aynı ölçek uygulanmış ve hem kız hem de erkek öğrencilerde bilgi puanlarının bir yıl önceki son test puanına göre düştüğü görülmüştür.

Tartışma:Bu araştırmada amaç bağımlılıkla mücadelede akranların birbiri üzerinde yaratabileceği etkinin itici gücünden yararlanmaktır. Eğitim öncesi ve sonrası yapılan değerlendirmelerde tüm gruplarda, kızlarda ve erkeklerde eğitimin öğrencilerin bilgi düzeyi üzerine olumlu etki yaptığı saptanmıştır. Eğitimin yarattığı fark akran danışmanlarında hazırlık sınıflarına göre daha yüksek olmuştur. Her iki grubun kontrol grubu ile yapılan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Akran danışmanlarının hazırlık sınıflarında göre daha fazla farklılık olması beklediğimiz bir bulgudur. Çünkü onlar eğitimi daha yoğun bir program çerçevesinde almışlardır. Hazırlık sınıflarının eğitimi 6 aylık bir dönem içinde olmuştur ki bunun da eğitimin etkinliğini zayıflatmış olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca akran danışmanları, eğitim için motive olmuş bir gönüllü bir gruptur. Bu durumun akran danışmanlarının öğrenme motivasyonu üzerinde olumlu etki yapma potansiyeline sahip olduğunu düşünmekteyiz.

Hem akran eğitimcileri hem de hazırlık sınıfına verilen eğitimin öğrencilerin bilgi düzeyi üzerinde olumlu etki yapması bu projenin en güçlü bulgusudur. Çünkü bu projenin çıkış noktası genç nesilleri sigara, alkol ve madde kullanımının olumsuz etkilerinden ve bağımlılıktan korumada akran eğitimi modelinin önemli rolü olacağı yönündedir. Elde ettiğimiz bulgular bu düşüncemizi destekler niteliktedir. Çünkü sigara, alkol, esrar, uçucu madde kullanımında arkadaşın madde kullanımı önemli bir risk olarak karşımıza çıkmıştır. Bunun dışında öğrenciler ilk kez madde kullanma nedenleri arasında birinci sırada arkadaş etkisini göstermektedir. Bizim projemiz de, bulgularımız içinde yer alan bu ön kabul üzerinden yola çıkarak öğrencilerin madde kullanımının azaltılması düşünülmüştür. Bu kadar kısa sürede sigara, alkol ya da madde kullanımı üzerinde olumlu etki

yaratmak gibi bir hedef gerçekçi değildir. Zaten bir yıl sonra yapılan kontrol anketinde de madde kullanımı açısından önemli farklılık saptanmamıştır. Ancak eğitimin bilgi düzeyinde yarattığı etkinin, gelecekte öğrencilerin tutum ve davranışları üzerinde olumlu etki yapması kuvvetle muhtemeldir.

Eğitimin değerlendirmesi ile ilgili olarak bir diğer önemli bulgu da, bir yıl sonra yapılan değerlendirmede öğrencilerin bilgi puanlarının düşmesidir. Eğitim öğrencilerin bilgi düzeyini arttırmıştır; ancak sürekliliği sağlayamamıştır. Bu da bize bu tür eğitimlerin bir seferde olumlu etki yaratamayacağını düşündürmüştür. Tek seferlik eğitimler kısa bir süreliğine etkili olmakta ve zamanla unutulmaktadır. Bu nedenle eğitim programlarının sürekli olarak planlanmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Sonuç ve Öneriler: Üniversite çağındaki gençler arkadaşlarının da etkisi ile sigara, alkol ya da madde kullanmaya eğilimli olabilmektedirler. Akran eğitimi bu konuda olumlu katkılar sunabilir. Bizim araştırmamızda akran danışmanları arkadaşlarının bağımlılık konusundaki bilgi düzeyleri üzerine olumlu etki yapmışlardır. Ancak eğitimin uzun süreli olması ve tekrarlamaması, elde edilen bilgilerin kalıcılığını olumsuz etkilemektedir. Bu tür çalışmaların üniversite içerisinde yapılandırılacak Gençlik Danışma Birimleri üzerinden sürekliliğinin sağlanmasının her türlü bağımlılıktan korunmada önemli katkılar sağlayacağını düşünmekteyiz.

236

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE İLAÇ KULLANMA DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Alime Büyükdöğruan¹, Cevriye Özdemir¹, Gülhan Türk¹, Osman Günay², Elçin Balcı²

¹Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Yakın gelecekte, topluma belli alanlarda önderlik etmesi beklenen üniversite öğrencilerinin ilaç kullanma ve hekim önerilerine uyma konularında da topluma örnek olması gerekir. İlaç kullanımıyla ilgili kurallara uyma konusunda, sağlık dışı alanlarda okuyan öğrencilerin de sağlık alanında okuyanlar kadar bilinçli olması beklenir.

Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi'ne bağlı Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Hukuk Fakültesi'nde okuyan öğrencileri, ilaç kullanma sıklığı ve biçimi açısından karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmanın evrenini Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Hukuk Fakülteleri ilk üç sınıfında okuyan 679 öğrenci oluşturmaktadır.

Araştırma verileri 2011–2012 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu yardımıyla toplanmıştır. Anket formunda öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri, ilaç kullanma durumları ve reçeteli ilaç alma ve/veya kullanma durumlarına yönelik sorular yer almıştır. Araştırma için, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik onay ve ilgili fakülte dekanlıklarından idari izin alınmıştır. Anket uygulamasından önce, araştırma kapsamına alınacak öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onamları alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınması planlanan 679 öğrenciden 42'sine üç ziyarete rağmen ulaşılamamış, 78'i çalışmaya katılmayı kabul etmemiş ve 13 anket verilerin yetersizliği nedeniyle iptal edilmiştir. Böylece toplam 546 öğrenci ile ilgili veriler değerlendirmeye alınmıştır. Veriler SPSS 13.0 programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Veriler yüzde olarak ifade edilmiş ve grupların istatistiksel açıdan karşılaştırılmasında ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubundaki öğrencilerin 167'si (%30.6) Hemşirelik Bölümü, 107'si (%19.6) Beslenme Bölümü ve 272'si (%49.8) Hukuk Fakültesi öğrencisidir. Tüm öğrencilerin 170'i (%31.1) erkek, 376'si (%68.9) kadındır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Öğrencilerin %10.4'ü bir kronik hastalığı olduğunu, %4.9'u kronik hastalık nedeniyle ilaç kullandığını ifade etmiştir. Kronik hastalık sıklığı ve kronik hastalık nedeniyle ilaç kullanma durumu açısından programlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırma grubundaki öğrencilerin % 40.1'inin son 1 ay içerisinde kronik hastalığı dışında ilaç kullandığı belirlenmiştir. İlaç kullanma durumu açısından hemşirelik, beslenme ve hukuk öğrencileri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Son 1 ayda öğrencilerin %28.2'si analjezik, %2.6'sı antipretik %10.6'sı antibiyotik, %1.1'i antidepresan ve %5.7'si diğer ilaçları kullanmışlardır. Bu ilaçların kullanıma sıklığı açısından fakülteler ve bölümler arasında anlamlı bir fark yoktur ($P>0.05$).

Araştırma kapsamına alına öğrencilerin %47.4'ünün herhangi bir zamanda eczaneden reçetesiz ilaç aldığı belirlenmiştir. Eczaneden reçetesiz ilaç alma oranları Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde % 46.1, Beslenme Bölümü öğrencilerinde %55.1 ve Hukuk Fakültesi %45.2 olarak bulunmuştur. Reçetesiz ilaç alma durumu açısından fakülteler ve bölümler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eczaneden reçetesiz alınan ilaçların çoğunluğunu analjezikler, vitamin ilaçları ve antibiyotikler oluşturmaktadır. Öğrencilerin %43.6'sı analjezik ilaçları, %15.9'u vitamin ilaçlarını, %9.2'si antibiyotikleri reçetesiz olarak aldığını ifade etmiştir.

Öğrencilerin ilaç kullanımı ile ilgili genel davranışları incelendiğinde; %94.5'i reçete edilen ilaçları zamanında aldığını, %85.9'u ilaçları önerilen sıklıkta, %91.0'i önerilen dozda, %65.8'i önerilen sürece kullandığını; %84.4'ü ilacın son kullanma tarihine dikkat ettiğini, %48.8'si kendi ilacını başkasının kullanmasına izin verdiğini ve %34.2'si başkalarının ilaçlarını kullandığını ifade etmiştir. Reçete edilen ilaçları zamanında alma, ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat etme ve başkalarının ilaçlarını kullanma açılarından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı halde ($P>0.05$), ilaçları önerilen dozda ($P=0.001$), önerilen sıklıkta ($P=0.041$) ve önerilen sürede kullanma ($P=0.030$) ve ilaçlarını başkalarına kullandırma ($P=0.001$) oranları açısından gruplar arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur. Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin ilaç kullanımıyla ilgili hekim önerilerine uyma oranları genel olarak Beslenme Bölümü ve Hukuk Fakültesi öğrencilerinden daha düşüktür. İlaçlarını başkalarına kullandırma oranı da Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde diğer öğrencilerden daha düşüktür.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırma grubundaki öğrencilerin %40.1'i son bir ay içerisinde kronik hastalık dışı nedenlerle ilaç kullanmıştır. Yılmaz ve arkadaşlarının (1) Elazığ'da Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada, öğrencilerin %26'sının son bir ayda ilaç kullandığı saptanmıştır Gama ve arkadaşlarının (2) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları bir başka çalışmada ise öğrencilerin %67.4'ünün geçen bir ay boyunca en az bir ilaç kullandıkları saptanmıştır. Görüldüğü gibi, öğrencilerin ilaç kullanma oranları açısından üniversiteler arasında büyük farklılıklar vardır.

Araştırma grubundaki öğrencilerin %47.4'ünün eczaneden reçetesiz ilaç aldığı ve bu açıdan fakülte ve bölümler arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Üniversite öğrencilerinin yaklaşık yarısının eczaneden reçetesiz alması ve sağlıkla ilgili programlarda okuyan öğrencilerde bu oranın sağlık dışı programlardan farklı olmaması, toplumda reçetesiz ilaç kullanımının anlamlı bir sorun olduğunu ve üniversite öğrencilerinin sağlık hizmetlerinden yararlanmada engelleri olduğunu düşündürmektedir. Reçetesiz kullanılan ilaçların başında ağrı kesici ilaçlar gelmektedir. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %83.1'inin reçetesiz ağrı kesici ilaç kullandığı saptanmıştır (3). Araştırma grubundaki öğrencilerin yaklaşık %10'u reçetesiz antibiyotik kullanmıştır. Antibiyotiklerin gereksiz ve uygunsuz biçimde kullanımı halinde, antibiyotiklere direnç sorununun arttığı bilinmektedir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %94.5'inin reçeteyi zamanında aldığı, %85.9'unun önerilen sıklıkta kullandığı, %91.0'inin önerilen dozda ilaç kullandığı, %65.8'inin önerilen zamanda ilacı bitirdiği, %84.4'ünün ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat ettiği, %48.7'sinin kendi ilaçlarını başkasının kullanmasına izin verdiğini ve %34.2'sinin başkalarının ilaçlarını kullandığı görülmüştür. Reçete edilen ilaçları zamanında alma, ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat etme ve ilaçları önerilen doz ve sıklıkta kullanma oranları oldukça yüksek olduğu halde, öğrencilerin yaklaşık üçte birinin ilaçları önerilen sürede kullanmaması dikkat çekicidir. Öte yandan öğrencilerin yaklaşık yarısının ilaçlarını başkalarının kullanmasına izin vermesi ve yaklaşık üçte birinin başkalarının ilaçlarını kullanması öğrencilerin ilaç kullanımı konusunda hatalı davranışları olduğunu göstermektedir.

Hemşirelik öğrencilerinin ilaç kullanımı konusunda önerilere uyma oranlarının diğer öğrencilerden düşük olması, kendi bilgilerine daha fazla güvenmelerine bağlı olabilir. Ancak, ilaçların dozu, sıklığı ve süresi konularında hemşirelik öğrencilerinin bilgilerinin yeterli olması beklenemez.

Sonuç olarak; araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaklaşık olarak %40'ının son bir ay içerisinde kronik hastalık dışında ilaç kullandığı, yaklaşık yarısının zaman zaman eczaneden reçetesiz ilaç aldığı, hekim tarafından reçete edilen ilaçları önerilen sürede kullanma, ilaçlarını başkalarına kullandırma ve başkalarının ilaçlarını kullanma konularında hatalı davranışların yüksek olduğu, ilaç kullanımı konusunda hekim önerilerine uyma oranlarının Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tüm toplumun ve özellikle üniversite eğitimi alan kişilerin ilaç kullanımı konusunda daha bilinçli olması, özellikle antibiyotikler gibi ilaçların reçetesiz satışının önlenmesi ve sağlık çalışanlarının hekim önerilerine uyma konusunda tüm topluma örnek olması için çaba harcanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İlaç kullanma, öğrenciler, bilgi

Kaynaklar:

1. Yılmaz E, Karaca F, Uçar S, Yüce T. Sağlık yüksek okulu öğrencilerinin ilaç kullanma durumlarının incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; 3(8): 69 – 83.
2. Gama H, Correia S, Lunet N. Effect of questionnaire structure on recall of drug utilization in a population of university students. *BMC Medical Research Methodology* 2009; 9 (45): 1 – 9.
3. Acocella CM. Using diaries to assess nonprescription drug use among university students. *Journal of Drug Education*. 2005; 35(4): 267–274.

558

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN KİTLE İLETİŞİM ARAÇLARINI KULLANIM DURUMLARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Nesibe Uzel, Bekir Kaplan, Yurdağül Erdem, Sema Zergeroğlu, Oğuz Işık, Uğur Dilmen

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Giriş-Amaç: Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Ocakçı, 2007). Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilmektedir. (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Günümüzde bilim, iletişim ve teknolojiye yaşanan gelişmeler sonucunda medya büyük kitlelere kısa sürede ulaşabilmekte ve onları etkileyebilmektedir. Bu nedenle iletişim araçları toplumun davranış kalıplarını, değer ve düşünce tarzlarının bireylere kazandırılması ve öğrenilenlerin içselleştirilmesinde etkili olmaktadır. Bu bağlamda sağlığı etkileyen faktörler çok ve çeşitli oldukları gibi, sağlığı geliştirmeye yönelik stratejiler ve eylemler de çok ve çeşitlidir (Özbaş, 2010). Bu çalışmanın amacı Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencileri'nin kitle iletişim araçlarını kullanım sıklığı, erişim durumları ile sosyo-demografik özelliklere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada, Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencileri'nin sağlıklı yaşam biçimi davranışları "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" ölçeği II kullanılarak 2-6 Nisan 2012 tarihleri arasında ölçülmüştür. SYBD Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile- HPLP) 1987'de Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş ve 1997'de Esin tarafından Türk toplumuna uyarlanarak

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Esin 1997). Toplam 66 sorudan oluşan anket formu katılımcılara gözlem altında uygulanmıştır. Ankette 52 sorudan oluşan ölçek sorularına verilen cevaplar hiç bir zaman: 0, bazen: 1 sık sık: 2 ve düzenli:3 olacak şekilde puanlandırılmış ve her bir birey için ölçek puanı elde edilmiştir. Bir katılımcı 52 ile 208 arasında puan alabilmektedir. SPSS 18.0 istatistik paket programının kullanıldığı analizlerde, tanımlayıcı istatistikler ve Student t testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya toplam 424 öğrenci katılmış olup, %69,6'sı (n= 295) kadın, %54,2'si (n= 230) 20 yaş ve altında, %83,3'ünün (n= 353) ailesi çekirdek aile, %69,1'inin (n= 293) annesinin %41,7'sinin de (n= 177) babasının öğrenim durumu ilkökul ve altıdır. Katılımcıların %25,9'u (n= 110) Çocuk Gelişimi, %26,4'ü (n= 112) Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, %21,9'u (n= 93) Hemşirelik ve %25,9'u da (n= 109) Sağlık Yönetimi bölümlerinde okumaktadır. Katılımcıların %10,8'i (n= 46) ailesinin ekonomik durumunu, %7,1'i de (n= 30) kendi sağlık durumlarını kötü olarak belirtmiştir. Katılımcıların %28,3'ünün (n= 120) ailesinde üyelerinin en az birinde, %10,8'inin de (n= 46) kendisinde her hangi bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların her gün gazete ve dergi okuma sıklığı sırası ile %22,2 (n= 93) ve %1,2'dir (n= 5). Ayrıca günlük 1-2 saat televizyon, radyo ve internet kullanma sıklığı sırasıyla %44,4 (n= 181), %41,9 (n= 161) ve %58,8'dir (n= 243). Katılımcıların %42,5'i (n= 172) kitle iletişim araçlarını en çok haberleşme amaçlı, %54,6'sı (n= 221) bilgi kaynağı olarak kullanmaktadır. Katılımcılar sağlık bilgilerini öğrendikleri en güvenilir bilgi kaynağı olarak en sık interneti (%60,8 n=258), ikinci sıklıkta gazete ve dergileri (%43,6 n= 185) ve üçüncü olarak şu an okudukları okulları (%38,7 n= 164) belirtmişlerdir. Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden elde ettikleri puan ortalaması $131,71 \pm 16,53$ olup en düşük puan 87, en yüksek puan ise 183'dür. Kendi sağlık durumunu iyi, orta ve kötü olarak belirtenlerin SYBD puan ortalamaları sırasıyla $132,76 \pm 16,47$, $131,34 \pm 16,23$ ve $124,67 \pm 15,01$ 'dir. Kendi sağlık durumunu iyi ve orta olarak belirtenlerin SYBD puanları, kötü olarak belirtenlerden anlamlı olarak fazladır ($p=0,007$ $p=0,039$). Katılımcıların cinsiyetlerine, yaş gruplarına, anne ve babalarının öğrenim durumlarına, aile tipine, beyan edilen ailenin ekonomik durumu ve aile üyelerinden her hangi birinde ya da kendilerinde kronik hastalık olma durumlarına göre ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Çocuk Gelişimi bölümünde okuyanların ölçek puan ortalaması $133,13 \pm 16,35$, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümündekilerin $127,89 \pm 16,85$, Hemşirelik bölümündekilerin $135,00 \pm 13,71$ ve Sağlık Bölümünde okuyanların $131,39 \pm 17,93$ 'dir. Çocuk gelişimi ve Hemşirelik bölümünde okuyanların ölçek puan ortalaması Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümlerinde okuyarlardan anlamlı olarak fazladır ($p=0,044$ ve $p=0,011$). Ayrıca kitle iletişim araçlarını en çok kullanma nedenleri ile SYBD puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. En güvenilir sağlık bilgi kaynağı olarak internet, dergi-gazete ve aile seçeneğini belirtenlerin SYBD puan ortalaması, bu seçenekleri belirtmeyenlere göre anlamlı olarak fazladır ($p < 0,05$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Araştırmada sosyodemografik özellikler ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeğinden elde edilen puanlar arasında ilişki bulunamamıştır. Ancak Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan öğrencilerin puan ortalaması çocuk gelişimi ve hemşirelik bölümlerinde okuyan öğrencilerden daha düşük bulunmuştur. Bu durum hemşirelik ve çocuk gelişimi bölümünde okuyanların fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümlerinde okuyanlara göre genel sağlık konuları ile daha ilgili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca kitle iletişim araçlarını bilgi kaynağı olarak kullananların puan ortalaması haberleşme amaçlı kullananlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu durumda kitle iletişim araçlarını bilgi kaynağı olarak kullananların sağlık algılarının haberleşme amaçlı kullananlara göre daha iyi durumda olduğunu düşündürmektedir. Araştırmada önemli bir konuda internetin en çok kullanılan güvenilir sağlık bilgi kaynağı olduğu görülmektedir. Bunun ile birlikte güvenilir sağlık bilgi kaynağı olarak belirtilen gazete ve dergi ile aile olumlu sağlık davranışı geliştirilmesinde önemli bir referans çerçeve olarak sağlığın geliştirilmesinde, gönüllü sağlık davranışını teşvik etmeye ve etkin halk sağlığı kampanyalarında sağlığın sosyal pazarlanmasında aracı olarak alınabilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı, Kitle İletişim Araçları, Sağlık davranışı.

Kaynaklar:

Ocakçı, A. (2007). "Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü", <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm> (erişim tarihi: 08.01.2007)

Zaybak, A. ve Fadiloğlu, Ç. (2004). "Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi", Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20 (1):77-95.

Esin, N. (1997). "Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi", Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

T.C.Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2008), Kadın ve medya politika dokümanı. s. 5-29.

Özbaş,S.,Özkan,S.(2010) Kadın Sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi, TAF Prev Med Bull 2010; 9(5): 541-546

Bilsen,Ö.,Öztürk,Y.Ş.(2011); Tüketim Kültürü Çerçevesinden Sağlık Haberleri, Akademik Bakış Dergisi Sayı: 26 Eylül – Ekim 2011Ulusallararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

Brian, C., Mike T.,(2011; Online Interventions for Social Marketing Health Behavior Change Campaigns: A Meta-Analysis of Psychological Architectures and Adherence Factors, J Med Internet Res. 2011 Jan-Mar; 13(1): e17. Published online 2011 February 14. doi: 10.2196/jmir.1367, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221338/?tool=pubmed>

253

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SERVIKS KANSERİ VE HPV AŞISI İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARI

Osman Günay, Elçin Balcı, Mehmet Sağıroğlu

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Üniversite öğrencilerinin serviks kanseri ve HPV aşısı ile ilgili bilgi tutum ve uygulamaları hem kendi sağlıkları açısından hem de toplum açısından önemlidir. Bu çalışma Erciyes Üniversitesi'ne bağlı çeşitli fakültelerin birinci ve dördüncü sınıflarında okuyan öğrencilerin serviks kanseri ve HPV aşısı hakkındaki bilgi tutum ve uygulamalarını ve bunlarla ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, 2011 – 2012 eğitim – öğretim yılında Erciyes Üniversitesi'ne bağlı Tıp, Eğitimi, İlahiyat ve İktisadi ve İdari Bilimler fakültelerinin birinci ve dördüncü sınıflarında okuyan öğrenciler üzerinde yapıldı.

Çalışma için, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik onay ve ilgili fakültelerin dekanlıklarından idari izin alındı. Bu fakültelerden birbirine yakın sayıda öğrencinin araştırma kapsamına alınması amaçlandı. Tıp ve İlahiyat fakültelerinde öğrenci sayısı daha az olduğu için, bu fakültelerin birinci ve dördüncü sınıflarında okuyan öğrencilerin tamamının, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'ndeki beş bölümden rastgele seçilen bir, Eğitim Fakültesi'ndeki dokuz bölümden rastgele seçilen üç bölümün birinci ve dördüncü sınıflarında okuyan öğrencilerin araştırma kapsamına alınması düşünüldü. Böylece toplam 1073 öğrenciye ulaşılması hedeflendi.

Çalışma kapsamına alınması planlanan öğrenciler sınıflarında ziyaret edilerek, araştırmanın amacı hakkında bilgilendirildi ve sözel onamı alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere 48 sorudan oluşan anket formu dağıtıldı. Anket formunda; öğrencilerin sosyo–demografik özellikleri, serviks kanseri hakkındaki bilgileri, HPV aşısı ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamaları ile ilgili sorular vardı. Anket formları, öğrenciler tarafından doldurulduktan sonra geri toplandı. Sınıfta bulunan öğrencilerden Anket formuna öğrencilerin isim yazmaması istendi. Bu nedenle, sadece ziyaret sırasında sınıfta bulunan öğrenciler çalışmaya alındı. Sınıfta bulunan öğrencilerden çalışmaya katılmak istemeyen olmadı. Böylece toplam 718 öğrenci ile ilgili veriler değerlendirilmeye alındı.

Elde edilen veriler SPSS 13 programı yardımıyla değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizinde ki kare testi ve logistik regresyon analizi kullanıldı. Logistik analizde, serviks kanserini duyma durumu ve HPV aşısını duyma durumu bağımlı değişkenler olarak; fakülte, sınıf, cinsiyet, evlilik durumu ve ailesinde sağlık personeli bulunma durumu bağımsız değişkenler olarak alındı.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Değerlendirmeye alınan 718 öğrencinin 256'sı Tıp Fakültesi, 108'i Eğitim Fakültesi, 199'u İlahiyat Fakültesi ve 155'i İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF) öğrencisiydi. Tüm öğrencilerin 416'sı birinci sınıfta, 302'si dördüncü sınıfta okuyordu.

Araştırma grubundaki öğrencilerin %78.3'ü, serviks kanserini, %36.1'i HPV aşısını duymuştu. Serviks kanserini ve HPV aşısını duyanların oranı Tıp Fakültesi öğrencilerinde diğer fakültelerden önemli ölçüde yüksek bulundu.

Birinci sınıflardaki öğrencilerin %75.5'i serviks kanserini, %26.2'si HPV aşısını duymuştu. Buna karşılık, dördüncü sınıflarda bu oranlar sırasıyla %82.ve %49.7 bulundu. Gerek serviks kanserini ve gerekse HPV aşısını duyduğunu ifade edenlerin oranı, dördüncü sınıflarda birinci sınıflardan önemli ölçüde yüksekti. Ancak, ileri incelemede bu farkın Tıp Fakültesi öğrencilerinden kaynaklandığı, diğer fakültelerde birinci ve dördüncü sınıflar arasında önemli bir farkın olmadığı belirlendi.

Logistik regresyon analizinde; serviks kanserini duyma olasılığının, Tıp Fakültesi öğrencilerinde, İlahiyat Fakültesi öğrencilerine göre 5.7 kat, Eğitim Fakültesi öğrencilerine göre 5.6 kat, İİBF öğrencilerine göre 2.4 kat; dördüncü sınıflarda birinci sınıflara göre 1.7 kat, kadınlarda erkeklere göre 3.2 kat fazla olduğu belirlendi. Öğrencinin evlilik durumu ve ailede sağlık personeli bulunmasının serviks kanserini duyma oranına etkisi önemli bulunmadı. Buna karşılık, HPV aşısını duyma olasılığının, Tıp Fakültesi öğrencilerinde İlahiyat Fakültesi öğrencilerine göre 18.5 kat, Eğitim Fakültesi öğrencilerine göre 3 kat, İİBF öğrencilerine göre 4.2 kat; dördüncü sınıflarda birinci sınıflara göre 3.7 kat fazla olduğu belirlendi. Öğrencinin evlilik durumu, cinsiyeti ve ailede sağlık personeli bulunmasının HPV aşısını duyma oranlarına etkisi önemli bulunmadı.

Araştırma grubundaki öğrencilerin %0.3'ü (3 kişi) HPV aşısı yaptırmıştır, %8.8'i ise yaptırmayı düşünmektedir. HPV aşısı yaptırmayı düşünenlerin oranı, Tıp, İİBF, Eğitim, İlahiyat fakültelerinde sırasıyla %18.0, %6.5, %4.96 ve %1.0 ve bulundu. HPV aşısı yaptırmayı düşünenlerin oranı Tıp Fakültesi'nde diğer fakültelerden, kadınlarda erkeklerden, dördüncü sınıflarda birinci sınıflardan anlamlı ölçüde yüksek bulundu. Evlilik durumu ve ailede sağlık personeli bulunma durumunun HPV aşısı yaptırmaya düşüncesine önemli bir etkisi bulunmadı.

Araştırma grubundaki öğrencilerin %22.4'ü HPV aşısının Türkiye'de bulunduğunu bilmektedir. Öğrencilerin %31.9'u kadınlara, %8.7'si erkeklere HPV aşısı yapılması gerektiğini, %80.1'i aşının fiyatı hakkında bir fikri olmadığını, %22.3'ü aşının herkese ücretsiz yapılması gerektiğini, %15.2'si ücretsiz olması halinde aşı yaptıracağını ifade etmiştir.

Öğrencilerin serviks kanseri ve HPV aşısı ile ilgili bilgilerini değerlendirmek için, dört tanesi doğru, sekiz tanesi yanlış olmak üzere, toplam 12 önermeye katılıp katılmadıkları soruldu. Öğrencilerin yarıdan fazlası bu önermeler konusunda fikirleri olmadığını bildirdi. Öğrencilerin %44.7'si HPV aşısının serviks kanserine karşı koruyucu olduğunu, %14.9'u HPV enfeksiyonunun erkeklerde penis kanserine yol açabileceğini, %36.5'i çok eşli kadınlarda serviks kanserinin daha sık olduğunu, %32.3'ü çok eşli erkeklerin eşlerinde serviks kanserinin daha sık olduğunu biliyordu. Buna karşılık, öğrencilerin %9.5'i kadınlarda HPV enfeksiyonunun nadir olduğunu, %16.4'ü erkeklerde HPV enfeksiyonu olmadığını, %21.7'si kondomun HPV bulaşmasını önlediğini, %8.8'i HPV aşısının kadınlarda kısırlığa yol açabileceğini, %13.8'i HPV aşısının AIDS bulaşmasını önleyeceğini, %4.6'sı HPV aşısı olanlarda cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) için önlem almak gerekmediğini, %5.6'sı sünnetli erkeklerin eşlerinde serviks kanserinin daha sık olduğunu düşünmektedir.

Öğrencilerin yaklaşık %85'i serviks kanseri ve HPV aşısı ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmak istediğini belirtmiştir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırma grubundaki öğrencilerin yaklaşık beşte biri serviks kanserini, üçte ikisi ise HPV aşısını duymamıştır. Serviks kanserini ve HPV aşısını duyma açısından Tıp Fakültesi öğrencileri ile diğer öğrenciler arasında büyük bir fark vardır. Tıp Fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinde HPV aşısını duyma oranının birinci sınıflara göre önemli ölçüde arttığı, buna karşılık, diğer fakültelerde önemli bir artışın olmadığı belirlenmiştir. Tıp Fakültesi'nde özellikle üçüncü sınıftaki dersler ve dördüncü sınıftaki "Kadın Hastalıkları ve Doğum Stajı" içerisinde serviks kanseri ve HPV aşısı ile ilgili konulara yer verilmektedir. Ancak diğer fakültelerde okuyan hatta bitirmek üzere olan öğrencilerin çoğunluğunun bu konuda bilgisinin olmaması önemli bir sorundur.

HPV aşısının, 9–26 yaşlar arasındaki kız çocuklara ve kadınlara uygulanması önerilmektedir. Ancak, araştırma grubunda HPV aşısı yaptırma oranı çok düşüktür. Aşı yaptırmayı düşünen kız öğrencilerin oranı da %10 dolayındadır. İzmir’de yapılan bir çalışmada, üniversite birinci sınıftaki öğrencilerin %25.1’inin HPV aşısını duyduğu, %0.4’ünün aşı yaptırdığı ve yaklaşık %10’unun aşı yaptırmayı düşündüğü belirlenmiştir (1). Amerika Birleşik Devletleri’nde üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, kız öğrencilerin HPV enfeksiyonları konusundaki ortalama bilgi puanları erkek öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur (2). Portekiz’de yapılan bir çalışmada, Tıp Fakültesi öğrencilerinin HPV enfeksiyonu ve serviks kanseri hakkındaki bilgi düzeylerinin diğer öğrencilerden önemli ölçüde yüksek olduğu, fakülteler arasındaki farkın kız öğrencilerde daha belirgin olduğu saptanmıştır (3).

Sonuç olarak, üniversite öğrencilerinin serviks kanseri ve HPV aşısı ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu, bu yetersizliğin Tıp Fakültesi dışındaki fakültelerde daha belirgin olduğu, fakülte yıllarında bu konularda önemli bir bilgi artışı sağlanamadığı, ailede sağlık personeli bulunmasının öğrencilerin bu konudaki bilgi ve tutumlarını etkilemediği belirlenmiştir. Çoğunluğu evlilik öncesi dönemde bulunan ve gelecekte topluma yön vermesi beklenen üniversite öğrencilerinin, serviks kanseri, HPV enfeksiyonları ve HPV aşısı konularında bilgilendirilmesi hem kendi sağlıkları ve hem de tüm toplumun sağlığı açısından önemlidir. Sağlık alanı dışında öğrenim gören öğrencilerin bu konulardaki bilgi düzeylerini artırabilmek için, tüm öğrencilerin katılabileceği eğitim programları düzenlenebilir, diğer fakültelerdeki öğrencilerin sağlıkla ilgili konularda seçmeli dersler almaları sağlanabilir. Öte yandan, kitle iletişim araçları yardımıyla, tüm toplum serviks kanseri ve HPV aşısı konularında bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Serviks kanseri, HPV aşısı, öğrenci

Kaynaklar:

1. Durusoy R, Yamazhan M, Işıkgöz Taşbakan M, et al. HPV vaccine awareness and Willngmess of first–year students entering university in Western Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2010; 11: 1–7.
2. Yacobi E, Tennant C, Ferrante J, Pal N, Roetzheim R. Univeristy sudents’ knowledge and awareness of HPV. Preventive Medicine 1999; 28: 535–541.
3. Medeiros R, Ramada D. Knowledge differences between male and female university students about human papillomavirus (HPV) and cervical cancer: Implications for health strategies and vaccination. Vaccine 2011; 29: 153–160.

539

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SİGARA BIRAKMADA BAŞARI DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Murat Demirezen, Mehmet Ali Kurçer, Sultan Aydın, Ali Rıza Karakoyun, Esin Sayın

Bülent Ecevit Üniv.Tıp Fak.Halk Sağlığı A.D.

Giriş ve Amaç : Sigara ile ilişkili hastalıklar günümüzün en önemli sağlık problemlerinden biridir. Sigara içenlerin bırakma girişimleri için hekimlerin bırakma tavsiyelerinin önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Bu amaçla açılan eğitilmiş sağlık personeliyle yürütülen sigarayı bırakma poliklinikleri davranış eğitimi, motivasyonel destek ve farmakolojik tedavinin birlikte uygulanabildiği en iyi birimlerdir¹.

Bu çalışmada, Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Uygulama Hastanesi Sigarayı Bırakma Polikliniğine sigarayı bırakmak amacıyla başvurarak izleme alınan olguların sigara bırakma durumları ve bunları etkileyen etmenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve Yöntem:Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 1 Mart - 31Ekim 2011 tarihleri arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran 751 hastadan 543'ü (%72.3) üzerinde örneklem seçilmeden yapılmıştır. Araştırmaya katılan 208 hasta altıncı ayın sonunda telefon ile ulaşılamadığı için evrene dahil edilmemiştir. Hastaların sosyo-demografik özelliklerini, Fagerström nikotin bağımlılık testini, sigara bırakma isteğini, sigara bırakmaya verilen önemi ve kendilerine sigara bırakma konusunda ki güveni ölçen sorular, tüketilen sigara miktarı (yıl/paket), sigaranın aylık maliyeti, önceki bırakma girişim deneyimleri ile ilgili sorular anket formunda yer almıştır.

Polikliniğe başvuran hastalara davranışçı girişimlerin yanı sıra farmakolojik tedavi başlanmış eğer kontrendikasyon mevcut ise sadece davranışçı girişim olarak motivasyonel görüşme uygulanmıştır. Her hasta için başvuru tarihinden itibaren altıncı aya ulaşıldığında telefon edilerek, sigarayı bırakma durumu, önerilen ilacı ya da tedaviyi alma ve uygulama durumu sorgulanmıştır. Altı ay boyunca hiç sigara içmemiş hastalar başarılı olarak kabul edildi. Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS 15.0 paket programı ile değerlendirilmiş aritmetik ortalamalar, standart sapmalarıyla verilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkinin gösterilmesinde bağımsız örnek t-testi ve kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin gösterilmesinde ise ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır.

Bulgular:Araştırmaya katılan 543 hastadan %69.1'i (375 kişi) erkek %30.9'u (168 kişi) kadındır.

Yaş ortalamaları; 38.5 ± 11.55 'dir. Yaş ile sigara bırakma durumu karşılaştırılmış ve sigarayı bırakanların ortalama yaşı 40.30 ± 11.98 , sigarayı bırakmayanların ortalama yaşı 38.02 ± 11.39 olup anlamlı farklılık yoktur ($p=0.061$). Hastaların medeni durumlarına bakıldığında evli olmayanlarda başarı oranı %20.9 iken, evli olanlarda bu oran %21.0'dir. Hastaların medeni durumları ile başarı oranları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0.945$).

Hastaların eğitim durumları ile başarı oranları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0.179$). Bırakmayı daha önce denemiş olgularda başarı oranı %23.0 iken, denememiş olanlarda %15.9'dur. Önceden deneyenler daha başarılı görülmektedir ancak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0.086$)

Hastaların hayatı boyunca toplam sigara içme süresi (paket/ yıl) ile başarı durumları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Sigarayı elde etmek için para harcanması DSM IV nikotin bağımlılığı kriterlerinden biri olup, aylık sigaraya harcanan para miktarı ile bırakma başarısı arasında anlamlı fark yoktur. Sigarayı bırakanlar ile bırakmayanlar arasında ilk başlama yaşı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Sigara bırakma polikliniğine başvuran ve psikiyatrik bir hastalığı olan 129 hastadan 29'u (%22.5) sigarayı bırakırken, psikiyatrik bir hastalığı olmayan 388 hastanın 83'ü (%21.4) sigarayı bırakmıştır ($p=0.795$).

Polikliniğimizde ücretsiz ilaç verilmeden önce ve sonrası dönemlerdeki hastaları değerlendirdiğimizde, ücretsiz ilaç verilmeden önce evinde kendisinden başka sigara içen kişi bulunan 124 hastanın 23'ü (%19.5) sigarayı bırakırken, bulunmayan 130 hastanın 37'si (%28.5) sigarayı bırakmıştır. Evinde kendisinden başka sigara içen kişi bulunması ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.043$). Ücretsiz ilaç sonrası dönemdeki hastalarda, evinde kendisinden başka sigara içen kişi bulunması ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0.514$). Yine aynı şekilde ücretsiz ilaç verilmeden önce Fagerström puanı yüksek olan grubun başarı oranı daha düşük iken ücretsiz ilaç sonrası dönemdeki hastalarda Fagerström puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır (sırayla, $p=0.031$, $p=0.071$).

Her iki grupta da farmakolojik tedavi ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (sırayla, $p=0.665$, $p=0.454$).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler:Sigarayı bırakanların yaş ortalaması ile sigarayı bırakmayanların yaş ortalaması arasında anlamlı farklılık yoktur. Bu çalışmayla benzer biçimde Balbay, Şahbaz ve Solak da sigarayı bırakan ve bırakmayanların yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır^{1,2,4}. Bu bulgular göstermektedir ki; sigarayı her yaşta bırakmanın mümkün olduğunu, belli bir yaş grubuna öncelik ve daha fazla zaman ayırmanın gerekli olmadığı söylenebilir. Bu çalışmada hastaların medeni durumları ile başarı oranları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Şahbaz evlilerin sigara bırakma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir².

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bu çalışmayla benzer biçimde Çan, Şahbaz ve Solak da sigara bırakanlarla bırakmayanlar arasında Fagerström Nikotin Bağımlılık Puanı yönünden anlamlı fark bulmamışlardır^{2,3,4}.

Şahbaz da bu çalışmayla uyumlu olarak eğitim seviyesi ile bırakma durumu arasında anlamlı farklılık bulamamıştır. Ancak Çan ve arkadaşları lojistik regresyon modelinde eğitim düzeyi arttıkça sigarayı bırakmanın arttığını göstermiştir^{2,3}.

Bu çalışmada sigara bırakmayı daha önceden deneyen ve denemeyen hastalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Balbay ve arkadaşları, Çan ve arkadaşları da daha önce bırakmayı denemiş olmayı etkili bulamamıştır^{1,3}.

Bu çalışmada hastaların hayatı boyunca toplam sigara içme süresi (paket/ yıl) ile başarı durumları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Şahbaz ve Çan'ın yaptıkları çalışmalarda da anlamlı fark bulunmamıştır^{2,3}.

Bu çalışmada da Şahbaz ve Çan'ın yaptıkları çalışmalarla uyumlu olarak sigarayı bırakanlar ile bırakmayanlar arasında ilk başlama yaşı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır^{2,3}.

Bu çalışmada, evinde kendisinden başka sigara içen kişi bulunması sigara bırakma başarısını anlamlı düzeyde düşürmektedir($p=0.043$). Çan'da bu çalışmayla uyumlu olarak evde bırakan kişiden başka sigara içenlerin olmasını sigara bırakılmada olumsuz yönde etkilemekte olduğunu saptarken, Solak ve arkadaşları ise evde sigara içen bir yakının olmasının sigarayı bırakma başarısını olumsuz etkilemediğini saptamıştır.^{3,4}

Bu çalışmada farmakolojik tedavi ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Şahbaz, Balbay ve Solak da bu çalışmayla benzer biçimde uygulanan tedavi yöntemi ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı fark bulmamışlardır^{1,2,4}.

Araştırmanın genel kısıtlılıkları ise araştırmaya sadece telefon ile ulaşabildiğimiz hastaları dahil etmemiz, hastanın ilaçla tedaviye uyum zorluğu, kontrollere gelmemesi, bir dönem ilaçların ücret ile alınmasıdır.

Sonuç olarak; farmakolojik tedavi protokolünün tipi başta olmak üzere, eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet, medeni durum, daha önce ki sigara bırakma deneyimi, nikotin bağımlılık düzeyi, paket/yıl sayısı, sigaraya başlama yaşı, psikiyatrik bir hastalığın olup olmaması gibi bir çok etken sigara bırakmada etkili bulunmazken yalnızca ücretsiz ilaç verilmeden önce ki dönemde evde kendisinden başka sigara içen birinin olmamasının sigara bırakma başarısını arttırdığı bulunmuştur. Bu da sigaranın bırakılmasında biyolojik, psikolojik, davranışsal boyutlardan çok sosyal çevrenin etkisini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Sigara, tedavi, bağımlılık.

Kaynaklar:

1. Balbay Ö, Annakkaya A.N,Aytar G, Bilgi C. Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçları. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 3: 10-14.
2. Şahbaz S,Kılınç O,Günay T,Ceylan E, Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri ,Türk toraks Dergisi. Haziran 2007, Cilt 8, Sayı 2, Sayfa, 110-114.
 3. Çan G, Öztuna F, Özlü T, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004; 52(1): 69-74.
4. Solak Z.A,Telli C.G, Erdiñç E, Sigara bırakma tedavisinin sonuçları Türk Toraks Dergisi Nisan 2003, Cilt 4, Sayı 1, Sayfa 073-077.

BİR ÜNİVERSİTEDE ÖĞRENCİLERİN SİGARA, ALKOL VE MADDE KULLANIMI İLE MÜCADELEDE AKRAN EĞİTİMİNİN ROLÜ

Coşkun Bakar¹, Serdar Topal², İlhan Pirinççiler², M.Cengiz Işık², Türkan Aydın³, Mukadder Uysalar², Aysun Acer², Cumhuri Çırnaz², Esin Akgül⁴, Hülya Görgün²

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Merkezi gençlik Danışma Birimi, ³Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Yabancı Diller Yüksekokulu, ⁴ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç:Araştırmalar ergenlerin ve genç erişkinlerin sigaraya, alkole ya da madde kullanımına lise döneminde ya da üniversite yaşantılarının ilk yıllarında başladıklarını göstermektedir. Üniversite öğrencileri üzerinde uygulanan bu müdahale çalışmasının amacı, akran eğitimi yöntemini kullanarak öğrencilerin bağımlılık konusunda bilgi düzeyinin artırılması ve gelecekte tutum ve davranışlarının olumlu yönde etkilenmesidir.

Gereç ve Yöntem:Bu proje Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi'nde fakülte ve yüksekokullarda yapılan müdahale tipinde epidemiyolojik araştırmadır. Hazırlık sınıfları müdahale grubudur ve 206 öğrenciye eğitim verilmiştir.Kontrol grubu 2009-2010 yıllarında zorunlu hazırlık eğitimi alan 96 birinci sınıf öğrencisi arasından seçilmiştir.

Proje, Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Gençlik Danışma Birimi(GDB) tarafından yürütülmüştür. GDB bünyesinde üç doktor, bir ebe-hemşire, bir psikolog, bir danışman rehber, bir diyetisyen bulunmaktadır.Projenin uygulama tarihinde üniversite etik kurulu aktif olmadığından, etik kurul izni alınmamıştır.Rektörlüğün yazılı izni alınmıştır.

Araştırmanın birinci aşamasında hazırlık sınıfı ve birinci sınıf öğrencilerine gözlem altında anket formu uygulanarak, sigara, alkol ve madde kullanımı sıklığı ve risk faktörleri saptanmıştır.İkinci aşamada akran eğitimcilerinin eğitimleri tamamlanmış; akran eğitimcileri aldıkları eğitimlerden kazandıkları bilgileri hazırlık sınıflarındaki öğrencilere aktarmışlardır. Bu amaçla öncelikle aday akran eğitimcileri belirlenmiştir.Bunun için proje afişi tüm okul panolarına asılmak üzere dağıtılmıştır.Böylece gönüllü olan öğrencilerin projede çalışmak için GDB'ye başvurmaları istenmiştir.Bu aşamada yaklaşık 80 başvuru olmuştur. Daha sonra aday akran eğitimcileri ile toplantı yapılmış; akran eğitimcilerinin eğitimi aşamasına geçilmiştir.Bu eğitim iki aşamada planlanmıştır.Eğitim aşaması Yeniden Derneği Yöneticilerinden Prof.Dr.Kültegin Ögel ve psikologları birlikte yürütülmüştür.

Eğitimin iki bileşeni bulunmaktadır.Bunlardan birincisi eğitim teknikleri, etkili sunum yöntemleri ve iletişim yöntemlerini içermektedir. Bu eğitim programı ilk aşama eğitimi olup aynı zamanda akran eğitimcilerinin seçiminde de araştırmacılara destek olmuştur. Bu eğitim projeye katılmak isteyen 80 kişiye uygulanmıştır. Grup kalabalık olduğundan eğitim iki kez yapılmıştır.Eğitim Becerileri Geliştirme kursu, proje araştırmacıları ve GDB biriminden Psikolojik Danışmanlık Rehberlik uzmanının katılımı ile gerçekleştirilmiştir.Öğrencilerle aktif eğitim yöntemleri kullanılmış ve sunum yapımları için teşvik edilmiştir.

Eğitim sonrası akran eğitimcilerinin seçimine geçilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda 40 asil, 4 yedek öğrenci belirlenmiş ve ikinci aşama eğitimlere çağırılmıştır. İkinci aşama Yeniden Derneği Tarafından uygulanan "Bağımlılığı Önlemede Akran Eğitimi Programı"dır. Üç gün süren ve 5 modülden oluşan bu eğitimde akran eğitimcilerine uygulayacakları programın aynısı uygulanmıştır.Eğitim bittikten sonra hazırlık sınıflarındaki uygulamaya geçilmiştir. Bu uygulama Aralık 2010, Mayıs 2011 dönemlerinde yapılmıştır. 10 tane hazırlık sınıfı olduğundan, her hazırlık sınıfı için dört kişilik grup belirlenmiştir. Her grup kendisi için belirlenmiş olan sınıfa beş modül olan eğitim programını uygulamıştır. Hem akran eğitimcilerine hem de hazırlık öğrencilerine eğitim öncesi ve sonrası değerlendirme testi uygulanmıştır. Üçüncü aşamada hazırlık sınıfında eğitim alan öğrencilere eğitim başında uygulanan anket formu tekrar uygulanmıştır.Bu aşamada amaç eğitim etkinliğinin değerlendirilmesidir.Özellikle eğitim öncesinde uygulanan değerlendirme formu eğitim sonrasında yeniden uygulanmıştır.Ayrıca öğrencilere projenin başında uygulanan anket formu, ilk uygulamadan bir yıl sonra tekrarlanmıştır. Eğitimin bu kadar kısa sürede tutum ve davranışları olumlu etki yapması beklenmemekle birlikte, bir yıllık sürede eğilimin izlenmesi amacıyla bu uygulama yapılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Anket Formu beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümden öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri sorgulanmaktadır. İkinci bölümde sigara kullanımı, üçüncü bölümde alkol ve dördüncü bölümde de madde kullanımına yönelik sorular bulunmaktadır. Beşinci bölümde öğrencilerin ruhsal durumlarını ve madde kullanımının belirleyicilerinin saptanabilmesi amacıyla Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği, Stres Belirti Listesi uygulanmıştır. Ayrıca eğitimin etkinliğinin öğrencilerin bağımlılık konusundaki bilgi durumları üzerine olan etkisinin değerlendirilmesinde 18 soruluk bir ölçekten yararlanılmıştır. Bu ölçek akran eğitici grubuna ve eğitim alan gruba eğitim öncesinde ve sonrasında uygulanmıştır. Akran eğitimi alan hazırlık sınıflarına bir yıl sonra da uygulanmıştır. Değerlendirmeler soru bazında yapıldığı gibi ayrıca toplam puanlar da hesaplanmıştır. Toplam puanlar hesaplanırken doğru cevaplar "1" puan, yanlış cevaplar "0" puan olarak değerlendirilmiştir. Bundan sonraki aşamada toplam puan hesaplanmıştır. Tüm sorulara doğru cevap veren öğrenci "18" toplam puan almıştır. Bu araştırmanın verileri SPSS 15.0 istatistik paket programına aktarılmış ve analizler bu programda yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede Ki-Kare, varyans analizi, iki eş arasındaki farkın önemlilik testi ve tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %52,7'si kız öğrencidir. Kız öğrencilerin %32,9'u arada sırada ya da düzenli olarak sigara kullanırken, erkek öğrencilerin %51,8'i arada sırada ya da düzenli olarak sigara kullanmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ailesinde sigara kullanan birisi olan, arkadaşı ya da örnek aldığı kişi sigara kullanan öğrencinin kullanmayana göre daha fazla sigara kullandığı saptanmıştır. Anne ya da babası ölmüş ya da ayrılmış olan öğrencilerin diğer öğrencilere göre daha fazla sigara kullandıkları ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu tespit edilmiştir. Sigara kullanan öğrencilerin BDE puanlarının kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin ilk kez sigara kullanma nedenine bakıldığında arkadaş etkisinin ilk sırada yer aldığı görülmüştür. İncelenen öğrencilerinin %25,3'ü hayatı boyunca hiç alkol kullanmamış olup, %7,9'u düzenli olarak alkol kullanmaktadır. Ailesinde alkol kullanan birisi olan arkadaşların ya da örnek aldığı kişi alkol kullanan öğrencilerin daha fazla alkol kullandıkları görülmüştür. Öğrencilerin ilk kez alkol kullanma nedenlerine bakıldığında arkadaş etkisinin birinci sırada yer aldığı görülmektedir. Anne ya da babası ölmüş ya da ayrılmış olan öğrencilerin diğer öğrencilere göre daha fazla alkol kullandıkları ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu tespit edilmiştir. İncelenen öğrencilerin %90,1'i hayatı boyunca hiç esrar kullanmamıştır. %4,7'si bir kez denemiş, %1,9'u bir süre kullanmış şu anda kullanmıyor, %2,1'i arada sırada ve %1,1'i düzenli olarak kullandığını belirtmiştir. Hayatı boyunca esrar kullanma durumunun erkeklerde kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede fazla olduğu saptanmıştır. Ailesinde esrar kullanan öğrencilerin 16,3(%95 GA:2,8-130,1) kat, esrar kullanan arkadaşı olan öğrencilerin 15,9(%95 GA:5,4-49,9) kat ve örnek aldıkları kişilerin esrar kullandıkları öğrenciler 21,1(%95 GA:4,9-109,3) kat daha fazla esrar kullanım riski ile karşı karşıya kaldıkları gözlenmektedir. Öğrenciler ilk kez esrar kullanma nedeni olarak arkadaş etkisini ve yaşanan stresi göstermektedir. Hiç esrar kullanmamış olanlarda depresyon ve UCLA yalnızlık ölçeği puanlarının en az bir kez kullanmış olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak derece düşük olduğu görülmüştür.

Akran eğitimcilerine uygulanan ön test ve son test sonucunda 15 soruda eğitim sonrasında doğru yanıtların arttığı görülmüştür. Bir soruda doğru yanıt verenlerin sayısında değişiklik olmamıştır. İki soruda ise doğru yanıtların azaldığı görülmüştür.

Akranların eğittiği hazırlık sınıfı öğrencilerinde ise 14 soruda doğru yanıt verenlerin yüzdesinin arttığı gözlenmektedir. Dört soruda ise eğitim sonrası doğru yanıtların yüzdesi azalmıştır.

Öğrencilerin ön test ve son test puanları arasındaki farklılığın değerlendirilmesi amacıyla toplam puanlar hesaplanmıştır. Yapılan genel değerlendirmede eğitim sonrası puanların istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hem kız hem de erkek öğrencilerde eğitim sonrasında öğrencilerin bilgi düzeyleri yükselmiştir. Öğrencilerin eğitim öncesi puanları karşılaştırıldığında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Eğitim sonrası uygulanan son test puanları arasındaki farklılıklara bakıldığında ise üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Hem kız hem de erkek öğrenciler arasında akran eğitimcilerinin bilgi puanları diğer iki gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Daha sonra akran eğitimcilerinin eğitim verdiği hazırlık sınıfı öğrencilerinin puanları gözlenmektedir. En düşük puan da hiç eğitim verilmeyen kontrol grubunda olduğu görülmüştür. Bir yıl sonra akran eğitimcilerinden eğitim alan gruba tekrar aynı ölçek uygulanmış ve hem kız hem de erkek öğrencilerde bilgi puanlarının bir yıl önceki son test puanına göre düştüğü görülmüştür.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tartışma:Bu araştırmada amaç bağımlılıkla mücadelede akranların birbiri üzerinde yaratabileceği etkinin itici gücünden yararlanmaktır. Eğitim öncesi ve sonrası yapılan değerlendirmelerde tüm gruplarda, kızlarda ve erkeklerde eğitimin öğrencilerin bilgi düzeyi üzerine olumlu etki yaptığı saptanmıştır. Eğitimin yarattığı fark akran danışmanlarında hazırlık sınıflarına göre daha yüksek olmuştur. Her iki grubun kontrol grubu ile yapılan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Akran danışmanlarının hazırlık sınıflarında göre daha fazla farklılık olması beklediğimiz bir bulgudur. Çünkü onlar eğitimi daha yoğun bir program çerçevesinde almışlardır. Hazırlık sınıflarının eğitimi 6 aylık bir dönem içinde olmuştur ki bunun da eğitimin etkinliğini zayıflattığını düşünmekteyiz. Ayrıca akran danışmanları, eğitim için motive olmuş bir gönüllü bir gruptur. Bu durumun akran danışmanlarının öğrenme motivasyonu üzerinde olumlu etki yapma potansiyeline sahip olduğunu düşünmekteyiz.

Hem akran eğitimcileri hem de hazırlık sınıfına verilen eğitimin öğrencilerin bilgi düzeyi üzerinde olumlu etki yapması bu projenin en güçlü bulgusudur. Çünkü bu projenin çıkış noktası genç nesilleri sigara, alkol ve madde kullanımının olumsuz etkilerinden ve bağımlılıktan korumada akran eğitimi modelinin önemli rolü olacağı yönündedir. Elde ettiğimiz bulgular bu düşüncemizi destekler niteliktedir. Çünkü sigara, alkol, esrar, uçucu madde kullanımında arkadaşın madde kullanımı önemli bir risk olarak karşımıza çıkmıştır. Bunun dışında öğrenciler ilk kez madde kullanma nedenleri arasında birinci sırada arkadaş etkisini göstermektedir. Bizim projemizde yer alan bu ön kabul üzerinden yola çıkarak öğrencilerin madde kullanımının azaltılması düşünülmüştür. Bu kadar kısa sürede sigara, alkol ya da madde kullanımı üzerinde olumlu etki yaratmak gibi bir hedef gerçekçi değildir. Zaten bir yıl sonra yapılan kontrol anketinde de madde kullanımı açısından önemli farklılık saptanmamıştır. Ancak eğitimin bilgi düzeyinde yarattığı etkinin, gelecekte öğrencilerin tutum ve davranışları üzerinde olumlu etki yapması kuvvetle muhtemeldir.

Eğitimin değerlendirmesi ile ilgili olarak bir diğer önemli bulgu da, bir yıl sonra yapılan değerlendirmede öğrencilerin bilgi puanlarının düşmesidir. Eğitim öğrencilerin bilgi düzeyini arttırmıştır; ancak sürekliliği sağlayamamıştır. Bu da bize bu tür eğitimlerin bir seferde olumlu etki yaratamayacağını düşündürmüştür. Tek seferlik eğitimler kısa bir süreliğine etkili olmakta ve zamanla unutulmaktadır. Bu nedenle eğitim programlarının sürekli olarak planlanmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Sonuç ve Öneriler:Üniversite çağındaki gençler arkadaşlarının da etkisi ile sigara, alkol ya da madde kullanmaya eğilimli olabilmektedirler. Bizim araştırmamızda akran danışmanları arkadaşlarının bağımlılık konusundaki bilgi düzeyleri üzerine olumlu etki yapmışlardır. Ancak eğitimin uzun süreli olması ve tekrarlamaması, elde edilen bilgilerin kalıcılığını olumsuz etkilemektedir. Bu tür çalışmaların üniversite içerisinde yapılandırılacak Gençlik Danışma Birimleri üzerinden sürekliliğinin sağlanmasının her türlü bağımlılıktan korunmada önemli katkılar sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Sigara içme, alkol kullanımı, madde kullanımı, akran, üniversite öğrencisi

222

BİR TIP FAKÜLTESİNDEKİ DÖNEM 1 ve DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNİN KAYGI DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

Fatma Yeşim Karakoç, İlker Belek

Akdeniz Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D

Giriş: Anksiyete (kaygı=bunaltı); bireyin kendini tehdit altında hissettiği çeşitli durumlarda ortaya çıkan sıkıntı, endişe ve bunalma duyguları ile birlikte bazı bedensel reaksiyonların olduğu bir durumdur. Hafif-orta düzey bir anksiyete belli durumlarda insanın daha becerikli ve işlevsel hale gelmesini sağlayabilir. Ancak, kronik stres ve anksiyete ruhsal ve fizik sağlığımız açısından son derece olumsuz faktörlerdir. Günümüzde insanın yüz yüze kaldığı streslerin çoğu uzun sürelidir ve olayların sık tekrarları yaşanan strese yine de kronik bir özellik kazandırmaktadır. Ülkemizde tıp öğrencilerinin diğer üniversite öğrencilerine göre daha yüksek psikiyatrik morbidite oranları gösterdiği bildirilmektedir. Tıp öğrencilerinde en sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlıklar,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

anksiyete ve depresyondur. Çalışmamızda amaç: tıp fakültesi 1. ve 6. sınıf öğrencilerinin kaygı düzeylerini saptamak ve kaygı düzeyini etkileyen değişkenleri ortaya çıkarmaktır.

Yöntem: Kesitsel analitik tipte planlanan çalışma 28 Kasım-2 Aralık 2011 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılmış, 145 son sınıf öğrencisinden 106'sı (%73) ve 300 Dönem 1 öğrencisinden 266'sının (%89) katılımı sağlanmıştır. Katılımcılara sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı soru formu ile durumluluk ve süreklilik kaygı anketi uygulanmıştır. Ayrıca dönem 6 öğrencilerinin malpraktis hakkında endişe duyma durumları sorgulanmış, dönem 1 öğrencileri tam değerlendirme yapamayabilecekleri düşünülerek bu sorudan muaf tutulmuşlardır. Çok değişkenli analizlerde (1. sınıf öğrencilerini de analize alabilmek için) malpraktis analize katılmamıştır. Durumluk kaygı anketi, bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini; sürekli kaygı anketi, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Yüksek kaygı düzeyleri için herhangi bir kesim noktası yoktur. Biz bu çalışmada ortalamanın üzeri puan alanları yüksek kaygılı olarak değerlendirdik. Sonuçlar, SSPS 10.0 programında değerlendirildi. İstatistiksel analizler için T-Testi, ANOVA ve lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların durumluk kaygı puanı $41,47 \pm 5,64$, sürekli kaygı puanı $45,57 \pm 7,13$ idi. Cinsiyete göre kaygı puanları karşılaştırıldığında erkeklerin durumluluk kaygı puanı kızlardan ($p=0,020$), kızların sürekli kaygı puanı erkeklerden ($p=0,001$) anlamlı olarak yüksekti. Dönem 1 ve 6 öğrencilerinin kaygı durum düzeyi aralarında anlamlı fark yoktu. Aldığı eğitimi yeterli bulup bulmama ve tıp fakültesini seçme nedenleri kaygı düzeyini etkilemiyordu. Malpraktis hakkında endişeli olan intern hekimlerin sürekli kaygı puanı, endişe duymayanlara göre anlamlı derecede yüksekti ($p=0,006$). Lojistik regresyon analizi sonucuna göre; sürekli kaygı erkeklerde kadınlara göre daha az yaşanmaktaydı (OR:0,45, $P=0,000$); durumluk kaygı düzeyinde ise cinsiyete göre anlamlı fark bulunamadı. Mezuniyet sonrası işsizlik korkusu duyanlar, duymayanlara göre durumluk kaygıyı daha az yaşarken (OR:0,64), ($p=0,05$), sürekli kaygı yaşama durumları ise 1,7 kat daha yüksekti ($p=0,02$). Alkol kullanma durumuna göre sürekli kaygı durumu anlamlı değişiklik göstermezken, durumluk kaygı alkol kullananlarda kullanmayanlara göre 1,8 kat fazla yaşanmaktaydı ($p=0,02$).

Tartışma ve Sonuç: Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde STAI kullanılarak yapılan birçok araştırmada tıp öğrencilerinde anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur (1,2). Tıp fakültesinin uzun ve ağır ders yükü, boş zaman eksikliği, mesleğin getirdiği sorumluluklar ve yeterli bilgi beceriye ulaşamama hissi anksiyeteyi artıran etmenler olabilir. Tıp öğrencilerinin mezuniyet sonrası işsiz kalma kaygıları, ülkemizde aile hekimliği sistemine geçilmesi ve aile hekimliği kadrolarının sınırlandırılması, buna rağmen artan tıp fakültesi kontenjanları ve açılan yeni tıp fakülteleri gibi faktörler ile ilgili olabilir. Benzer çalışmalarda tıp öğrencilerinin mesleki gelecek kaygısı taşıdığı, bunların da yarısının uzmanlık ve TUS'a ait kaygı taşıdığı bulunmuştur(3). Çalışmamızda kadınlarda sürekli kaygı düzeyi erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Benzer çalışmalarda, kadınların stresli ortamlardan daha yoğun etkilendikleri, daha yüksek düzeyde kaygı duydukları sonucu çıkarılmıştır (3,4). Durumluk kaygı düzeyi alkol kullananlarda yüksek düzeyde bulunmuş olup, ağır eğitim süreci gerektiren mesleklerde alkol vb. kullanma sıklığının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır(5). Çalışmamızda malpraktis hakkında endişeli olan intern hekimlerin sürekli kaygı puanı, endişe duymayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Tıp fakültesi eğitimi sonrası, insan sağlığı ile doğrudan ilişkili bir sorumluluk yüklenen hekimler için malpraktis ek bir baskı oluşturuyor olabilir. Bu araştırmada, Tıp Fakültesi öğrencilerinde ortalamanın üzerinde kaygısı olanların oranı % 40'lardadır. Bu durum, sağlık personelinin zor çalışma koşulları da gözetenilerek irdelenmelidir.

Anahtar kelimeler: Kaygı, Anksiyete, Tıp Öğrencileri, STAI. KAYNAKLAR 1.) N. Yeniçeri, V. Mevsim, "Tıp Eğitimi Son Sınıf Öğrencilerinin Gelecek Meslek Yaşamları İle İlgili Yaşadıkları Anksiyete İle Sürekli Anksiyetelerinin Karşılaştırılması" DEÜ. TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ, CİLT 21, SAYI 1, (OCAK) 2007, S: 19 – 24

2.) M. Aktekin, T. Karaman, "Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey" <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365>

3.) S. Canbaz, A. Sünter, "Tıp fakültesi öğrencilerinin kaygı düzeyi", Genel Tıp Dergisi 2007;17(1)

4.) M. Dahlin, N. Joneborg, "Stress and depression among medical students: a cross-sectional study" <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2929.2005.02176.x/full> 5.) S. Baldassin, T. Alves "The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study" <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/8/60>

BİR İLKÖĞRETİM OKULU İKİNCİ KADEME ÖĞRENCİLERİNİN KENDİLERİNE VERİLEN SAĞLIK EĞİTİMİNİ DEĞERLENDİRMESİ

Fatih Kara¹, Yasemin Durduran², Mehmet Coşgun³

¹S.Ü. Selçuklu Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ²N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ³S.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sağlıklı bir toplum için, ilköğretim yıllarında alınan sağlık eğitimi doğru sağlık davranışları kazanmada önemli bir adımdır. Çocuğun kendi sağlığını koruma ve geliştirme anlamında yapabileceklerini kavraması açısından, bu yıllarda yapılacak sağlık eğitimi değerlidir. Fakat yapılan sağlık eğitiminin yararlı olabilmesi için, öğrencinin dinlemek istemesi önemlidir. Dinlemeye istekli olma, iyi kavrama ve öğrendiklerini uygulamayı beraberinde getirecektir. Verilen sağlık eğitiminin öğrenciler tarafından değerlendirilmesi, daha sonra yapılacak bu eğitimlerin içeriğini hazırlamada eğitimcilere yardımcı olacaktır. Bu çalışma, bir ilköğretim okulunda verilen sağlık eğitiminin öncesi ve sonrasında eğitimin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Konya ilindeki bir ilköğretim okulunda yapılan bu araştırmaya ilköğretim ikinci kademe öğrencilerinden altı ve yedinci sınıf 200 öğrenci alındı. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan eğitim öncesinde ve sonrasında kullanılan anket yardımıyla çalışma öncesinde gerekli izinler alındıktan sonra toplandı. Anket öncesinde öğrencilere anket ve yapılacak eğitim ile ilgili kısa bir bilgilendirme yapıldı. Eğitim öncesinde “iyot yetersizliği ve hastalıkları ile korunma için yapılacaklar” konusu belirlendi. Konu ile ilgili eğitimden beklenenler ve konu içeriğine ait 18 sorudan oluşan bir anket, ankete katılmak isteyen öğrencilere sınıfta gözlem altında uygulandı. Anketten hemen sonra genellikle resimlerin yer aldığı ve cümlelerin az olduğu slaytlar ile interaktif bir eğitim yapıldı. Eğitim verildikten sonra eğitim içeriği ve değerlendirilmesi ile ilgili 4 sorunun yer aldığı anketin doldurulması istendi. Betimlemede yüzdelerden yararlanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 200 öğrencinin % 53’ü erkek, % 47’si kızlardan oluşmaktaydı. Öğrencilerden sağlık eğitiminin nasıl yapılmasını istedikleri sorusuna % 41’i bilmiyorum cevabı verip veya boş bırakırken; % 17’si deneyle uygulamayla, % 13’ü slaytla, % 11’i videoyla yapılması; kalanı ise tane tane, yazılı olarak, ne bilmem gerekiyorsa şeklinde cevaplar vermişlerdir. Eğitim sonunda eğitimden ne bekledikleri sorusuna yeni bilgiler kazanmak, iyotlu tuzun nasıl kullanılması hakkında birşeyler öğrenmek cevabını verenler % 56; fikri olmayanlar % 28; eğitimin iyi anlatılacağına inananlar % 3; kalanlar ise az tuz, bilinçli tuz tüketimi, tuzu bırakacağına veya daha fazla kullanacağına inanma gibi farklı cevaplar içeriyordu. İyot yetersizliğinin neden olabileceği en az bir durumu bilenler % 39, iyot eksikliğini önlemede alınacak en az bir tedbiri bilenler % 64 idi. Öğrencilerin % 57’si evde iyotlu tuz kullandıklarını belirtmişti. Eğitim sonunda % 90’ı sunumu beğenmişti; beğenme nedeni olarak sunum güzeldi, etkileyiciydi, eğiticiydi diyenler % 54; çok bilinçlendim, yeni ve faydalı bilgiler öğrenme iyotlu tuzun kullanımının önemi gibi bilgileri öğrendiğini belirtenler % 46 idi. Beğenmediğini belirten % 10 öğrencinin % 33’ü konuyu sıkıcı bulurken, % 17’si pek fazla bir şey anlamadığını, yine % 17’si tenefüsün de alındığını, % 11’i çok hızlıydı, % 5.6’sı yavaştı, kalanı da ilgilenmediğimi, gereksiz olduğunu belirtmişti. Sunumun içeriğini % 97’si yararlı bulmuştu; yeni bilgiler öğrenmek, bilinçlenmek, etraftaki insanlarla yararını anlatmak, sağlığını korumak gibi nedenlerden dolayı yararlı bulduklarını belirtmişlerdi. Eve gidince anneme bana anlatılanları söyleyeceğim diyenler % 87.4, hayır zaten yerince bilinçliler % 11.5, biliyorlardı ama gene de söyleyeceğim diyenler % 1.1 idi. Bu eğitim nasıl verilse sizce daha iyi olurdu sorusuna anlatılan şekilde iyiydi cevabını verenler % 45, fikri olmayanlar % 14, deneylerle uygulamalı verilse daha iyi olurdu diyenler % 13 iken; kalanı oyunla, tuz fabrikasına giderek, tiyatro şeklinde, daha fazla örnekle gibi cevaplar vermişti.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmanın bulgularına göre öğrencilerin yarıya yakını görsel olarak sağlık eğitiminin verilmesini istemektedir. Eğitim sonunda slaytlar ve interaktif yapılan eğitimden yarıya yakını memnun kalmasına rağmen, halen daha görsel veya hareketli yöntemlerin kullanılması isteyenler vardır. Eğitimin başlangıçta nasıl yapılması gerektiğini bilmeyenler eğitim sonunda oldukça azalmıştır. Yapılan bir sağlık eğitiminde anlatılan konu içeriğinin sonrasında da içeriğe ait eğitim etkisinin araştırıldığı çalışmalar (Geçkil ve ark, 2010)ın yanında verilen sağlık eğitiminin nasıl olması gerekliliğini araştıran çalışmalara da ihtiyaç vardır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Eğitimden memnun olanlar ve içeriği faydalı bulanlar yüksektir. Ailelerine eğitim içeriği ile ilgili bilgi vereceklerini belirtenlerin olması yüz güldürücüdür. Sağlık eğitiminden beklenen hem eğitim verilenleri, hem yakın çevresini ve toplumu bilinçlendirmektedir. Okul sağlığı çalışmaları içerisinde öğrencilerin sağlık ve gelişme durumlarının saptanması (Aydın ve ark, 2004) önemlidir. Çünkü sağlık eğitimi verilmesi elzem olan konuların belirlenmesinde yön gösterir. Sağlık eğitimi uygulanacak hedef grubun eğitim alırken eğitimden beklentilerini bilmek ve verilecek eğitimi gruba uygun olarak hazırlamak, sağlık eğitiminde verilenlerin kalıcılığı açısından katkı sağlayabilir. Oyunlaştırma, beyin fırtınası gibi değişik yöntemler kullanılarak katılımcıların bir şekilde eğitime aktif katılması sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Sağlık eğitimi, eğitim etkinliği, ilköğretim, öğrenci

Kaynaklar:

1. Aydın N., İrgil E., Akış N., Pala K. Nilüfer halk sağlığı eğitim araştırma bölgesinde dört ilköğretim okulundaki öğrencilerin sağlık durumlarının değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004;30(1):1-6.
2. Geçkil E., Savaş R., Şahin T., Kutlu F.T., Yoloğlu S. İlköğretim ikinci kademe öğrencilerine Hepatit B konusunda verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2010:30-40.

770

BİRİNCİ BASAMAKTAKİ HEKİMLERİN KOAH KONUSUNDAKİ HİZMET İÇİ EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI BİLGİ DÜZEYİ

Emel Güden¹, Ahmet Öksüzkaya¹, Münevver Mert Soylu², Ahmet Güden³, Rukiye Tuna⁴

¹Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü, ² Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

³Kayseri Bünyan Devlet Hastanesi, ⁴Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş Ve Amaç:Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) iş gücü ve mortalitenin önemli bir nedeni olup, dünyada en sık olum sebepleri arasında altıncı sıradadır ve 2020'de üçüncü sıraya çıkacağı hesaplanmaktadır. Solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin %75'i KOAH'a atfedilebilir. Prevalansı %30'a yaklaşıktır. İspanya'da 40–69 yaşları arasındaki erişkin popülasyonda KOAH prevalansı %9,1 olup toplum sağlık-bakım sistemi açısından hem birinci basamak sağlık bakımında hem de hastanelerde önemli bir problemdir. Amerika Birleşik Devletlerinde KOAH ölüm nedenleri arasında 3. sırada yer almaktadır. Popülasyonun yaşlanması ve hastalık prevalansının sürekli artıyor olması nedeniyle finansal yük durmadan artmaktadır. Birinci basamakta çalışan hekimlerin dikkatli karar vermesi ile KOAH'ın erken evrede tanısı konulabilir. Erken tanı hastalık süreci ve olumsuz sağlık çıktılarını minimize eder. KOAH'ta erken tanı için birinci basamak hekimlerinin KOAH'ı iyi tanması gerekmektedir.

Bu çalışma birinci basamakta görev yapan aile hekimlerinin KOAH hakkında hizmet içi eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Gereç Ve Yöntem:Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nün Astım- KOAH hizmet içi eğitim programına katılan 355 aile hekimine Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı'nın hazırlamış olduğu 25 sorudan oluşan standart anket seti ön test, son test şeklinde uygulanmıştır. Anket sonuçları bilgisayar ortamında değerlendirilmiş olup istatistikî analizinde bağımlı değişkenler arasındaki farkı değerlendirmek amacı ile Mc Nemar Test, bağımsız değişkenler arasındaki farkı değerlendirmek amacı ile Chi-Kare testi kullanılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular:Araştırmaya katılan hekimlerin %58,5'i erkek, %41,5'i kadındır. Yaş ortalaması 37,36±5 olup, mesleki yıl ortalaması 12,6±4,9'dur. Aile hekimleri arasında kurs öncesi testi cevaplama oranı %67,9, kurs sonrası testi cevaplama oranı ise % 60'dır. KOAH tedavisini yönlendirmede postbronkodilatör etkisi ve FEV1 sonucuna etkisi, Teofilin kullanımı ve serum-kan düzeyi konularını doğru bilme oranı da anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Eğitim öncesi ankete cevap veren hekimlerin %23,1'i KOAH semptomlarını doğru bilmiştir. Dünyada KOAH'lı hastaların tanı alma sıklığı konusunda hekimlerimizin %45,2'si %30 seçeneğini işaretleyerek doğru bilmişlerdir. KOAH'ın ayırıcı tanısında oldukça önemli bir yer tutan spirometrinin (SFT) doğru yapılma kriterlerini bilen hekimlerin oranı % 29,7, KOAH'lı hastanın tedavisini değerlendirme kriterleri % 25,5 ve efordan en az etkilenen SFT parametresi bilen hekim oranı ise %19,8 olarak belirlenmiştir. KOAH ve Astım potogenezleri konusundaki sorulara hekimlerin doğru cevap verme oranı %32,1'dir. KOAH alevlenme hikâyesi olan ve alevlenme ile başvuran hastaya yaklaşımları araştırma grubunun % 43,9'u, bronşektazinin eşlik ettiği KOAH alevlenmelerinde yaklaşım konusunu %32,5'i, alevlenmelerde antibiyotik kullanımı konusunda ise %22,2'i doğru cevap vermiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin mesleki yıllarına göre doğru cevap verme oranları farklı değildir. 25 soru başlığının 23 tanesinde ön test ve son test değerlendirmeleri arasında anlamlı düzeyde artış görülmüştür.

Tartışma, Sonuç Ve Öneriler:Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), tüm dünyada sıklığı gittikçe artan, yaygın ve tanısı yeterince konulamayan bir hastalıktır. Kalıcı ve ilerleyici semptomlarıyla hastaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde olumsuz yönde etkileyen, mortalite ve morbiditeye neden olan bu hastalık ülkeler için de ciddi bir sağlık sorunu ve ekonomik yük oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık merkezleri (BBSM) çoğu hastalar için ilk başvuru noktasıdır. Kronik solunum yolu hastalıkları olan hastalar durumlarının bilincinde olarak ya da durumlarını bilmeden başka sağlık sorunları ile BBSM'ne başvurumaktadırlar. Pek çok ülkede birinci basamak (BB) hekimleri astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), alerjik rinit gibi kronik solunum yolu hastalıklarının (KSYH) büyük çoğunluğunu tedavi eder. İngiltere ve Hollanda'da astım ve KOAH'lı tüm hastaların yaklaşık % 85'i hemen hemen tümüyle birinci basamak hekimleri tarafından yönetilir. KSYH'nın yönetimi birinci basamak sağlık merkezlerinin (BBSM) toplam iş yükünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Ülkemizde KOAH ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak algılanmakta ve belirgin KOAH tablosu ile gelen hastalar ikinci veya üçüncü basamağa sevk edilmektedir. Birinci basamak hekimleri daha çok akut solunum yolu hastalıklarının tanı ve tedavisine yönelmekte, kronik hastalıklarla ilgili olarak da ikinci basamakta önerilen tedavilerin reçetelerini yenilemektedir.

Bu çalışmada Kayseri ilinde görev yapan birinci basamak hekimlerinin KOAH konusundaki bilgi düzeyi hizmet içi eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmiştir. Aile hekimleri arasında kurs öncesi testi cevaplama oranı %67,9, kurs sonrası testi cevaplama oranı ise % 60'dır. Amerika'da yapılan bir araştırmada da KOAH konusunda yapılan bir ankete katılan birinci Basamak hekimi oranı %62'dir.

Eğitim öncesi ankete cevap veren hekimlerin %23,1'i KOAH semptomlarını doğru bilmiştir. Bu oran birinci basamakta hizmet veren hekimler açısından oldukça düşüktür. Ancak eğitim sonrası bu oran %75,5'e yükselmiştir ($p<0,05$). Bu sonuç mezuniyet sonrası eğitimlerin oldukça yararlı olduğunu göstermektedir. Kocaeli'nde yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar görülmüştür.

Dünyada KOAH'lı hastaların tanı alma sıklığı konusunda hekimlerimizin %45,2'si %30 seçeneğini işaretleyerek doğru bilmiştir. Hizmet içi eğitim sonrası bu oran %78,8'e yükseldiği görülmüştür($p<0,05$). Elazığ ilinde 2001 yapılan bir çalışmada hekimler, astım görülme sıklığını ortalama %11.64 ± 13.57 olarak tahmin etmişlerdir. Bu oran %5 olan astım prevalansı konusunda tanı almada bir sıkıntı olabileceği veya KOAH ile karıştırılabileceğini düşündürmektedir.

KOAH'ın ayırıcı tanısında oldukça önemli bir yer tutan spirometrinin (SFT) doğru yapılma kriterlerini bilen hekimlerin oranı % 29,7, KOAH'lı hastanın tedavisini değerlendirme kriterleri % 25,5 ve efordan en az etkilenen SFT parametresi bilen hekim oranı ise %19,8 olarak belirlenmiştir. İlimizdeki birinci basamak hekimlerinin solunum fonksiyon testi uygulama, yorumlama ve genel kavramlar konusundaki bilgi düzeyinin eğitim öncesi %30'un altında olduğu görülmüştür. Fauzi tarafından yapılan bir araştırmada, bilgi düzeyinin pratik uygulamaya yansıtılmamasına dikkat çekilmiş, özellikle spirometre kullanımında hekimlerin yeterli olmadığı belirtilmiştir. Kesten ve Chapman ise sanal olgu verilerinde hekimlerin yaklaşımlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, hekimlerin obstrüktif akciğer hastalıklarından şüphelenme indeksinin düşük olduğunu, spirometrenin yetersiz kullanıldığını belirtmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

KOAH ve Astım potogenezleri konusundaki sorulara hekimlerin doğru cevap verme oranı %32,1'dir. KOAH alevlenme hikâyesi olan ve alevlenme ile başvuran hastaya yaklaşımı araştırma grubunun % 43,9'u, Bronşektazinin eşlik ettiği KOAH alevlenmelerinde yaklaşım konusunu %32,5'i, Alevlenmelerde antibiyotik kullanımı konusunda ise %22,2'i doğru cevap vermiştir. Bu sonuçlar tedavi konusunda hekimlerin bilgi düzeyinin düşük olduğu anlamına gelmektedir. Kesten ve Chapman'ın araştırmasında da birinci basamak hekimlerinin KOAH ile astımı farklı hastalıklar olarak gördükleri halde aynı tedaviyi verdiklerini belirtmişlerdir. Decramer ve arkadaşları ise pratisyen hekimlerin %55'inin KOAH tanısını spirometre yapmaksızın koyduğunu, uzun süreli sistemik steroid kullanıldığını, ataklarda gereksiz antibiyotik reçete edildiğini, uzmanların ise pulmoner rehabilitasyona, noninvaziv mekanik ventilasyon kullanımına ve sigarayı bıraktırma yöntemlerine yeterli özeni göstermedikleri yayınlamıştır.

KOAH'da pulmoner rehabilitasyonun hedefleri hizmet içi eğitim öncesi %29,2'den %53,3'e, KOAH'da evde bakım kriterleri %33,5'dan %60,8'e, Pulmoner rehabilitasyonda değerlendirilen etkinlikler %44,8'dan %78,8'e yükselmiştir(P<0,05). Denizli'de yapılan bir çalışmada orta ve ağır düzeyde KOAH olgularında düşük yoğunluklu ve minimal gözetimli ev egzersiz programlarının egzersiz toleransında artış, dispne ve bacak yorgunluk şiddetinde azalma ve hastaların duyu durumlarında düzelme sağladığını ortaya koymuştur.

İlimizdeki birinci basamak hekimlerinin KOAH konusundaki bilgi düzeyi genel olarak düşüktür. Birinci basamakta KOAH yönetimi konulu eğitim sonucunda birçok başlıkta anlamlı derecede yükselme olduğu görülmüştür. Diğer kronik hastalıklar içinde benzer çalışmalar yapılarak mezuniyet sonrası eğitim müfredatı oluşturulmasının, planlı bir eğitim sürecine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Aile Hekimleri, Solunum Sistemi

Kaynakça:

1- Deveci F, Açık Y, Turgut T, Deveci SE, Muz MH. Birinci Basamak Hekimlerinin Astım Konusundaki Bilgi ve Yaklaşımları#Solunum Hastalıkları 2001; 12: 247-252 247

2- Fauzi AR. Knowledge and practice of medical doctors on chronic obstructive pulmonary disease: A preliminary survey from a state hospital. Med J Malaysia 2003; 58: 205–212.)

3- Kesten S, Chapman KR. Physician perceptions and management of COPD. Chest 1993; 104: 254–258

4- Decramer M, Bartsch P, Pauwels R, Yernault JC. Management of COPD according to guidelines. A national survey among Belgian Physician. Monaldi Arch Chest Dis 2003; 59: 62–80

5- Alkan M, Sarsan A, Topuz O, Özkurt S, Moral A, Ateşçi F, Ardıç F. Effectiveness of Home Rehabilitation Programme in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Turk J Phys Med Rehab 2006;52(2):51–54

777

DÖNEM II ÖĞRENCİLERİNİN METABOLİZMA VE ENDOKRİN-ÜREME DERS KURULU HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ: SIVAS ÖRNEĞİ

Selma Çetinkaya

Cumhuriyet Üni. Tıp Fak. Tıp Eğitimi AD

Giriş ve Amaç: Geri bildirim, genel gündelik kullanımda, bir insanın başka bir insana, yaptığı bir davranışla ilgili bilgi vermesi anlamındadır (1). Sistem teorisinde, sebep ve sonuç arasındaki karşılıklı etkileşim anlamına gelmektedir. Fakültemizde akreditasyon çalışmaları kapsamında ilk üç sınıfta ders kurulu değerlendirmeleri, IV.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ve V. Sınıflarda staj değerlendirmeleri yapılmaya başlandı. Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem II öğrencilerinin metabolizma ve endokrin-üreme ders kurulu hakkındaki görüşlerini saptamak amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olup, metabolizma ders kurulu anketleri 23 Mart-5 Nisan 2012, endokrin-üreme ders kurulu anketleri 20 Nisan-2 Mayıs 2012 tarihleri arasında yapıldı. Beşli likert yöntemi ile 9 sorudan oluşan ders kurulu değerlendirme anketine metabolizma ders kurulunda 207 (%93.7), endokrin-üreme ders kurulunda 204 (%92.3) öğrenci katıldı.

Veriler, anket yöntemiyle internet ortamında öğrencilerin notlarını öğrendikleri öğrenci bilgi sisteminden alındı. Akreditasyon çalışmaları kapsamında uygulamaya giren geri bildirim çalışmaları ile ilgili olarak öğrencilere ders kurulu sınavı öncesinde anketler hakkında bilgi verildi. Öğrenciler, sisteme başvurduklarında bitirdikleri ders kurulunun aktif olan anketiyle karşılaştılar ve anketleri tamamladıklarında notlarını öğrendiler. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 paket programı kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmede yüzde ve aritmetik ortalama kullanıldı.

Bulgular: “Ders kurulu süresince ders programına uyuldu”, metabolizma ders kurulunun en yüksek yüzdeye sahip olan sorusuydu ve “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” diyenlerin yüzdesi %68.0’di. “Ders kurulunda yer alan konuların sırası ve içeriği birbiriyle uyumlu idi” sorusu ise endokrin-üreme ders kurulu için en yüksek yüzdeye sahip olan soruydu ve “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” diyenler %60.0’tı.

“Ders kurulunun amaç ve öğrenim hedeflerine ulaşıldı” sorusuna metabolizma ve endokrin-üreme ders kurulunda “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” diyenlerin yüzdesi sırasıyla %35.0 ve %44.6’dır. “Ders kurulu süresince ders programına uyuldu” sorusuna ise sırasıyla %68.0 ve %53.4; “Ders kurulunda yer alan konuların sırası ve içeriği birbiriyle uyumlu idi” sorusuna %62.5 ve %60.0; “Derslerde kullanılan görsel-işitsel araçlar genel olarak özenli hazırlanmıştı” sorusuna %30.0 ve %38.8; “Teorik ders sayısı uygundu” sorusuna %50.2 ve %45.1; “Bu ders kurulunda Temel Bilimler laboratuvarlarındaki uygulamalar öğreticiydi” sorusuna %43.8 ve %47.1; “Bu ders kurulunda bulunan Mesleki Beceri eğitimlerimiz öğreticiydi” sorusuna %43.3 ve %45.6; “Bu ders kurulu bilgi birikimimi ve davranışlarımı olumlu yönde etkiledi” sorusuna %36.0 ve %50.0’di. “Bu ders kurulunu genel olarak 5 tam puan üzerinden değerlendiriniz” sorusuna, metabolizma ders kurulunda 3.2±1.1 puan ortalaması, endokrin-üreme ders kurulunda ise 3.3±1.2 puan ortalaması verildi.

Metabolizma ve endokrin-üreme ders kurulunda her bir soruya “katılmıyorum” diyen öğrenci yüzdesi sırasıyla %7.9-%25.6 ve %6.4-%11.3 arasında değişmekte idi. Her iki ders kurulunda en yüksek katılmama durumu “Derslerde kullanılan görsel-işitsel araçlar genel olarak özenli hazırlanmıştı” sorusu olup sırasıyla %25.6 ve %11.3’tür.

Tartışma: Öğrencilerimizin okul başarılarının değerlendirilmesinde birçok yöntem kullanılırken, verdiğimiz eğitimin kalitesinin değerlendirilmesini yapmamaktayız (2). Eğitilen, eğitici ve eğitim ortamı üçlüsü arasında gerçekleşen eğitimi ölçebilmek için her 3 komponentin de değerlendirilmesi aynı derecede önemlidir (3). Bununla birlikte gelişmiş ülkelerde gerek devlet kuruluşları, gerekse meslek örgütleri düzeyinde verilen eğitimin değerlendirilmesine ve öğrenci geri bildirim alınmasına olan ilgi giderek artmaktadır (4,5). Modern eğitim sistemlerinde farklı bakış açıları yakalayabilmek için öğrenci geri bildirimleri güncellik kazanan yeni bir yöntemdir. Öğrencilerden düzenli olarak geri bildirim alınması ve eğitimin değerlendirilmesi hem teorik, hem de pratik yarar sağlamaktadır. Düzenli olarak öğrenci geri bildirimlerinin alınması müfredatın kuvvetli ve zayıf yönlerini ortaya koyup eğitimi geliştirmeye katkı sağlaması nedeniyle çok değerlidir (6). Fakültemizde bu nedenle dönem II öğrencileri ve dönem II’de dersi olan öğretim üyeleri ile yılsonu program değerlendirme toplantısı yapıldı ve elde edilen veriler sunuldu. Toplantı sırasında öğrenciler bu sonuçların değerlendirmeye alınacağını hiç düşünmediklerini, bu değerlendirmenin yapılmasının kendilerini mutlu ettiğini ifade ettiler.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Öneriler: Eğitim sistemimizdeki eksikliklerimizin saptanmasında geri bildirim almak son derece önemlidir. Geri bildirimler sonucu saptanan eksikliklerin öğretim üyeleri ile paylaşılması ve birlikte çözümler üretilmesi mevcut eğitimimizin kalitesinde artışa yol açacaktır.

Anahtar Kelimeler: Geri bildirim, metabolizma ders kurulu, endokrin-üreme ders kurulu,

Kaynaklar:

1. www.tr.wikipedia.org.
2. Shapiro EG. Effect of instructor and class characteristics on students' class evaluation. Research in Higher Education 1990;31(2):135-148.
3. Carey LM, Dedrick RE, Carey JO, & Kushner SN. Procedures for designing course evaluation instruments: Masked personality format versus transparent achievement format. Educational and Psychological Measurement 1994;54(1):134-45.
4. Broder JM, & Dorfman JH. Determinants of teaching quality: What's important to students? Research in Higher Education 1994;35(2):235-49.
5. Coker DR, & Friedel JN. The data collection matrix model: A tool for functional area and program evaluation. Research in Higher Education 1991;32(1):71-81.
6. Jeffreys MR, Massoni M, O'Donnell M, Smolaka I. Student evaluation of courses: Determining the reliability and validity of three survey instruments. Journal of Nursing Education 1997;36(8):397-401.

230

DENİZLİ İLİNDE BİRİNCİ BASAMAKTAKİ AİLE HEKİMLERİNİN ZONOTİK HASTALIKLARLA İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ: Kesitsel Bir Çalışma

Nurhan Meydan Acımiş¹ Ahmet Baloğlu² Mehmet Gündoğdu³ İlker Güner³ Erdoğan Taş³ Ahmet Yeşilyurt³

¹Merkez Toplum Sağlığı Merkezi Denizli

²Servergazi Devlet Hastanesi Denizli

³İl Sağlık Müdürlüğü Denizli

Giriş ve Amaç: Zoonotik hastalıklar enfeksiyon hastalıkları içerisinde önemli bir yere sahiptir. DSÖ tüm insan patojenlerinin en az %61.0'i zoonotik karakterde olduğunu ve son on yıldaki bulaşıcı hastalıkların %75.0'inin zoonotik hastalıklardan kaynaklandığını ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 13.01.2009'da "Zoonotik Hastalıklar Daire Başkanlığı" kurulmuştur. Denizli ili Bulaşıcı Hastalıklar şubesi "Zoonotik Hastalıklar Eğitici Eğitimi" katılımı ile bu çabaya katkı sunmuştur. Bu çalışma birinci basamakta zoonotik hastalıklarla ilgili bilgi beceri ve deneyimin artırılması amacı ile aile hekimlerinin zoonotik hastalıklarla ilgili eğitim öncesi ve eğitim sonrasında bilgi düzeylerini görebilmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kesitsel tip bir araştırmadır. Haziran-Aralık 2011'de Denizli ilinde görev yapan aile hekimlerinde üzerinde yapıldı. Araştırmaya çalışmayı kabul eden 203 aile hekimi katıldı. Araştırma için 9 eğitim dönemi (7-8 Haziran 22-23 Haziran 20-21 Eylül 27-28 Eylül, 11-12 Ekim, 25-26 Ekim, 22-23 Kasım 6-7 Aralık, 21-22 Aralık) planlandı. Eğitim öncesinde hekimlerin zoonotik hastalıkla ilgili bilgi düzeyleri bir ön test ile değerlendirildi. Aynı hekimlerin eğitim sonrasında bilgi düzeylerine son test ile bakıldı.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: 203(%75.2) aile hekiminin %74.9 erkekti, %25.1 kadındı. Aile hekimlerin %51.3 il merkezinde, %48.7 ilçelerde görev yapmaktaydı. Aile hekimlerin ön test-son test değerlendirmeleri sırasıyla; 7-8 Haziran'da eğitim öncesi %58.0 iken eğitim sonrasında %82.0'e 22-23 Haziran'da %58.0 den %75.0'e, %51.0 den %91.0'e, 20-21 Eylül, 27-28 Eylül'de, 11-12 Eylül'de %54.0'den %80.0'e, 25-26 Ekim'de %63.0'den %74.0'e, 22-23 Kasım'da %69.0 dan %90.0'a, 6-7 Aralık'ta %65.0 den %83.0'e, 21-22 Aralık'ta %57.0'den %87.0'e yükselmiştir. Tüm grupların eğitim öncesi ve sonrasındaki bilgi düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu(p<0.001).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Zoonotik hastalıklarla ilgili etkili mücadele yöntemleri konusunda bilgi ve beceri ve deneyiminin artırılması ile olanaklıdır. Bunun için "Zoonotik Hastalıklar Eğitim Modülü" her ilde hazırlanmalı, özellikle birinci basamak kurumlara yönelik eğitimler her koşulda gerçekleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: birinci basamak, zoonotik hastalıklar, aile hekimi, eğitim.

324

Deri Kanserinden Korunmaya Yönelik Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) Formunun Türkçe Uyarlaması

Nazan Koştu¹, Özüm Erkin Balyacı², Ayla Bayık Temel²

¹Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu, ²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim

Giriş: Deri kanserleri toplumda sık rastlanılan kanserlerden biridir. Özellikle beyaz tenli insanların üçte ikisini etkiler. Deri kanseri genç yaşlarda oluşabilir ve yaş ilerledikçe risk artışı gösterir. Avustralya'da her yıl, 15 ile 44 yaşları arasındaki kişilerde en çok tanılan kanser türüdür. Avustralya, Yeni Zelanda ve Amerika gibi ülkelerde deri kanseri insidansı giderek artmaktadır. Türkiye'de genel popülasyonda deri kanseri insidansı %0.8 dir. Erkeklerde insidans %0.6, mortalite oranı %0.4, kadınlarda insidans %1.0, mortalite oranı %0.7 dir. Eğer erken saptanırsa, deri kanserlerinin tedavisi kolaydır. Bu nedenle erken tanı ve tedavi kişisel deri muayenesi ile daha da önem kazanmaktadır.

Amaç: Bu araştırmada, deri kanserinden korunmaya yönelik kendi kendine deri muayenesi (KKDM) adımlarını içeren formun Türk diline uyarlanması ve geçerliliğini test etmek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırmanın tipi: Metodolojik araştırma, Şubat 2012'de İzmir'de bir ilköğretim okulunda okuyan (n:302), 6.7.8. sınıf öğrencilerinde yürütülmüştür.

Veri toplama aracı: KKDM; The Skin Cancer Foundation (<http://skincancer.org>) tarafından geliştirilmiş, sekiz adımdan oluşan, bireylerin kendilerinin kolayca uygulayabileceği basit bir deri muayenesidir. Bu 8 adımda bireylere, baştan başlayarak ayağa kadar, ayna yardımıyla, derilerinde kanser riski taşıyan çil, ben yada koyu renkli alanları nasıl kontrol edecekleri ve muayene adımlarını nasıl yapacakları anlatılmaktadır.

Veri toplama aracının uyarlama çalışması: Adımların Türk diline uyarlanabilmesi için kurumdan mail aracılığı ile izin alınmıştır. Araştırma sürecinde; dil uyarlaması, kapsam geçerlik indeksi (KGI) ve pilot uygulama çalışmaları yürütülmüştür. Uzman görüşü kapsamında alanında uzman dokuz öğretim üyesinden (deri ve zührevi hastalıklar uzmanı, halk sağlığı hemşiresi, iç hastalıkları hemşiresi, çocuk sağlığı hemşiresi) görüş alınmıştır. Kapsam geçerlik indeksi (KGI) Davis tekniği ile hesaplanmıştır.

Pilot uygulama: 30 birey (12-15 yaş arası) ile yürütülmüştür.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Dil uyarlaması kapsamında çeviri, geri çeviri ve orijinal ölçek ile karşılaştırma yapıldıktan sonra adımlara son hali verilmiştir. Uzman görüşleri sonucunda sekiz adıma ait KGI=0.98 bulunmuştur. Pilot uygulama sonunda katılımcılardan öneri gelmemiştir.

Sonuç: Deri kanserinden korunmaya yönelik kendi kendine deri muayenesi (KKDM) formunun Türk diline uygun, açık, anlaşılır, geçerli, uygulanabilir erken tanı aracı olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Deri kanseri, kendi kendine deri muayenesi, geçerlilik.

Kaynaklar:

1. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) & Australasian Association of Cancer Registries (AACR) (2007). Cancer age specific data cube. AIHW, 2007. www.aihw.gov.au
2. Balk S.J. and et all. (2011) Technical Report--Ultraviolet Radiation: A Hazard to Children and Adolescents. Pediatrics, 127 (3): 791-817.
3. Feher K., Cercato M.C., Prantner I. et all (2010). Skin cancer risk factors among primary school children: Investigations in Western Hungary. Preventive Medicine, 51(3-4): 320-324.
4. Globocan 2008. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008
<http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>
5. Uysal A., Altuğ Özsoy S., Ergül Ş. (2004) Öğrencilerin Cilt Kanseri Risklerinin ve Güneş Işınlardan Korunmaya Yönelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi, 43 (2): 95-99.

579

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİRİNCİ SINIF ÖĞRENCİLERİNİN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

Melis Naçar, Fevziye Çetinkaya, Zeynep Baykan

Erciyes Üniversitesi Tıp fakültesi

Giriş ve Amaç:Gençlik dönemi, riskli davranışların sıklıkla görüldüğü ve olumsuz sonuçlarının da pek farkına varılmadığı önemli gelişimsel dönemlerden biridir. Sağlıksız beslenme davranışları, tütün, alkol ve diğer madde kullanımı, güvensiz cinsel davranışlar, yaralanmalara neden olabilecek güvensiz davranışlar, şiddet içeren davranışlar, yetersiz fiziksel aktivite, depresyon ve intihar gençlerde gözlenen başlıca riskli davranışlardır. Gençlerin riskli davranışları, bu konudaki yetersiz bilgilerine bağlanabilir (1).

Toplumda riskli davranışların azaltılması, toplum katılımıyla birlikte özellikle sağlık çalışanlarının etkin ve inancılı desteğini gerektiren, uzun süreli bir mücadeleyle olasıdır. Yetişkinlerde hastalık ve ölümlerin önde gelen nedenleri arasında yer alan sağlık yönünden risk taşıyan davranışlar, sıklıkla gençlik döneminde ortaya çıkmakta ve yetişkin dönemde de devam etmektedir. Riskli davranışları belirlemek, önlem alınmasını da kolaylaştırmaktadır.

Üniversite yaşamında, sorunları ile tek başına mücadele etme, aile desteğinden uzak kalma, yeni çevreye, arkadaşlara adapte olmaya çalışma gibi nedenlerle bazı öğrencilerde psikososyal destek gereksinimi oluşturmakta, bazı öğrencilerde ise sağlık sorunlarının görünür hale gelmesine neden olmaktadır. Ayrıca

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ailelerin öğrenciler üzerindeki denetimlerinin azalması, özgürlük seçeneklerinde artış, sağlığı bozan alışkanlıklara yönelmeye elverişli bir ortam oluşmasına yol açmakta, bu gruptaki risk alma davranışını arttırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi 21. Yüzyılda ülkelerin sağlıkla ilgili açıkları kapatmak için ve ülkeler arası dayanışmayı sağlamak çerçevesinde 4. Hedefi bölgedeki gençlerin daha sağlıklı olmaları ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirebilmeleri amacıyla sağlık kuruluşlarının yeniden düzenlenerek “Genç Dostu Sağlık Hizmetlerinin” verilmesinin sağlanmasını öngörmektedir (2).

Sağlık hizmetleri kapsamında riskli davranışlarla ilgili doğru bilgi toplanması, izlenerek bu davranışların artış ve azalış trendlerinin bilinmesi, gerekli müdahale programlarının geliştirilmesi için doğru stratejilerin saptanması ve önlemlerin uygulanarak riskli davranışların önüne geçilmesi sadece birey değil, toplum sağlığı yönünden de son derece önemli olup pek çok yönü ile toplum kalkınmasına da katkı sağlayacağı açıktır.

Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde okuyan dönem bir öğrencilerin yaşam tarzlarının ve riskli sağlık davranışlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gören 240 dönem bir öğrencisinin tamamı üzerinde yapılması planlanmıştır. Ankete katılmayı kabul etmeme, öğrenciye ulaşamama gibi nedenlerle 23 öğrenciye ulaşılamamıştır. Yapılan çalışmada 217 öğrenciye ulaşılmış olup, ulaşma oranı %90.4’tür.

Veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama süresi Mart-Nisan 2012 tarihleri arasındadır. Ankete katılmayı kabul eden öğrenciler, anketi kendileri doldurmuşlardır.

Öğrencilerin, sosyo-demografik özellikleri, okul başarısı, kendi değerlendirmelerine göre ekonomik, sağlığı algılama durumları, kronik hastalık, tütün, alkol, madde kullanımı, kilosu, boyu, trafikteki davranışları ve şiddet gibi riskli sağlık davranışları araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan anket formu ile sorgulanmıştır. Boy ve kilo araştırmacılar tarafından ölçülmüştür. Beden kitle indeksi (BKİ) ağırlığın boyun metre cinsinden karesine bölünerek elde edilmiştir. BKİ gruplamasında 19.9 ve altı “zayıf”, 20-24.9 arası “normal”, 25-29.9 arası “kilolu”, 30 ve üstü ise “şişman” olarak değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi, SPSS for Windows 18.0 istatistik programında, sayı yüzde dağılımı ve ki-kare önemlilik testi ile yapılmıştır. Araştırma Helsinki prensiplerine uygun olarak planlanmış, Erciyes Üniversitesi Etik Kurul onayı alınmıştır. Çalışmada öğrencinin soruları daha rahat cevaplayabilmesi için, ankete isim yazılmaması istenmiştir.

Bulgular:Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 19.4±1.5 (17-35) yıl ve %52.5’i erkektir. Öğrencilerin %77.9’u yaşantısının büyük çoğunluğunu il merkezinde geçirdiğini, %37.3’ü evde ailesiyle, %30.4’ü yurttan kaldıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin beden kitle indeksleri değerlendirildiğinde %12.1’inin zayıf, %62.8’inin normal, %20.9’unun kilolu, %4.2’sinin şişman oldukları saptanmıştır. Cinsiyetler arasında BKİ açısından fark yoktur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %18.9’u en az bir defa sigara, %14.7’si alkol, %29.5’i nargile, %19.4’ü doktor önerisi olmadan uyarıcı hap, %5.1’i yasa dışı keyif verici madde denediğini ifade etmiştir. Bu oranlar erkeklerde anlamlı ölçüde fazladır. Halen sigara içenler grubun %6.5’idir. Bu oran erkeklerde (%11.4) kızlara (%1.0) göre anlamlı ölçüde fazladır.

Öğrencilerin, %33.6’sı bisiklete/motosiklete bindiğinde sürekli kask takmadığını belirtmiş olup, erkeklerde bu oran %41.2 olarak belirtilmiştir (p=0.013). Öğrencilerin %7.5’i son bir ayda alkollü bir sürücünün kullandığı arabaya binmiş olup, erkeklerde bu oran %13.4 olarak belirtilmiştir (p=0.001). Öğrencilerin %51.2’si sürekli emniyet kemeri takmadığını belirtmiş olup, bu konuda istatistiksel açıdan cinsiyetler arası farklılık yoktur. Yine korunmasız cinsel ilişkide bulunanların oranı %8.8 olup, erkeklerde bu oran kızlara göre anlamlı ölçüde yüksektir (%14.0).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcıların %6.9'u son bir yıl içinde erkek ya da kız arkadaşı tarafından fiziksel şiddete uğradığını, %10.4'ü fiziksel olarak bir kavganın içinde bulunduğunu belirtmiş olup, bu oranlar erkeklerde (sırasıyla %12.3 ve %16.4) anlamlı ölçüde yüksektir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler:Dünya'da koruyucu hekimliğin en önemli uygulamaları arasında sayılan sigaraya karşı birincil korunmada çocuk ve gençlere yönelik önlemler önemlidir. Bu çalışmada öğrencilerde en az bir kez sigara denediğini ifade edenlerin oranı (%18.9), Harran Üniversitesi birinci sınıf öğrencilerinden (%64.5) oldukça düşüktür (3). Bu sonuç, bu konudaki yasaya ve yoğun eğitim çalışmalarına bağlanabilir. Yine aynı çalışmada (3) en az bir kez alkol içme %32.2 olarak bulunmuş olup, bu çalışmadan yüksektir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesinde yapılan benzer bir çalışmada (4), öğrencilerin çoğunluğunun bisiklet ve motosiklet kullanırken kask takmadığı (%61.8), emniyet kemeri kullanmadıkları (%25.4), son bir yılda en az bir kez fiziksel kavgaya karışma (%10.0) erkeklerde anlamlı olarak fazla olduğu belirtilmiştir. Yine Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada da (5) erkeklerde riskli davranışlar anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Riskli cinsel davranış, korunmasız olarak cinsel ilişkiye girmeyi ifade etmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin %8.8'i korunmasız cinsel ilişkide bulunduğunu belirtmiş olup, bu oran Hacettepe Üniversitesi altıncı sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışma da (6) %19.7 olarak belirtilmiştir. Riskli cinsel davranış, hem istenmeyen gebeliklerin, hem de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların görülme sıklığında artışa yolmaktadır.

Araştırma sonucu elde edilen veriler, tıp öğrencilerinde bazı riskli davranış sıklıklarının yüksek olduğunu ve trafik güvenliği, sağlıklı beslenme, sigara, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin sağlığa zararları, sağlıklı cinsel yaşam ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konularında farkındalığı ve duyarlılığı arttıracak etkin eğitim programlarının düzenlenmesinin gerekliliğini vurgular niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Tıp öğrencileri, risk, davranış, genç

Kaynaklar:

1. Naçar M, Günay O. Adölesan Sağlığı. Halk Sağlığı Genel Bilgiler (Öztürk Y, Günay O, Editörler). Erciyes Üniversitesi Yayınları No:172, Kayseri 2011, s:741.
2. *Health 21: An introduction to the health for all policy framework.* www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf
3. Şimşek Z, Koruk İ, Altındağ A. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışları. Toplum Hekimliği Bülteni 2007; 26(3): 19-24.
4. Dabak Ş, Sünter AT, Canbaz S, Pekşen Y. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrencilerinde Riskli Davranış Prevalansı. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010; 30(3): 838-46.
5. Özcebe H, Üner S, Tezcan S, Paksoy Erbaydar N, Teletar G. Risky behaviors of university students:a cross-sectional syudy. Turkish Journal of Public Health 2012; 10(1): 1-12.
6. Çamur D, Üner S, Çilingiroğlu N, Özcebe H. Bir üniversitenin bazı fakülte ve yüksekokullarında okuyan gençlerde bazı risk alma davranışları. Toplum Hekimliği Bülteni 2007; 26(3): 32-8

567

ERİŞKİN HASTALARDA KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ KONUSUNDAKİ TEORİK BİLGİ DÜZEYİNİN DÖNEM 3 VE DÖNEM 5 ÖĞRENCİLERİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Özaydın Boylubay, Aslı Karadağ, Ender Kalacı, Hülya Uluğut, Serhat Okar, Levent Dönmez

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde en önemli risk faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyadaki her 8 ölümden birinin sorumlusu olup, ülkemizde ise toplumdaki sıklığının %31,8 olduğu ve her 4 ölümden 1'inin nedeninin hipertansiyon olduğu söylenmektedir. Hipertansiyon tanısı için kullanılan kan basıncı ölçümünün, bazı kurallara uyularak ve doğru yapılması son derece önemlidir. Bu konudaki bilgi düzeyinin Tıp Fakültesi öğrencilerinde saptanması tıp pratiğinde ölçümlerin ne kadar sağlıklı yapılabilirdiğinin bir göstergesi olabilir. Bu çalışmada Tıp Fakültesi Dönem 3 ve 5 öğrencilerinin kan basıncı ölçümü teorik bilgi düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel nitelikte olup, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3 ve 5 öğrencilerinde Mart-Nisan 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Toplam 282 kişiye (Dönem 3 öğrencilerinde katılım %78, Dönem 5 öğrencilerinde katılım %75) kan basıncı teorik bilgileriyle ilgili çoktan seçmeli sorulardan oluşan anket kendi kendine yanıtlama metodu ile uygulanmıştır. Ayrıca katılanların sosyal ve demografik özellikleri de kaydedilmiştir. Katılanların; hangi dönem öğrencisi olduğu, cinsiyeti, okul başarısı, tıp fakültesini tercih şekli, uygulamalara devam edip etmediği, ailesinde sağlık çalışanı olup olmaması durumu bağımsız değişkenler; bilgi düzeyleri için seçilmiş ifadelerle verdiği doğru yanıt sayısı ise bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Okul başarı durumu için kişinin dönem kaybı olup olmadığına bakılmıştır. Veriler SPSS programı aracılığıyla analiz edilmiş, istatistiksel testlerde ki-kare kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak 0,05 sınırı kabul edilmiştir.

Bulgular: Kan basıncı ölçümünde en çok bilinen kuralın ölçüm zamanı olduğu (%93,2) en az bilinenin ise manşon havasının boşaltılması (%37,9) olduğu anlaşılmaktadır. Kan basıncı ölçümü teorik bilgi düzeyinin yeterlilik oranı genel toplamda %35,1 iken; katılımcının dönem 5 öğrencisi olması durumunda dönem 3 öğrencisi olması durumuna göre daha yüksek olduğu (sırasıyla, %40,2 ve %30,7), kadın cinsiyette erkek cinsiyete göre daha yüksek olduğu (sırasıyla %42,1 ve %29,5), okul başarısı yüksek olanlarda okul başarısı düşük olanlara göre daha yüksek olduğu (sırasıyla %35,7 ve %28,1), tıp fakültesini ailesinin isteği ile tercih edenlerde tıp fakültesini ailesinin isteği dışında tercih edenlere göre daha yüksek olduğu (sırasıyla %43,4 ve %33,2) ve ailesinde sağlık çalışanı olmayan kişilerde ailesinde sağlık çalışanı olan kişilere göre daha yüksek olduğu (sırasıyla %37,4 ve %29,9) bulunmuştur ($p < 0,05$). Diğer değişkenlerle kan basıncı ölçümü teorik bilgi düzeyi arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Tartışma / Sonuç ve Öneriler: Çalışmamızın sonucunda kan basıncı ölçüm bilgisi konusunda özellikle dönem 3, erkek cinsiyet, okul başarısı düşük olanlar, ailede sağlık çalışanı olanlarda bazı sorunlar olduğu anlaşılmaktadır. Benzer çalışmalarda hemşirelerin kan basıncı ölçümüne ilişkin teorik ve uygulamaya yönelik bilgilerinin değerlendirilmesi hakkında İstanbul'da yapılan çalışmada da hemşirelerin kan basıncı ölçümü konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu bildirilmiş (1), Konya'da yine hemşirelerin kan basıncı ölçüm bilgilerinin kısmen yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (2). Antalya'da yapılan benzer bir çalışmada da tıp öğrencilerinin edindikleri kan basıncı ölçme becerileri bir yıl öncesindeki kan basıncı ölçme becerilerine göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuş ve kan basıncı ölçmede yeterlilik kaybı erkek cinsiyette kadın cinsiyete göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (3). Bulgularımıza göre tıp öğrencilerinde kan basıncı ölçüm bilgisinin istenen düzeyde olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durum tıp eğitimi yönünden bazı düzeltilmesi gereken yönler olduğunu göstermektedir. Kan basıncı ölçüm bilgisi tıp eğitiminin etkin yürütülmesinin bir göstergesi olarak kullanılabilir. Müfredatta toplumda yaygın görülen sağlık sorunları ile ilgili eğitim konularının daha etkin verilmesi problemin sahada daha doğru tanımlanmasına ve çözülmesine katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Kan basıncı, hipertansiyon, tıp eğitimi, bilgi düzeyi.

Kaynaklar:

1- Uysal H., Enç N., "Hemşirelerin İndirekt Arteriyel Kan Basıncı Ölçümüne İlişkin Teorik ve Uygulamaya Yönelik Bilgilerinin Değerlendirilmesi", Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005; 21 (1): 47-61.

2-Şahin T. K., Demir L. S.,Koruk İ., "Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Kan Basıncı Ölçüm Bilgilerinin Değerlendirilmesi", TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006; 5 (1): 8-18

3- Alimoğlu, M. K., Mamaklı S., Gürpınar E., Aktekin M., "Tıp Öğrencileri Gerçek Hastalarda Uygulamadıkları Klinik Becerilerindeki Yeterliliklerini Kaybedebilirler: İki Yıllık Kohort Çalışması Sonuçları", Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 2011; 31 (6): 1356-1363.

642

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE GÖREV YAPAN ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN YAŞAM BİÇİMLERİ

Yunus Emre Bulut, Rıza Çıtıl, Özkan Yaşayancan, Hayriye Canik Yaşar, Mücahit Eğri

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş Ve Amaç :Tıp eğitimi hem kazanması hem de sürdürülmesi en zorlu eğitimlerden biri olup, bunun üzerine Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) gibi bir sınav sürecinden sonra ihtisas eğitimini de eklendiğimizde bu zorluk daha da belirgin bir hal almaktadır.

Asistanlık süreci yoğun çalışma temposu nedeniyle yaşam biçimlerini olumsuz etkileyerek hem aile hem de sosyal hayatta sorunlara neden olabilir. Bu çalışmada Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi (GOÜ) Tıp Fakültesi'nde ihtisas yapan araştırma görevlilerinin demografik özellikleri, uzmanlık tercihleriyle ilgili memnuniyetleri ile yaşam ve eğitim koşullarının değerlendirilmesi ve yaşadıkları sorunların belirlenerek gerekli tedbirlerin alınması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem:Bu kesitsel çalışma 15 Mayıs – 15 Haziran 2012 tarihleri arasında GOÜ Tıp Fakültesi'nde yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı dönemde dekanlık kayıtlarına göre 102 araştırma görevlisi olup, bunların yedisi doğum izninde, ikisi il dışında dış rotasyonda, dördü yıllık izinde olduğu için çalışmada 89 (%87.2) 'una ulaşılabilmektedir.

Çalışmada; veri toplamak amacıyla araştırmacılarca oluşturulan demografik özellikler, sosyal yaşam, eğitim koşulları, akademik durum, eğitim almak istenilen konular, Tıp Fakültesi ve Tokat ilinin en önemli sorunlarıyla ilgili 43 soru içeren "anket formu", çalıştıkları birimlere gidilerek yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Verilerin analizi SPSS 18 demo istatistik paket programı ile yapılmıştır. İstatistik değerlendirmelerde $p < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir. Çalışma öncesinde Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır.

Bulgular:Çalışmaya katılan 89 araştırma görevlisinin %67.4'ü erkek, %32.6'sı kadındır. Yaş ortalaması 29.7 ± 3.2 'dir, %51.7'si 30 yaş altında, %48.3'ü ise 30 yaş ve üzerindedir. %59.6'sı evli, %40.4'ü bekar olup %41.6'sının çocuğu vardır. %6.8'i temel, %52.8'i dahili, %40.4'ü de cerrahi bölümlerde çalışmaktadır. Mezun oldukları üniversitelere bakıldığında ilk üç sırada %20.2 ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi, %10.1 ile Cumhuriyet Üniversitesi ve %7.8 ile Gazi Üniversitesi gelmektedir. Tıp Fakültesi mezuniyet yıllarına göre %70.8'i 2008 ve öncesi, %29.2'si ise 2009 ve sonrasında mezun olmuştur.

Araştırma görevlilerinin GOÜ Tıp Fakültesi'nde ortalama çalışma süresi 27.1 ± 17.9 aydır. Bölümlerinde çalışma süreleri; %31.5'i 12 ayın altında, %32.6'sı 12-36 ay arası, %36.0'ı ise 36 aydan uzundur. Katılımcıların %84.3'ü herhangi bir sağlık sorunu olmadığını ifade etmekte ve kendi sağlıklarını %18.0'ı "çok iyi", %68.5'i "iyi", %12.4'ü "orta", %1.1'i ise "kötü" olarak değerlendirmektedir. %62.9'u hiç sigara içmediğini, %19.1'i sigarayı bıraktığını, %18.0'ı ise halen sigara kullandığını, %13.5'i de alkol kullanmakta olduğunu belirtmiştir.

Araştırma görevlilerinin %83.1'inin düzenli spor yapmadığı, %68.5'inin düzenli kahvaltı yapmadığı, %58.4'ünün yeterli ve dengeli beslenmediği, %73.0'ının düzenli ve yeterli uyku uyuyamadığı saptanmıştır. Düzenli uyku uyuyamayanların %3.1'i temel, %55.4'ü dahili, %41.5'i ise cerrahi bölümlerde çalışmaktadır. %38.2'si "gop.edu.tr" mail adresi olduğunu, %74.2'si üniversitenin yürüttüğü sosyal aktivitelerden haberi olmadığını,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

%89.9'u da bu aktivitelere katılmadığını ifade etmiştir. Ekonomik durumlarını %16.9'u "iyi", %64'ü "orta", %19.1'i ise "kötü" olarak tanımlamış, %82'si arabası olduğunu, %73'ü ise işe arabayla gidip geldiğini belirtmiştir.

Araştırma görevlilerinin %86.5'i çalıştıkları bölümleri isteyerek seçtiklerini belirtmiş olup, %18'i TUS'da GOÜ Tıp Fakültesini ilk tercih olarak yazmıştır, ilk beş tercihinde yazanların oranı ise %52.8'dir. %50.6'sı kendilerine bir şans daha verilse tekrar GOÜ Tıp Fakültesi'ni tercih edeceklerini, %59.6'sı ise şimdiye kadar en az bir kez gerçekten istifa etmeyi düşündüğünü belirtmiştir..

Araştırma görevlilerinin %65.2'si asistanlık süresi içinde branşıyla ilgili aldığı eğitimi yeterli bulmaktadır. %27.0'ı hiçbir bilimsel kongre ve sempozyuma katılmamış, %25,8'i bir kez, %47,2'si iki ve daha fazla kez katılmıştır. %13.4'ünün uluslararası makalesi, %28.0'ının ulusal makalesi, %14.6'sının uluslararası bildiri/posteri, %47.1'inin ise ulusal bildiri/posteri bulunmaktadır. %3.4'ü yabancı dil seviyesini "çok iyi", %30.3'ü "iyi", %66.3'ü "orta" olarak belirtmektedir.

Uzman olup zorunlu hizmeti tamamladıktan sonra görev yapmak istedikleri sektör sorulduğunda; %36'sı üniversitede, %31.5'i kamuda, %28.1'i özel sektörde, %4.5'i ise kendi muayenehanesinde çalışmak istediğini belirtmiştir. %73'ü yabancı dil, %40.4'ü istatistik/araştırma teknikleri, %19.1'i mevzuat/sağlık yönetimi alanlarında eğitim almak istediğini ifade ederken, %9'u ise herhangi bir eğitim alma ihtiyacı bulunmadığını belirtmiştir.

GOÜ Tıp Fakültesinin en önemli üç sorunu sorulduğunda; en çok verilen cevaplar sırasıyla; personelle ilgili "öğretim üyesi, araştırma görevlisi ve hekim dışı personel sayısının yetersiz olması", eğitimle ilgili "seminer/panel gibi bilimsel aktivite yetersizliği, bazı yan dalların eksikliği", yönetimle ilgili "poliklinik sayısının ve iş yükünün fazlalığı, kurumsallaşma ve vizyon eksikliği", fiziki yapıyla ilgili "hastane binasının fiziksel kapasite yetersizliği, kantin/kafeterya olmaması ve spor tesisi gibi diğer sosyal imkanlarda kısıtlılıktır". Tokat ilinin en önemli üç sorunu sorulduğunda; en çok verilen cevaplar sırasıyla; "sosyal yaşam imkanlarının yetersizliği, yolların kötü ve ulaşımın yetersiz olması, kiralık ev sıkıntısı ve ev kiraların pahalı olmasıdır."

Araştırma görevlilerinin %53.9'u asistanlık sonrası işleriyle ilgili kaygı duyduğunu belirtmiş olup, kaygı duyanların %83,3'ü temel, %57,4'ü dahili ve %44.4'ü de cerrahi bilimlerde görev yapmaktadır.

Tartışma:GOÜ 1992'de, Tıp Fakültesi ise 1995'te kurulmuş ve 2002'de Gazi Üniversitesi ile yapılan protokol gereğince öğrenci alımına başlamıştır, 2008 yılından itibaren de Tıp Fakültesi öğrencileri Tokat'ta öğrenimine devam etmektedir. Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi 289 yatak kapasiteli olup 102 araştırma görevlisi çalışmaktadır.

GOÜ Tıp Fakültesini tercih eden her beş araştırma görevlisinden biri Ondokuz Mayıs Üniversitesi, her on araştırma görevlisinden biri ise Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunudur. Samsun ve Sivas'ın Tokat'a en yakın tıp fakültesi olan iki şehir olmasının, araştırma görevlilerince Tokat'ın tercih etmesinde önemli bir faktör olduğu düşünülebilir. TUS'da ilk tercih olarak GOÜ Tıp Fakültesini seçen araştırma görevlilerinin oranı %18 iken, bu oran ilk beş tercih için %52'dir. Nispeten yeni kurulmuş olan Tıp Fakültesi için tercih edilme oranları olumlu karşılanmalıdır. Katılımcıların %86.5'i çalıştıkları bölümleri isteyerek seçmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde bu oran Akpınar F. (2008)'nin çalışmasında Erciyes Üniversitesi için %91.5; Türkol E (2012)'nin çalışmasında İnönü Üniversitesi için % 87.1; Tan MN'nin çalışmasında Dokuz Eylül Üniversitesi için ise %92.1'dir. Çalıştığı bölümü isteyerek seçme, karşılaşılan zorluklara göğüs gerebilme ve iş memnuniyetini artıran en önemli faktördür (1,2,3).

Araştırma görevlilerinin %83.1'inin düzenli spor yapmadığı, %68.5'inin düzenli kahvaltı yapmadığı, %58.4'ünün yeterli ve dengeli beslenmediği, %73.0'ının düzenli ve yeterli uyku uyuyamadığı, %74.2'si üniversitenin yürüttüğü sosyal aktivitelerden haberi olmadığını, %89.9'u da bu aktivitelere katılmadığını ifade etmişlerdir. Tayvan'da yapılan bir çalışmada (2012) araştırmaya katılan asistanların sadece %10'unun yeterli ve düzenli uyku uyuyabildikleri ve büyük çoğunluğunun ise kendileri için yeterli zaman ayıramadıkları saptanmıştır (4). Aysan E'nin "Asistan Hekim Kılavuzu"nda da belirttiği gibi araştırma görevlilerinin sosyal yaşamını kısıtlayan asıl etmenin nöbetler olduğu açıktır. Her ne kadar bir nöbet 24 saat görünse de, sosyal açıdan bakıldığında her nöbet 48 saattir. Çünkü araştırma görevlileri birçok bölümde nöbet ertesi günlerde tam mesai çalışmak zorundadırlar. Çok doğaldır ki bir gece önce düzenli (belki de hiç) uyumayan bir insanın nöbet ertesindeki gün

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ve gecede herhangi bir sosyal aktivitede bulunması imkansızdır (5). Bunun üzerine bulunduğu ilin ve üniversitenin sosyal aktivite yönünden zayıflığı da eklenince %89.9'luk sosyal aktivitelere katılmama oranı şaşırtıcı olmayacaktır.

Araştırma görevlileri ekonomik durumlarını %16.9'u "iyi", %64'ü "orta", %19.1'i ise "kötü" olarak tanımlamıştır. Akpınar F.'nin çalışmasında bizim çalışmamızla benzer şekilde sırasıyla %23.9, %62.3 ve %13.8 olarak bildirilmiş iken Türkol E.'nin çalışmasında bu oranlar sırasıyla %37.9, %55.7 ve %6.4'tür. Karaoğlu L.'nin çalışmasında ise (2006) hekimlerin %90,9'u aylık gelirlerinin yetersiz olduğu görüşündedirler (6). Türlü fedakarlıklar gerektiren hekimlik mesleğini yürütürken maddi kazanç beklentisi ilk öncelik olmasa da araştırma görevlilerinin anlamlı derecede büyük kısmının maddi durumunu "iyi/çok iyi" olarak tarif etmesi arzulan bir durum olacaktır.

Bilimsel kongre ve sempozyumlara katılım durumları incelendiğinde, asistanların %73.0'ının en az bir kez bilimsel kongre ve sempozyumlara katıldığı saptanmış olup. Akpınar F. ve Karaoğlu L.'nin çalışmalarında da bizim çalışmamıza benzer şekilde katılım oranları yüksek bulunmuştur. Oysa Japonya'da yapılan bir çalışmada (2009) ise üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinin %46.6'sının herhangi bir bilimsel aktiviteye katılmadıkları gösterilmiştir (7).

Araştırma görevlilerine uzman olup zorunlu hizmeti tamamladıktan sonra görev yapmak istedikleri sektör sorulduğunda; %36'sı üniversite (en çok), % 4.5'i ise kendi muayenehanesinde (en az) çalışmayı istemektedirler. Muayenehane isteğinin bu kadar az olmasında Sağlık Bakanlığı'nın son yıllarda yürüttüğü "Tam Gün Yasası" gibi politikaların etkisi olduğu düşünülebilir.

Araştırma görevlilerinin %53.9'u asistanlık sonrası işiyle ilgili kaygı duymakta olup, temel bilimlerdeki asistanların kaygı düzeyi (%83,3); dahili ve cerrahi bilimlere göre daha yüksektir. Akpınar F.'nin çalışmasında da temel bilimlerde kaygı düzeyi bizim çalışmamızla benzer şekilde %81.2 bulunmuştur. Temel bilimlerde zorunlu hizmet sonrası istihdam kısıtlılığı, dahili ve cerrahi bilimlerde ise alternatiflerin daha fazla oluşu (kamu-özel) temel bilimler araştırma görevlilerinin kaygısını açıklayabilir.

Araştırma görevlilerine GOÜ Tıp Fakültesi'nin en önemli üç sorununa verdiği cevaplar değerlendirilmiştir. Personelle ilgili olarak "öğretim üyesi, araştırma görevlisi ve hekim dışı personel sayısının yetersiz olduğu" belirtilmiştir. GOÜ Tıp Fakültesi yaklaşık 120 öğretim üyesi, 102 araştırma görevlisi ve 183 hemşire ve sağlık memuru ile hizmet vermektedir. Yatak kapasitesi ve hasta yoğunluğuna oranla sağlık personeli sayısı yeterli değildir. Bu durum özellikle araştırma görevlilerinin iş yükünü artırarak düzenli kahvaltı yapmalarını, yeterli ve dengeli beslenememeleri, düzenli ve yeterli uyku uyuyamamalarının sebebi olabilir. Eğitimle ilgili seminer/panel gibi bilimsel aktivite yetersizliği ve bazı yan dalların eksikliği dile getirilmiştir. Yan dal uzmanının yeterli sayıda olması araştırma görevlilerince fakülte tercihi önemli bir unsurdur. Yönetimle ilgili poliklinik sayısının ve iş yükünün fazlalığı ile kurumsallaşma ve vizyon eksikliğinden bahsedilmiştir. Fiziki yapıyla ilgili hastane binasının fiziksel kapasite yetersizliği, kantin/kafeterya olmaması ve spor tesisi gibi diğer sosyal imkanlarda kısıtlılık sorun olarak belirtilmiştir. Tıp Fakültesi Hastanesi sınırlı olanaklarla çalışan yeni bir hastane olup, fiziki ve sosyal tesislerle ilgili yapım süreci devam etmektedir. Bir fakültenin tercih edilmesinde bulunduğu ilin sosyal imkanları ve ulaşımı önemli faktörlerdendir. Bu sorunların ilgililerce giderilmesi halinde ilgili fakülteler daha çok tercih edilecektir.

GOÜ Tıp Fakültesini ilk sırada tercih edenlerin %56.3'ü gerçekten istifa etmeyi düşündüğünü ifade etmiştir (p>0.05). Araştırma görevlilerinin isteyerek gelmelerine rağmen yarısından fazlasının en az bir kez istifayı düşünmesinin nedenleri, hem Tokat ilinin sorunları hem de GOÜ Tıp Fakültesinin personel, eğitim ve fiziki yetersizlikleriyle ilgili olabileceği gibi, birçok fakültede istifa nedeni olan tercih edilen bölümün yoğunluğu ve kişilerin beklentisinin tam olarak karşılanmaması olabilir.

Sonuç Ve Öneriler: Her iki araştırma görevlisinden biri asistanlık sonrası işiyle ilgili kaygı duymaktadır. Araştırma görevlilerinin yarısından fazlası asistanlık süresi boyunca en az bir kez gerçekten istifa etmeyi düşünmüştür.

Araştırma görevlisi sayısının yetersiz olması iş yükünü arttırmakta olup, bu durum aile ve sosyal yaşamlarını olumsuz etkileyerek verimli çalışmayı engellemektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırma görevlilerinin mesleklerinden kaynaklanan olumsuzluklar önlenmeye çalışılmalı, yeterli ve dengeli beslenme, düzenli uyku, dinlenme ve sosyal aktivitelere katılma olanağı sağlanmalı, gelir düzeyleri yükseltilmeli ve ihtiyaç duyulan konularda hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Araştırma Görevlisi, Doktor, Üniversite Hastanesi

Kaynaklar:

- 1- Akpınar F, Borlu A, Mutlu Şarlı Ş ve ark. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların yaşam biçimleri ve karşılaştıkları sorunlar. *TAF Prev Med Bull* 2008; 7(4):311-316
- 2- Türkol E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *İNönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012;19(3):159-66
- 3- Tan MN, Özçakar N, Kartal M. Asistan Hekimlerin Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kapsamında Mesleki Memnuniyetleri ve Yaşam Koşulları ile İlişkisi, *Marmara Medical Journal* 2012; 25:20-5
- 4- Wang YJ, Hsu KL, Chang CS, et al. Interrelationships between romance, life quality, and medical training of female residents, *J Chin Med Assoc* 2012;75 402-408
- 5- Aışan E, Asistan Hekim Kılavuzu 2009, 2. Baskı, sy:10
- 6- Karaoğlu L, Şahin T, Eğri M, ve ark. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerin mesleki memnuniyet düzeyi. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006;25:7-14
- 7- Takahash O, Ohde S, Jacobs JL, Tokuda Y, Omata F, Fukui T. Residents' experience of scholarly activities is associated with higher satisfaction with residency training. *J Gen Intern Med* 2009;24:716-720

417

GÖÇMEN KADINLAR ARASINDA MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞINA İLİŞKİN BİLGİ, KOLAYLAŞTIRICILAR VE ENGELLER: SAĞLIK İNANÇ VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELLERİNE GÖRE KALİTATİF BİR ÇALIŞMA

Ayla Tuzcu, Zuhul Bahar

Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Türkiye'de iç göç önemli bir toplumsal olgudur. Göç hareketleri, daha çok ülkenin geri kalmış bölge ve kentlerinden gelişmiş ve iyi yaşam şartlarının olduğu bölge ve kentlere doğru gerçekleşmektedir. Gelişmiş bir kent olarak Antalya, Türkiye'nin farklı bölgelerinden yoğun bir şekilde göç almaya devam etmektedir ve en fazla göç alan iller arasında ilk sıralarda yer almaktadır.

Bireyler göçle, başlangıçta buldukları yerdeki durumlarına göre daha iyi yaşam koşulları, iş fırsatları, eğitim, sağlık hizmetleri ve kültürel olanaklar elde etmeyi ümit ederler. Ancak göç edenlerin gelir düzeyinin düşük olması, sağlık sigortasına sahip olmamaları, geleneksel yaşam kalıplarına bağlı olmaları, sosyal ve psikolojik stres göç edenlerin sağlık koşullarını olumsuz yönde etkilemekte ve sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadırlar. Göç eden bireyler sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturan temel sağlık hizmetlerinden bile yeterince yararlanamamakta, sosyal eşitlik gereği toplumdaki herkese eşit olarak götürülmesi gereken bu hizmetler göç eden bireylere yeterince ulaştırılmamaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Meme kanseri, Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ve kanserden ölümlerin ikinci nedenidir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre kadınlarda meme kanserinin görülme sıklığı giderek artmaktadır ve 2008 yılı verilerine göre insidans 100.000’de 41.6 olarak belirlenmiştir. Antalya’da meme kanseri görülme sıklığı ise 100.000’de 34.7’dir.

Meme kanseri erken dönemde tanındığında tedavi edilebilmekte ve yaşam şansı artmaktadır. Literatürde iç göç eden kadınların meme kanseri tarama davranışları hakkında yapılan bir çalışmaya rastlanılmamış ancak dış göç eden kadınlarla yapılan çalışmalarda bu grupların tarama davranışlarının düşük olduğu gösterilmiştir.

Göçmen kadınlar ile yapılan çalışmalarda meme kanseriyle ilgili sağlık inancı ve tutumlar, meme kanseri bilgisi, göç ettiği bölgede kalma süresi, sosyoekonomik durum, utanma ve kadercilik gibi kültürel faktörler Klinik Meme Muayenesi (KMM) ve Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ile ilişkili faktörlerdir. Meme kanseri tarama davranışlarının etkileyen pek çok faktör olduğu için, farklı toplumlarda meme kanseri taramalarını arttırmak için yapılan girişimlerde bu değişkenlerin düşünülmesi gerekmektedir.

Sağlık İnanç Modeli (SİM) meme kanseri taramalarını açıklamada literatürde en sık kullanılan modeldir. SİM’in en güçlü ayırıcının algılanan engeller olduğu belirtilmektedir. Modele göre engel algılandığında, kişi davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirir. Bunun sonucunda eylemi davranışa dönüştürme kararını verir. Sağlığı Geliştirme Modeli’de (SGM) sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının açıklanmasında kullanılmaktadır. SİM ve SGM’ye göre kişilerin algılanan engelleri doğrudan ve dolaylı olarak sağlık davranışlarının sürdürülmesi için önemlidir. SİM rehber alınarak göçmen kadınlarla yapılan çalışmalarda kadınların meme tarama hızlarının düşmesinde ve erken tanı davranışına yönelmesinde fizyolojik, psikolojik, eğitimsel, sosyal ve kültürel faktörlerin etkili olduğu belirlenmiştir.

Meme kanseri taramalarına katılımda engelleyici ve kolaylaştırıcı faktörleri belirlemek önemli olmasına rağmen literatürde iç göç eden kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarını inceleyen çalışmayla karşılaşmamıştır. Ancak dış göç eden ve farklı etnik grupta olan kadınların içinde yer aldığı kalitatif çalışmalar yapılmıştır. Göçmen kadınların erken tanı davranışlarında etkin olan iç ve dış engellerin belirlenmesi ve bu engelleri azaltmaya yönelik sağlık eğitimlerinin planlanması kadınların hizmet almalarının kolaylaştırılması açısından önemlidir. Ayrıca göçmen kadınların erken tanı davranışlarında etkin olan bu faktörlerin anlaşılması meme kanseri taramalarına göçmen kadınların katılımını arttırmada yararlı olabilir.

Bu çalışmanın amacı kalitatif araştırma yolu ile göçmen kadınların KKMM, KMM ve mamografi çekirme tarama davranışları ile ilgili algıladıkları engelleri ve kolaylaştırıcı faktörleri SİM ve SGM teorik yapısı içinde incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Antalya’nın en çok göç alan yerleşim yeri olan 17 No’lu Dt. Selahattin Topçu Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde yürütülmüştür. Örneklem seçiminde çeşitliliği sağlamak için, amaca yönelik örneklem ve kartopu örneklem yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada beş odak grup görüşmesi yapılmıştır. Görüşmelerin ikisi, çalışmanın yapıldığı bölgede bulunan iki Kuran Kursu’nda amaca yönelik örneklemi yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Diğer üç odak grup görüşmesinde ise kartopu yöntemi kullanılmış ve bu üç görüşme çalışma bölgesinde bulunan Suna İnan Kıraç Eğitim Parkı’nda yapılmıştır. Görüşmeler 8 Şubat- 8 Mart 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Her bir görüşmede en az 7 en çok 9 kişi yer almış olup toplam 39 göçmen kadınla görüşme yapılmıştır. Örnekleme, doğum yeri Antalya merkezi dışı olan, son bir yıl içinde mamografi ve/veya KMM yaptırmamış ve 20 yaş üstü gönüllü kadınlar alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak SİM ve SGM rehber alınarak hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme soru formu kullanılmıştır. Soru formunda meme kanseri tarama bilgisi, erken tanı davranışı engelleri ve kolaylaştırıcılarına ilişkin sorular yer almıştır. Araştırmacının, katılımcılarla yüz yüze gerçekleştiği görüşmelerde, kamera ve ses kayıt cihazı ile kayıt yapılmıştır. Görüşmelerin süresi ortalama 45 dk sürmüştür.

Görüşme kayıtları bir hafta içinde metne dönüştürülmüştür. Veri kayıtlarının doğruluğunu inceleyebilmeleri için katılımcılara geri dönülmüş ve verilerin güvenilirliği sağlanmıştır. Ses kayıtlarından elde edilen ham veriler “içerik analizi tekniği” kullanılarak yorumlanmıştır. Bu çalışmada, görüşme metni üzerinde kodlama yapılmıştır. Bu tür kodlama sürecinde, temalar önceden belirlenmekte ve bu temalar altında yer alabilecek daha ayrıntılı kodlar verilerin incelenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Kodlama bu kavramsal yapıya göre yapılmıştır. Daha sonra ortaya çıkan yeni kodlar listeye eklenmiştir. Bu nedenle öncelikle “Görüşme Kodlama Anahtarı” hazırlanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırmanın güvenilirliğini sağlamada görüşme kodlama anahtarları ve görüşme dökümleri iki ayrı araştırmacı tarafından yapılmış “görüş birliği” ve “görüş ayrılığı” olan konular tartışılarak gerekli düzenlemeler yapılmış ve görüş birliğine ulaşılmıştır.

Bulgular:Katılımcıların yaşları 21 ile 57 yaş arasında, (mean age 36.97, SD 9.77), %87.2’si evli ve çocuk sayısı 0 ile 10 arasında (mean 2.12, SD 1.43), %94.9’unun sosyal güvencesi var ve yarıya yakını okuryazar ve ilkökul mezunudur (%46.2). Antalya’ya göç edeli bir yılı geçmiş olanların oranı %92.8 ve Antalya’ya iş nedeniyle göç etmiş olanların oranı ise %82.1’dir.

Çalışmada göçmen kadınların meme kanseri tarama davranışları ile ilgili engelleri ve kolaylaştırıcıları açısından üç ana tema ve ana temalar altında yer alan alt temalar ortaya çıkmıştır. 1. Bilgi ve farkındalık, 2. Bireysel faktörler, 3. Sağlık hizmet sunumu ve sosyal ortam.

Meme kanseri ve taramaları ile ilgili **bilgi ve farkındalık** teması altında engeller; meme kanseri belirtileri, risk faktörleri, meme kanseri tarama yöntemleri (KKMM, KMM, mamografi) ve taramaya başlama zamanı hakkında bilgi eksikliğidir. Aynı tema altında kolaylaştırıcılar, meme kanseri belirtileri, riskleri ve taramaya başlama yöntemi zamanı hakkında doğru bilgi ve KKMM hakkında farkındalıktır. **Bireysel faktörler teması** altında engeller; ihmal, korku ve kültürel faktörler (kaderci olma, utanma) olarak belirlenmiştir. Bu tema altında kolaylaştırıcılar; korku, kültürel faktörler (taramalarda bayan Dr. olması) ve öz etkililik yer almıştır. **Sağlık hizmeti sunumu ve sosyal ortam** teması altında engeller; sağlık personeli ile geçmişte yaşanan olumsuz deneyimler, sağlık personelinin bilgi vermemesi, randevunun geç verilmesi ve çevreye yabancı olmaktır. Aynı tema altında kolaylaştırıcılar; sağlık personeli veya medya tarafından bilgilendirilme, toplum taramaları, bayan doktor, ulaşım kolaylığı ve sosyal desteklerdir.

Tartışma:İç göç ve dış göç birbirlerinden çok farklı yapı ve dinamiklere sahip olmalarına rağmen, kadınların göç sürecindeki deneyimleri açısından benzerlikler göstermektedir (İlkkaracan ve İlkkaracan, 1998). Bu yüzden araştırmamızda dış göç eden bireylerle yapılan çalışmalardan yararlanılmıştır.

Çalışmada katılımcıların algıladıkları engellerin davranışa geçmelerinde etkili olduğu görülmektedir. Kadınların meme kanseri belirtileri, risk grupları, erken tanı yöntemleri ve tarama zamanları konusunda yeterli bilgiye sahip olmama durumu çalışmanın önemli sonuçlarından. Göçmen kadınlarla yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Azaiza ve Cohen, 2008; Borrayo, Buki, & Feigal, 2005; Boxwala, Bridgemohan, Griffith, & Soliman, 2010; Clark ve Natipagon-Shah 2008; Ogedegbe et al., 2005; Sadler, 2007). Çalışmada KKMM’nin nasıl ve ne zaman yapılacağı konusunda bilgi eksikliğinin engelleyici faktörlerden olduğu, KKMM farkındalığının ise kolaylaştırıcı olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda göçmen kadınların KKMM yapma oranlarının düşük olduğu (Jirojwong & MacLennan 2003; Weis, 2003), ülkemizde yapılan bir çalışmada ise her ay KKMM yapma oranının %10.1 olduğu saptanmıştır (Gürsoy ve ark., 2011). KKMM’nin etkisi sorgulanmasına rağmen, ülkemizde genellikle memedeki bir kitlenin ilk olarak kadınların kendileri tarafından tespit edilerek doktora başvurduğu göz önüne alındığında, Türkiye gibi Ulusal Tarama Programlarını yeni yaygınlaştırmaya başlayan ülkeler için düzenli ve doğru olarak KKMM uygulamasının yaygınlaştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda bireysel faktörler teması altında belirlenen; ihmal, utanma ve kadercilik göçmen kadınların tarama davranışlarını engelleyen nedenler arasında olduğu saptanmış ve bu sonucun göçmen kadınlarla yapılan araştırma sonuçlarıyla uyumlu olduğu belirlenmiştir (Clark ve Natipagon-Shah, 2008; Crump, Mayberry, Taylor, Barefield, & Thomas, 2000). Çalışmamızda hastalık hakkında yaşanan korku, hem engelleyici hem de kolaylaştırıcı faktörler arasında tartışılmıştır. Bulgularımız tarama davranışlarında hem motive edici hem de engelleyici olabilen “çift kenarlı kılıç” olarak tanımlayabileceğimiz korkunun kompleksliğine ve önemine ışık tutmuştur. Bu sonucun Tayland’lı göçmen kadınlarla yapılan araştırma sonucuyla uyumlu olduğu belirlenmiştir (Clark ve Natipagon-Shah, 2008). “Öz etkililik (taramaları yaptırmak için yeterli güvene sahip olma) algısının” göçmen kadınların erken tanı davranışlarına katılmalarını etkilediği belirlenmiştir ve bu bulgu literatür sonuçlarıyla uyumludur (Becker & Foxall, 2006; Ogedegbe et al., 2005). Kültürel faktörler teması altında belirlenen kadercilik çalışmamızda katılımcılar tarafından daha az sıklıkta ifade edilmiştir. Bunun nedeni Türk kadınlarının kendi sağlıkları konusunda bazı kültürel engelleri aştığının göstergesi olabilir.

Sağlık hizmeti sunumu ve sosyal ortam teması altında engeller olarak belirlenen; sağlık personeli ile geçmişte yaşanan olumsuz deneyimler, randevu tarihinin geç verilmesi ve kliniklerde uzun bekleme saatlerinin diğer

çalışma sonuçlarıyla uyumlu olduğu belirlenmiştir (Crump, Mayberry, Taylor, B.Barefield, & Thomas; Ginossar, De Vargas, Sanchez, & Oetzel, 2010). Göçmen kadınlar tarafından bilgi kaynağı olarak daha çok Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan doktor ve hemşireler önerilmiş, televizyonda verilen eğitimlerin de yararlı olduğu vurgulanmıştır.

Sonuç ve Öneriler:SİM ve SGM ile uyumlu olarak yürütülen görüşmeler, kadınların tarama davranışlarını neden göstermediklerini ve kolaylaştırıcı faktörleri açıklamada etkili olmuştur. Göçmen bireylerin yoğun olarak bulunduğu bölgelerde hizmet veren başta Aile Sağlığı Merkezleri olmak üzere diğer birincil ve ikincil basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelleri (hekim, hemşire ve ebe) sağlığı geliştirme programlarının planlanmasında bu çalışmada belirlenen engelleyici ve kolaylaştırıcı faktörlerden yararlanabilirler.

Ayrıca ülkemizin yoğun göç alan diğer illerinde göçmen kadınların meme erken tanı davranışlarını etkileyen faktörleri değerlendirmek için daha fazla çalışma planlanması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Meme kanseri, erken tanı, sağlık inanç modeli, göçmen

Kaynaklar:Banning, M. (2011). Perceptions of breast health awareness in Black British women. *European Journal of Oncology Nursing*,15(2):173-177.

1. Clark, M. J., & Natipagon-Shah, B. (2008). Thai American women's perceptions regarding mammography participation. *Public Health Nursing*, 25(3), 212-220.
2. Crump, SR., Mayberry, RM., Taylor, BD., Barefield, KP., Thomas, PE. (2000). Factors related to noncompliance with screening mammogram appointments among low-income African-american women. *Journal of The National Medical Association*. J Natl Med Assoc.;92:237-246.
3. Ginossar, T., De Vargas, F., Sanchez, C., & Oetzel, J. (2010). "That word, cancer": breast care behavior of Hispanic women in new Mexico background and literature review. *Health care for Women International*, 31, 68-87.
4. İlkcaracan, P., & İlkcaracan, İ. (1998). 75 Yılda Köylerden Şehirlere. In *1990'lar Türkiye'sinde kadın ve göç* (pp.305-322). İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları.

787

HASTA EĞİTİMİNDE FARKLI BİR BAKIŞ: HASTA OKULU

Mukaddes Miral¹, Emine Ekici², Özden Duruhan¹, İbrahim Topçu²

¹İstanbul Sağlık Müdürlüğü, ²İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş ve Amaç:Hasta eğitimi; uyum ve memnuniyetin artırılması, masrafların düşürülmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastaların otonomilerinin artırılması için bir yol olarak önerilmektedir^{1,2,3}. Özellikle kronik hastalık durumlarında, hasta eğitimi tekniklerinin kullanımıyla yaşam kalitesinin anlamlı ölçüde arttığı gözlenmiştir. Fakat ülkemizde yapılan çalışmalar hasta eğitiminin hala sistemli ve planlı olarak yürütülmediğini göstermektedir^{4,5,6,7}. Geleneksel hasta eğitimi yöntemlerinin önünde zaman, eğitime erişim ve maliyet gibi bazı engeller olduğunu ortaya koymuştur. Tedavinin en önemli kısmını oluşturan hasta eğitimi çoğu kez kalabalık poliklinik şartlarında yeterince verilememektedir. Bu nedenle tedaviye uyumda sorunlar yaşanmaktadır⁸. Örneğin Yılmaz ve ark. yaptıkları anket çalışmasında, Hastaların oldukça sık olarak (%56.2) doktordan habersiz ilaçlarını bıraktıkları görülmüştür⁹.

Türkiye'de her birey yılda ortalama 1,6 kez sağlık hizmeti için başvurmaktadır¹⁰. Maalesef, sağlık karşılaşmalarının tamamına yakını sorunu o an için çözmek ve tedavi etmeye odaklıdır. Birinci basamaktaki karşılaşmaların %60'ı ise reçete yenileme amaçlıdır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hasta yoğunluğunun oldukça fazla olduğu ülkemizde, hasta başına düşen muayene süresi oldukça kısadır 2 . Zaman yetersizliğine bağlı olarak, hasta ve ailesi gündelik pratik sorunları hakkında sağlık personeli ile yeterli diyalog kuramamaktadır. Özellikle kronik hastalığın getirdiği ömür boyu sürecek medikal sorunlar ile birlikte yaşayan hastalar, buna ek olarak sosyal, psişik ve ailevi problemler içinde çoğu kez bunalmaktadır. Hastalık takip ve tedavisinde hastalığın hasta yaşamını kısıtlamayıp, hastanın normal günlük aktivitelerini sürdürebilmesi ve aynı zamanda hastalığın ilerlemesinin önlenip hastalığa bağlı komplikasyonların oluşmasının engellenmesi gerekmektedir. Hasta eğitim programları ile özellikle kronik hastalıklar için üçüncül koruma yaklaşımı ile; hastanın yaşadığı süre boyunca yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve hastalığı ile daha uzun ve daha kaliteli bir yaşam sürmesi için çaba gösterilir.

Amacımız hasta okulları yaklaşımı ile hasta ve yakınlarına yönelik, düzenli, sistematik, sürekliliği olan hasta eğitim programları oluşturmaktır. Bu çalışmada 2007 yılından beri yürütülen hasta okulu eğitimi programları ve bu programlara katılan hasta sayısı tanımlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem:İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi tarafından 2006 yılında mevcut hasta eğitim programları konusunda saha araştırması ve literatür taraması yapılmıştır. Sağlık profesyonellerinden oluşan bir komisyon oluşturulmuş, programın planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi komisyon danışmanlığında gerçekleştirilmiştir.

Hasta okulu programı yürütülecek hastanelerde, eğitimden sorumlu başhekim yardımcısı, hasta okulu programlarından sorumlu bir koordinatör ve eğitim hemşiresinden oluşan bir ekip kurulmuştur.

Kamu Kurum ve Kuruluşları, Sivil Toplum Kuruluşları ve Belediyeler ile işbirliği için görüşmeler yapılmıştır. 2000'den beri hasta okulu programlarında devamlılığı sağlayan tek kuruluş olduğu için, ilk 1 yıl İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ile işbirliği yapılmıştır. Hazırlık aşaması tamamlandıktan sonra, 2007 yılında şartları uygun ve gönüllü 7 Eğitim ve Araştırma Hastanesinde program başlatılmıştır.

Eğitim konuları;obezite, diyabet, kronik kalp hastalıkları, astım, tüberküloz, hasta hakları gibi kronik hastalıklar yanında güncel konulardan oluşmaktadır. Her programda farklı bir hastalığa yer verilmektedir. Alanında uzman sağlık personeli tarafından bir saatlik bir sunum yapılmaktadır. İkinci bölümü hastalardan gelen soru ve sorunların yanıtlanmasına ayrılmaktadır. Ayrıca hasta okulu kapsamında hazırlanan broşür ve el kitapçıkları ile eğitim desteklenmektedir.

Anket formu ile katılımcı özellikleri, talepleri ve memnuniyeti değerlendirilmiş (katılımcıların %88'i hasta okulu eğitimlerini iyi olarak değerlendirmiştir.), değerlendirme sonuçları konusunda eğitim merkezleri bilgilendirilmiştir.

2007-2012 yılları arasında talepler doğrultusunda hastanın düzenli gelmesini gerektiren hastalığa özel, her oturumda o hastalıkla ilgili farklı bir konunun işlendiği diyabet okulu, bel okulu, obezite okulu gibi hasta okulu programları oluşturulmuştur. Bu programlarda, eğitimin tamamına gelen katılımcılara katılım belgesi verilmektedir.

2007 yılında 7 hastanede başlayan hasta okulu programı, 2010 yılından itibaren 11 hastanede yürütülmüş ve halen devam etmektedir. Gebe okulu programı 2008 yılında başlatılmış olup, 5 hastanede halen devam etmektedir. 2010 yılında 6 eğitim ve araştırma hastanesinde diyabet okulu programı başlatılmıştır. 2011 yılında; diyabet okulu sayısı 11'e çıkarılmıştır. Yine 2011 yılında 1 hastanede bel okulu programı başlatılmıştır. 2012 yılında, 1 hastanede obezite okulu programı başlatılmıştır.

Hasta okullarının tanıtımı ve web üzerinden eğitim amacı ile hasta okulu programlarının video çekimleri gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Hasta okulu programı 2007 yılından itibaren devam etmekte olup, 2012 yılı ilk 6 ayına kadar toplam 16567 hasta ve yakınına ulaşılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Hasta okulu programı 2007 yılından itibaren devam etmekte olup, 2012 yılı ilk 6 ayına kadar 16567 hasta ve yakınına ulaşılmıştır.
- Gebe okulu programı 2008 yılından itibaren devam etmekte olup, 2012 yılı ilk 6 ayına kadar 71372 gebe ve yakınına ulaşılmıştır.
- Gebe Eğitim Kursu 2011 yılından itibaren devam etmekte olup, 2012 yılı ilk 6 ayına kadar 235 gebe ve yakınına katılım belgesi verilmiştir.
- Diyabet okulu 2010 yılından itibaren devam etmekte olup, 2012 yılı ilk 6 ayına kadar 15582 hasta ve yakınına ulaşılmıştır.
- Bel okulu programı 2011 yılından itibaren devam etmekte olup, 2012 yılı ilk 6 ayına kadar 83 hastaya ulaşılmıştır.
- Obezite okulu 2012 yılında başlamış ve 6 ayda 135 kişiye ulaşılmıştır.

Sonuç Ve Öneriler:Hasta eğitiminin amacına ulaşılabilmesi için eğitimin sunulan sağlık hizmetlerinin bir parçası olması zorunluluğu vardır¹⁰. Sağlık personelinin hastaları ile daha olumlu bir bağlantı kurarak başarılı sonuçlar alması, bu hasta okullarının sayı ve kalitesinin artması ile sağlanabilir¹¹. Hasta okulu programlarının; astım okulu, kalp sağlığı okulu, yatağa bağımlı hasta yakınları için okul gibi daha özel programlar haline getirilmesi, diğer kuruluşlar (Belediye, Milli Eğitim Müd., dernekler) ile işbirliği yapılarak duyuruların ve katılımın artırılması, eğitimcilerin yetişkin eğitici eğitimi alması, programın maliyet-etkinlik açısından değerlendirme ayasının oluşturulması programın başarısını olumlu yönde etkileyecektir.

Anahtar Kelimeler; Hasta Okulu, Hastane, Eğitim

Kaynaklar:Çolak M., Ersoy K., Kavuncubaşı Ş. "Klinik, Hastane ve Toplum Tabanlı Hasta Eğitim Programları Ana Hatları" Başkent Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği

1. Özcan H. "Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları" Yüksek Lisans Tezi Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD, Edirne – 2008
2. Bozkurt S., Zayım N., Gülkesen H. "Hasta Eğitiminde Bilgi Teknolojileri: Web Tabanlı Beslenme Eğitimi" Akademik Bilişim Kongresi. 2008 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale, 30 Ocak – 01 Şubat 2008 Sayfa 293
3. Avşar G., Kaşıkçı M. "Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu" Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12: 3
4. Kaya H. "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları" Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2009;1:1 sayfa 20
5. Akgün Kostak M, Taşocak G. Juvenil romatoid artritli çocuk ailelerinin eğitim. Gereksinimleri. Hemşirelik Forumu Dergisi 2006:41-7.
6. Tel H, Akdemir N. KOAH'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla başatme durumlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;2(2):44-52
7. ASTIM <http://www.tip2000.com/doktorlar/astim.html>
8. Dr. Ömer Yiğiner, Dr. Namık Özmen, Dr. Fatih Özçelik, # Dr. Tuğrul İnanç, † Dr. Ejder Kardeşoğlu, Dr. Ömer Uz, Dr. Zafer Işılak, Dr. Mustafa Aparcı, Dr. İrfan Şahin, § Dr. Erol Arslan, + Dr. Bekir Sıtkı Cebeci; Tip 2 diyabetiklerde ve ikincil koruma hastalarında statin kullanımına uyum ve LDL-kolesterol hedefine ulaşma düzeyleri: Eğitim ve bilgi düzeyinin rolü. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2010;38(8):sayfa 549
9. Kocaçal E."Hasta Eğitimi " <http://hemsireyiz.biz/forums/thread/34540.aspx>
10. Göksoy T. "Hasta Okulu" <http://www.turgutgoksoy.com/detay.asp?pageid=653>

HASTANE VE SAĞLIK YÖNETİCİLERİ EĞİTİMİ DERSLERİNİN BU DERSLERİ ALANLAR TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bestami Çiftçi, Bekir Kaplan, Sema Zergeroğlu, Uğur Dilmen

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Giriş-Amaç: Bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (SAGEM) tarafından yürütülen Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi (USES) kapsamında Hastane ve Sağlık Yöneticiliği Sertifika Programının 2011-2012 öğretim yılı birinci döneminde yer alan derslerin, bu programa katılan yöneticiler tarafından değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmada USES’ de Hastane ve Sağlık Yöneticileri Eğitimi derslerini alan Hastane ve Sağlık Yöneticileri tarafından değerlendirilmiştir. Araştırmada İl Sağlık Müdürleri ve Yardımcıları “Sağlık Yöneticisi”, Hastane Başhekimleri, Başhekim Yardımcıları, Müdürleri ve Müdür Yardımcıları da “Hastane Yöneticisi” olarak tanımlanmıştır. Sosyodemografik özellikler ve USES Hastane ve Sağlık Yöneticileri Eğitimi derslerinin değerlendirildiği anket formu katılımcılara gözlem altında uygulanmıştır. SPSS 18.0 istatistik paket programının kullanıldığı analizlerde tanımlayıcı istatistikler ve ki kare testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya 276 (%38,8 N= 711) kişi katılmış olup tamamı lisans ve üzeri mezundur. Katılımcıların %26,8’i (n=74) 36-40 yaş arasında, %80,8’i (n=223) erkek, %91,7’si (n=253) evli ve %26,4’ü (n=73) uzman doktordur. Ayrıca çalıştıkları yerlerde görev türünü belirtenlerin (n= 228) %31,1’i (n=71) başhekim yardımcısı, %18,9’u (n=43) başhekim, %11,8’i (n=27) il sağlık müdür yardımcısı ve %0,9’u (n=2) il sağlık müdürüdür. Katılımcıların en çok yararlandıkları eğitim kaynakları elektronik kitaplar (%80,4, n=211) olup en az faydalanılan eğitim kaynağı ise canlı ders arşivleridir (%60,9, n= 142). Katılımcıların %40,6’sı (n= 112) dönem boyunca anlatılan derslerin %60’ından fazlasına canlı olarak katıldığını belirtmiştir. Program kapsamında verilen derslerden “Sağlık işletmelerinde işletmeciliğin temel kuralları”, “Sağlık işletmelerinde yönetim bilgi sistemleri”, “Çağdaş insan kaynakları yönetimi” ve “Sağlık politikaları ve planlaması” derslerinin ilgi çekme düzeyi %90’ın üzerinde iken “Sağlık işletmelerinde finansal yönetim teknikleri” dersinin ilgi çekme düzeyi %79,3’tür. Katılımcıların ilk dört dersi uygulamaya geçirme yüzdeleri %85’in üzerinde iken “Sağlık işletmelerinde finansal yönetim teknikleri” dersinin uygulamaya geçirilme yüzdesi %74,3 olarak gerçekleşmiştir. Katılımcıların %17,0’i (n= 39) USES’ten “Kısmen” memnun olduğunu %83,0’i (n= 191) ise “Çok” memnun olduğunu belirtmiş olup memnuniyet durumunu “Az” olarak belirten bulunmamaktadır. Hastane yöneticilerinin %75,4’ü (n= 101) “Sağlık işletmelerinde yönetim bilgi sistemleri” dersinin ilgilerini çok çektiğini belirtirken sağlık yöneticilerinde bu yüzde %54,5 (n= 42) olarak gerçekleşmiştir. “Sağlık işletmelerinde yönetim bilgi sistemleri” dersinin ilgi çekme düzeyi sağlık yöneticilerine göre hastane yöneticilerinde anlamlı olarak fazladır ($p = 0,008$). Diğer derslerin ilgi çekme durumu ile yönetim grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yönetim grubuna göre eğitim kaynaklarından faydalanma durumu arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$). Hastane yöneticilerinin %49,6’sı (n= 69) sağlık yöneticilerinin %32,5’i (n= 25) “Sağlık işletmelerinde işletmeciliğin temel kuralları” dersini uygulamaya çok geçirdiğini belirtirken bu değerler “Sağlık işletmelerinde yönetim bilgi sistemleri” dersi için sırasıyla %56,3 (n= 76) ve %31,2 (n= 24) olarak gerçekleşmiştir. Hastane yöneticilerinin “Sağlık işletmelerinde işletmeciliğin temel kuralları” ve “Sağlık işletmelerinde yönetim bilgi sistemleri” derslerini uygulamaya geçirme durumu sağlık yöneticilerinden anlamlı olarak fazladır ($p < 0,05$). Yönetim grubu ile diğer dersleri uygulamaya geçirme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Derslerden memnuniyet durumu her iki yönetim grubunda %80’in üzerinde olup gruplar arasında memnuniyet yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tartışma/Sonuç Öneriler: Bu araştırma Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık işletmelerinde hastane ve sağlık yöneticisi olarak çalışırken USES Hastane ve sağlık yöneticiliği sertifika programına katılan yetişkinlerin, bu program kapsamında aldıkları derslerin ve eğitim kaynaklarının yararlılığını, ilgi çekip çekmediğini ve derslerin uygulanabilirliğini değerlendirmelerini amaçlamaktadır. Program kapsamında anlatılan dersler her 5 katılımcıdan 4’ünün ilgisini çekmekte ve her 4 katılımcıdan 3’ü de dersleri uygulamaya geçirmektedir. Bu değerler anlatılan derslerden faydalanma durumunun yüksek olduğunu düşündürmektedir. USES programı erişkin eğitime yönelik bir program olup katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Katılanların gönüllü

olması ve derslerin katılımcıların ihtiyaçlarına göre belirlenmesi derslere karşı olan ilgiyi artırmaktadır. Ayrıca eğitim veren kişilerin alanlarında yetkin öğretim üyeleri ve Sağlık Bakanlığı çalışanları olması ve günlük hayatlarında verdikleri dersleri pratikte uygulayan bireylerden oluşması da derslere karşı olan ilginin artmasının başka bir nedeni olabilmektedir. Katılımcıların yaklaşık yarısı canlı derslerin %60'ından fazlasına katılmıştır. Katılımcıların yönetici pozisyonunda olduğu düşünüldüğünde bu değer beklenenden yüksek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca katılımcıların talepleri doğrultusunda derslerin akşam saatlerinde yapılması da katılımı artırmış olabilmektedir. Derslerden memnun olma durumu ile yönetim grubu arasında anlamlı fark olmasa da, genel olarak hastane yöneticilerinin derslere karşı ilgi durumu ve dersleri uygulamaya geçirme durumları sağlık yöneticilerinden daha fazladır.

Anahtar Kelimeler: Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi, Değerlendirme

506

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÜSTBİLİŞ DÜZEYLERİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Feyza Sevindik, Mehtap Sönmez, Gülsen Güneş

Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş:

Flavel'e göre üstbilis, kişinin kendi düşünme süreçlerinin farkında olması ve bu süreçleri kontrol edebilmesi anlamına gelir (1). Üstbilisin öğretimi, bireyin kendi bilissel süreçlerinin nasıl işlediğini anladığında, bu süreçleri denetleyebileceği ve daha nitelikli bir öğrenme için bu süreçleri yeniden düzenleyerek daha etkili kullanabileceği varsayımına dayanmaktadır. Üstbilis, çocukların ve yetişkinlerin eğitiminde önemli yer tutmakla beraber , akademik başarı ve üstbilis seviyeleri arasında anlamlı ilişki olduğu saptayan bazı çalışmalar da bulunmaktadır (2).

Hemşirelik eğitiminde üstbilisin araştırılması, öğrencilerin kapasitelerini optimum seviyede tutmak için yardımcı rehberlik niteliğindedir. Koruyucu sağlık hizmetleri konularında olduğu gibi üstbilis becerilerin geliştirilmesine yönelik eğitim verme , eğitimdeki açıklıkları ve başarısızlıkları azaltacaktır (3). Klinik uygulamalarda da öğrencilerde , eleştirel ve yansıtıcı düşünmenin etkisi ile bilis ve üstbilis becerilerinin geliştirilmesi daha verimli bir uygulama yapılmasını sağlayacaktır (4).

Gelecekte farklı klinik alanlarda çalışacak hemşire adaylarının üstbilis becerilerinin belirlenerek, profillerinin ortaya çıkarılması önemlidir. Üst bilis becerisine sahip öğrenciler kendi öğrenmelerinin sorumluluğunu alarak , hasta bakımında daha aktif çalışacaklardır.

Bu araştırmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları üst bilis düzeylerini belirlemek ve üst bilis düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntemler:

Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini 2011-2012 öğretim yılı güz döneminde Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümünde eğitimlerine devam eden 220 öğrenci oluşturmaktadır. Anketin yapıldığı tarihte derse devam eden ve anketi doldurmayı kabul eden 137 öğrenci ise örneklem kapsamına alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak "Kişisel Bilgi Formu" ve "Üst Bilis-30 Ölçeği" (ÜBÖ-30) kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda araştırmaya katılan öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, sigara kullanma durumu, anne ve baba eğitim durumları sorulmuştur. Üst bilis-30 ölçeği, Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilmiş, ölçeğin orijinal adı "Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)" şeklindedir. Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Tosun ve Irak (2008) tarafından yapılmıştır. ÜBÖ-30"daki her madde, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(4) kesinlikle katılıyorum" uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi üst bilişsel faaliyetin arttığına işaret eder.

Ölçeğin 5 alt boyutu bulunmaktadır. Olumlu inançlar alt boyutu, 1, 7, 10, 20, 23 ve 28. maddelerden oluşur ve endişelenmenin, plan yapma ya da problem çözmeye yardımcı olduğuna dair, endişelenmeye yönelik olumlu inançları içerir. Aynı zamanda bu faktöre göre endişe, arzu edilir bir kişilik özelliğidir. Kontrol edilemezlik ve tehlike, 6, 13, 15, 21, 25, 27. maddeleri içerir ve iki boyuttan oluşmaktadır. Birincisi, 'insanın işlevlerini yerine getirebilmesi güvende kalabilmesi için endişelerinin kontrol etmesi gereklidir' şeklindeki inançtır. Diğeri, endişenin kontrol edilemeyeceğine dair inançtır. Bilişsel güven, 8, 14, 18, 24, 26 ve 29. Maddeleri içerir ve kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması ile ilgilidir. Düşünceleri kontrol ihtiyacı, 2, 4, 9, 11, 16, 22. maddelerden oluşur ve batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını içerir. Bilişsel farkındalık, 3, 5, 12, 17, 19 ve 30. Maddelerden oluşur ve kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmasını ifade eder (5).

Araştırmada verilerin normal dağılıma uygunluğuna Kolmogorov-Smirnov testi ile bakılmış, normal dağılıma uyduğu için ortalama, t testi, varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular:

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamaları 22.6 ± 2.1 'dir. Öğrencilerin % 58.4'ü erkek, % 42.3'ü üçüncü sınıfta okumaktadır. İlk öğretimlerini ilçede tamamlayanlar % 33.6'sı, orta öğretimlerini tamamlayanlar ise % 38.0'dır. Öğrencilerin ÜBÖ-30 ölçeğinden aldıkları puan 77.3 ± 10.6 'dır. Bilişsel farkındalık alt ölçeğinden alınan puan ortalaması 17.3 ± 2.6 'dır. Erkek öğrencilerin ÜBÖ-30'dan aldıkları puan ortalaması 79.0 ± 9.7 , bayan öğrencilerin 75.0 ± 11.4 'tür ($p=0.029$). Anne eğitimi ile kontrol edilemezlik alt boyutu arasında anlamlılık vardır. Psikiyatrik bir hastalığı olduğunu ifade eden öğrencilerin ÜBÖ-30 'dan aldıkları puan ortalaması 86.5 ± 12.1 , psikiyatrik hastalığı olmayanların 76.9 ± 10.4 'tür ($p=0.032$). Medeni durum, okudukları sınıf, ilkököl ortaokul ve liseyi bitirdikleri merkezler, sigara kullanma, baba eğitimi, ekonomik durum ile ÜBÖ-30 ve alt gruplarında anlamlılık bulunamamıştır.

Sonuç ve Öneriler:

Sonuç olarak, kendi öğrenme süreçlerini tanımlayan hemşireler yetiştirmede öğretim elemanlarına önemli görevler düşmektedir. Üniversite öğrencilerinin üst düzey düşünme becerilerinin gelişmesi, onların günlük hayata uyum sağlamalarında ve yaşamsal becerilerinin artırılmasında oldukça önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: üst biliş, hemşirelik öğrencisi, düşünme.

Kaynaklar

- 1- Flavell, J. H. (1979). Metacognitive and Cognitive Monitoring: A New Area of Cognitive Developmental Inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911
- 2- Özsoy G. Üstbiliş. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* Güz 2008, 6(4), 713-740.
- 3- [Worrell PJ](#). Metacognition: implications for instruction in nursing education. *J Nurs Educ.* 1990 Apr;29(4):170-5.
- 4- Kuiper RA, Pesut DJ. (2004) . Promoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice: self-regulated learning theory. *Journal of Advanced Nursing* vol 45 issue 4 ,381-391.
- 5- Tosun A, Irak M. (2008) Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliliği, Güvenirliği Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 19(1):67-80.

HEMŞİRELERİN İLETİŞİM BECERİLERİNİN HASTALARA EĞİTİM VERMEYE ETKİSİ : KIRIKKALE TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÖRNEĞİ

Nesime Güzel Ertop¹, Sevda Gerin²

¹Kırıkkale Üniversitesi, ²Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Amaç: Hemşireler çalıştıkları kurumlarda hasta bakım hizmetleri verirken gerek hasta ve gerekse hasta yakınları ile sürekli iletişim halindedirler. Bu önemli görevi icra eden hemşirelerin hastalarını memnun edebilmeleri için etkili iletişim becerisine sahip olmaları gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin tespit edilmesi bu araştırmanın genel amacını oluşturmaktadır.

Gereç ve yöntemler:

Araştırmanın Tipi:

Bu çalışma, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde değişik kliniklerde görev yapan hemşirelerin yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma yılı değişkenlerine göre iletişim becerileri düzeylerini belirlemek ve hazırlanacak hizmet içi programlarına temel teşkil etmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Çalışma, Şubat-Mart 2012 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan hemşirelerin iletişim becerilerini çeşitli değişkenlere göre değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak çalışma planlanmıştır. Araştırmanın evreni söz konusu hastanede çalışan toplam 82 hemşiredir. Araştırmanın yapıldığı tarihte izinli olan, raporlu olan, veri toplama formunda hata tespit edilen ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 18 hemşire kapsam dışı bırakılmıştır. Araştırmanın örneklemi ise araştırmaya katılan 64(%78) hemşire olmuştur.

Çalışmanın verileri "Kişisel Bilgi Formu", ve "İletişim Becerileri Envanteri" ile elde edildi. İletişim Becerileri Envanteri (İBE) Bireylerin iletişim becerileri düzeylerini değerlendirmek amacıyla Ersanlı ve Balcı(1998) tarafından geliştirilmiş 5 li likert tipi bir envanterdir. Ölçek toplam 45 anlatımdan oluşmakta olup elde edilebilecek en yüksek puan 225, en düşük puan ise 45'dir. Ölçek bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olmak üzere üç alt boyuttan oluşur. Her alt ölçek ayrı ayrı değerlendirileceği gibi ölçeğin toplamına bakarak bireyin genel iletişim beceri düzeyi belirlenebilir. Her bir alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan 75 en düşük puan ise 15'dir. Hangi alt ölçekteki puanı yüksek ise iletişim becerisi açısından o alt boyutta daha iyi olduğu söylenebilir. Ölçeğin tamamı için ise, puanların yüksekliği o bireyin iletişim beceri düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışma kapsamında elde edilen veriler bilgisayara girilerek SPSS 18.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerle, t testi kullanılmıştır. Normallik testi yapılarak normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde Kruskal Wallis, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin çalışma yıllarına göre, çalışma yılı artışı ile iletişim becerisinin davranışsal alt boyutunda arasında negatif yönlü bir korelasyon bulunmuştur (p<0.05). Hemşirelerin %78.1'i iletişim ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir, %76.6'sı iletişim becerilerinin hastalara eğitim vermelerini etkilediğini, %34.4'ü iletişim becerilerinin iyi olduğu için eğitim verirken kendilerine güvendiklerini ifade etmişlerdir. Hastalara iletişim verdikleri konular; hastaların kullandıkları ilaçları, hastalıkları, tedavileri, evde bakımları ve tedavileri olduklarını belirtmişlerdir.

Sonuç: Hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin bazı alt boyutlara göre düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma yılı arttıkça iletişim beceri düzeyleri azalmaktadır.

Öneriler: Hemşirelerin iletişim becerileri düzeylerini geliştirmeye yönelik eğitim programların düzenlenmesi, yürütülmesi ve sürekliliğin sağlanması önerilebilir. Bu eğitimlerde hemşirelerin kendi farkındalıklarını kazandırmaya, ekibin diğer üyelerinden beklentilerine ve empatik becerilerini geliştirmeye yönelik etkinliklere yer verilebilir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, iletişim, iletişim becerisi, çalışma süresi

644

KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SERVİK KANSERİ RİSK FAKTÖRÜ VE PAP SMEAR KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Ayşe Reyhan

İstanbul Büyükşehir Belediyesi

Giriş Ve Amaç: Bir toplumda kanserden ölümlerin azaltılabilmesi için, kanserin erken evrede yakalanabilmesi gereklidir. Kanserın erken evrede yakalandığı toplumlarda, kanser mortalitesi daha düşüktür. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde kanser görülme sıklığı giderek artmakta olup, bu artış kanser tarama programlarına başlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Kanserde erken tanının önemi toplum tarafından bilinmedikçe, erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması mümkün değildir. Serviks kanseri, genital kanserler içinde erken tanısı mümkün olan ve erken tanı ile tedavi edilebilir bir kanser türüdür.(1,3) Kanserde erken teşhis ve taramanın yanında nedenleri, risk etmenleri ve belirtileri hakkında toplumda kanser farkındalığını artırarak bilinç ve davranış değişikliği oluşturmak oldukça önemlidir.(2) Sağlık çalışanlarının erken tanı ve tedavinin sağlanmasında doğru davranış geliştirmeye yönelik olumlu rol model olmaları önemlidir.Bu nedenle, toplum eğitimi ve kanser farkındalığının oluşturulması koruyucu sağlığın geliştirilmesinde ilk basamak olmalıdır.Bu çalışma ile İstanbul Büyükşehir Belediyesi (İBB) Kadın ve Aile Sağlığı Merkezlerinde (KSM) hizmet veren kadın çalışanların serviks kanseri risk faktörleri, jinekolojik muayene ve papsmear konusundaki bilgi ve tutumlarını sorgulamayı amaçladık.

Gereç Ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, İBB'ye ait 34 KSM'de hizmet veren kadın sağlık çalışanları ile yapılmıştır. Toplam 125 çalışanın tamamı bu araştırmaya katılmıştır.Araştırmada veriler,Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans tez çalışmasından alınan iki form kullanılarak elde edilmiştir.(4) Kişisel Bilgi Formunda(Form I), kadın çalışanların kişisel tanıtıcı bilgileri,jinekolojik muayene ve papsmear yaptırma durumlarını belirten 18,Serviks kanseri risk faktörlerinde(Form II) ;kadın çalışanların risk faktörleri,pap smear ve HPV bilgilerini ölçmek amacıyla 34, toplamda 52 soru yer almıştır.Veri toplama formları İBB Kadın ve Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan araştırmayı kabul eden kadın çalışanları ile, 29 Şubat-5 Mart 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Kadın ve Aile Sağlığı'nın serviks kanseri risk faktörleri,pap smear'e yönelik bilgilerini ölçmek için hazırlanan 34 maddeden oluşan form II'deki bilgi sorularının değerlendirilmesinde doğru yada yanlış olmasına göre (evet,hayır,bilmiyorum) şeklinde üç farklı yanıt bulunmaktadır.Her bir doğru yanıt için 2 puan ve yanlış/bilmiyorum yanıt için 0 puan verilerek değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 16 programında frekans dağılımı,khi-kare testi,varyans analizi,tukey testi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri kullanılmış olup P=0.05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımında; 2 doktor,44hemşire-ebe, 40 psikolog, 39 diğer (sağlık eğitimcisi-laborant-röntgen teknisyeni-biyolog)grubunda çalışan olduğu görülmektedir. Kadın sağlık çalışanlarının(KSÇ) %49'u 20-29 yaş, % 51'i 30 yaş ve üzerindedir. Eğitim durumlarına bakıldığında lisans %44, ön lisans mezunu %32'dir.Meslek grubu olarak ise, sağlık tarama % 44, psikolojik danışmanlık %32, idare-eğitim-görüntüleme hizmetinde çalışanlar ise %24'ü oluşturmaktadır.Bunların %60'ı evli olup, %74'ü 1-5 yıllık süredir KSM'lerde çalışmaktadır. Araştırma grubunun pelvik muayene bilgileri sebep ve oranlarının dağılımlarına bakıldığında; pelvik muayene yaptıranların oranı %66'dır.Pelvik muayene yaptıranların %36'sı sağlık kontrolü için pelvik muayene yaptırdığını belirtmiştir. Pelvik muayene yaptıran 83 kişinin %57'si normal tanısı almıştır. Pelvik muayene yaptırmama nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

%57'si cinsel yönden aktif olmadıklarını,%26'sı ise şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymadıklarını belirtmişlerdir. Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre,pelvik muayene yaptıran durumlarının dağılımlarında; 30-34 yaş grubundaki KSC'lerin %41'nin pelvik muayene yaptırdığı, 25-29 yaş grubundaki KSC'lerin %57'sinin pelvik muayene yaptırmadıkları görülmektedir. Pelvik muayene yaptıranların %83'ü evli, yaptırmayanların %86'sı bekar olduğu belirlenmiştir.Yaş ile pelvik muayene yaptıran durumları arasındaki ve medeni hal ile pelvik muayene yaptıran durumları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(p<0,005). Papsmear testine ilişkin bilgilerin dağılımlarına bakıldığında; papsmear test yaptıranların oranı %45 olup, papsmear yaptıranların, %68'i düzenli sağlık kontrolü için papsmear testi yaptırdığını belirtmiştir. Papsmear yaptıran 56 kişinin %89'unun normal tanı aldığı, %41'inin papsmear testini 3-5 yılda bir yaptırdığı görülmüştür. Pap smear testi yaptırmama nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde; %48'i cinsel yönden aktif olmadıklarını, %23'ü şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymadıklarını belirtmişlerdir. Sosyodemografik özelliklerine göre papsmear testi yaptıran durumlarının dağılımında; 30-34 yaş grubu KSC'lerin %48'nin yaptırdığı, 25-29 yaş grubundaki KSC'lerin %51'inin papsmear testi yaptırmadığı görülmektedir. Papsmear testi yaptıranların %93'ü evli, %57'si hemşire-ebe, %39'u lisans-önlisans mezunu olduğu belirlenmiştir. KSM hizmetinde toplam çalışma süreleri ile papsmear testi yaptıran durumlarının dağılımında;3-5 yıldır çalışanların %55'inin papsmear yaptırdığı belirtilmiştir. Sağlık tarama hizmetinde çalışanların %57'sinin papsmear yaptırdığı görülmüştür. Papsmear test yaptıran nedenleri incelendiğinde büyük çoğunluğun düzenli sağlık kontrolü için yaptırdıklarını belirtmiştir. Yaş,çalıştıkları bölüm,meslek,çalışma süreleri,eğitim ve medeni durumları ile papsmear testi yaptıran durumları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,005).Araştırma grubunun serviks kanseri risk faktörleri, papsmear ve HPV'ye ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde;doğru yanıtlama yüzdesi en yüksek olan ilk 3 ifade, %97"pap smear testini cinsel yönden aktif olan her kadın yaptırmalıdır", %95"serviks kanserinde erken tanı ve tedavi mümkündür" ve %89 "papsmear testini yalnızca jinekolojik yakınma olduğunda yaptırmak gerekir" olup, doğru yanıtlama yüzdesi en düşük olan ifade ise %9 ile "HPV cinsel ilişkide ağrıya neden olur"olarak belirtilmiştir. Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre serviks kanseri toplam bilgi puan ortalamalarının dağılımında; %51'inin 40-44 yaş grubunda,%52'sinin hemşire, %48'inin evli, %56'sının 9 yıl ve üzeri çalışıyor olduğu görülmüştür. Bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(p<0,005) Pelvik muayene, papsmear testi yaptıran ve serviks kanseri konusunda bilgi verme durumlarına göre toplam bilgi puanları karşılaştırıldığında;%46'sının pelvik muayene,%49'unun papsmear testi yaptırdığı belirlenmiş olup, % 51'inin serviks kanseri bilgilendirmesi yaptığı belirtilmiştir.Pelvik muayene yaptıran durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız(p>0,005),papsmear testi yaptıran ve serviks kanseri ile ilgili bilgi verme durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,005). KSC'nin sosyodemografik özelliklerine göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde;yaşa göre toplam bilgi puan ortalamaları;20-24yaş24,46,25-29yaş 39,79,30-34yaş 48,35-39yaş50,47,40-44yaş51,33,50yaş ve üzeri 46 olarak bulunmuştur.Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,005).Meslek durumlarına göre aldıkları bilgi puan durumları incelendiğinde doktor 54,hemşire 52,24sağlık eğitimcisi52,80,psikolog 26,95laborant49,60biyolog54,röntgen teknisyeni27,60 bulunmuştur.Gruplar arasındaki fark istatistikselolarak anlamlı bulunmuştur(p<0,005).Eğitim durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları; lise52,14 önlisans48,25 lisans39,82 yüksekisans31,25olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,005).Medeni durumlarına göre incelendiğinde evli olanların47,71 bekar35,33 diğer38 olarak bulunmuştur.Toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur(p>0,005).KSC'nin mesleki durumlarına,yaş durumlarına,çalıştıkları bölüme,çalışma sürelerine ve medeni durumlarına göre serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili ifadelerin toplam bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,005). KSC'nin mesleki durumlarına,yaş durumlarına,çalıştıkları bölüme,çalışma sürelerine ve medeni durumlarına göre papsmear teste yönelik ifadelerle ilgili toplam bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur(p>0,005).KSC'nin eğitim durumlarına göre serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili ifadelerin toplam bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,005). Eğitim durumlarına göre papsmear teste yönelik ifadelerle ilgili toplam bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,005). Eğitim düzeyi arttıkça papsmear testi yaptıran ve bilgi verme oranının arttığı saptanmıştır.

Tartışma: Araştırma grubumuzda pelvik muayene yaptıran oranının diğer çalışmalara göre daha yüksek olduğu ve yaptıranların sağlık kontrolü nedeniyle yaptırmaları, koruyucu sağlık hizmetlerine yaklaşımlarının yeterliliğinin daha yüksek olduğu ve topluma uygun rol model olabileceklerini düşünülmektedir. Pelvik

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

muayene yaptırmama durumuna göre diğer araştırmalarda 25-39 yaş arası çalışanların, evli olanların, yüksek oranla pelvik muayene yaptırmış olması bilincinin olduğu ve hizmet almak için gelen kişilere doğru yönlendirme yapmaları açısından önemli bir bulgudur. KSC'lerden 25-29 yaş grubunda olanların en fazla oranla (%45) pelvik muayene yaptırmamış olmaları, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlara yeterince önem vermediklerini gösterebilir. Yaşla birlikte jinekolojik sorunların artış gösterdiği bilinmektedir. İlerleyen yaşa rağmen hiç pelvik muayene yaptırılmamış olması da KSC'ler açısından oldukça riskli bir davranıştır. (4) Yapılan diğer araştırmalarda kadınların yüksek oranla 30 yaşında periyodik kanser muayenelerine başlanması ve 6 ayda bir tekrarlanması düşüncesinde oldukları halde, hangi yaşta olursa olsun şikayeti artmadan hiç kimsenin doktora başvurmadığı, evli olup hiç pelvik muayene yaptırmayanların büyük çoğunlukta olduğu, kadınların pelvik muayene yaptırmaması sorulduğunda, "cinsel yönden aktif değilim" gibi cevabı; pelvik muayenenin vajinal muayene haricinde de yapılabileceği bilincinin çalışanlarda olmadığı yönünde görüş gözlemlemiştir. (4,1). Çalışanların papsmear testi yaptırmama durumlarının diğer çalışmalara göre daha yüksek olmasının nedeni, merkezlerimizde rahim ağzı kanseri taramasının yapıyor olması ve hizmet içi eğitimlerle (HİE) farkındalığın oluşturulmasıdır. Yapılan bir çok çalışmada kanserin erken tanı ve tedavisinde bilgi vermenin önemli ve kaçınılmaz olduğu, bilgi eksikliğinin papsmear testinin yapılmamasında etkili olduğu vurgulanmıştır. Kadınlar bilgi eksikliği, önemsememe, utanma, kötü bir tanı konması korkusu vb. nedenlere bağlı olarak jinekolojik muayeneden çekindiklerini belirtmiştir. Araştırma grubunun, serviks kanseri konusunda bilgi verme düzeyleri yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmada kadın çalışanların bilgi verme düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (1,4,5).

Sonuç-Öneriler: KSC'lerin % 51'i 30 yaş ve üzerinde, %44'ünün sağlık tarama hizmetinde, %32'sinin psikolog, %74'ü 1-5 yıldır KSM 'lerde çalıştığı, %44 'ünün lisans mezunu ve %60 'ının evli olduğu görülmüştür. KSC'lerin %66'sının pelvik muayene yaptırdıkları ve %36'sı sağlık kontrolü için yaptırdıkları, muayene sonucunda %57'si normal bulgu tanısı aldıkları saptanmıştır. Pelvik muayene yaptırmama nedeni olarak %57'si cinsel yönden aktif olmamaları olarak belirtmişlerdir. KSC'lerin %45'i pap smear testi yaptırdıkları görülmüştür. %68'i düzenli sağlık kontrolü amacıyla, %41 3-5 yılda bir pap smear testi yaptırdıkları, pap smear testi sonucu %89'unun normal bulgu tanısı aldıkları bulunmuştur. Pap smear testi yaptırmama nedeni olarak, %48'i cinsel yönden aktif olmamaları olarak belirtmişlerdir.

KSC'lerin %60'ının serviks kanseri konusunda bilgi verdikleri görülmüştür. Bilgi verenlerin %41'i 30-34 yaş grubunda, %57'si sağlık tarama hizmetinde, %57'si hemşire-ebe grubu, %55'nin 3-5 yıldır KSM'lerde çalıştığı, %39'unun lisans mezunu oldukları görüldü. KSC'lerin Pelvik muayene yaptırmama durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p > 0,005$), Pap smear testi yaptırmama durumu ve serviks kanseri bilgilendirme durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında pap smear testi yaptırmaları ve serviks kanseri konusunda bilgi vermeleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0,005$)

Kadınların kanser konusunda bilgilendirilmesi, kendi sağlığı ve aile bireylerinin sağlığının korunması, gelecek nesillerin daha bilgili ve sağlıklı olmalarının temini için gerekli ve önemli olduğubilinmektedir. Kadınların kanserden korunma ve erken tanı yöntemlerine uyum konusunda farkındalığının artması ile aileden başlayarak topluma yayılacak davranış değişikliği oluşması hedeflenmektedir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının yetişkin eğitimi konusunda bilgilendirilmeleri sayesinde hedef grubun koruyucu sağlık hizmetleri farkındalığı ve eğitime bakış açısının olumlu yönde değişeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Serviks Kanseri, Papsmear Testi, Serviks Kanseri Risk Faktörleri

Kaynaklar:

1. Dönmez AG. Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Kadın Sağlık Personelinin Serviks Kanseri İlişkin Bilgi Düzeyinin Ve Farkındalığının Araştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
2. Açıkgöz A, Çehreli R., Ellidokuz H., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Dergisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Preventif Onkoloji Anabilim Dalı. İzmir 2011
3. Ak M Ve Ark. Konuralp Tıp Dergisi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınlarda PapSmear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi 2010

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

4.Doğan M.Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlık Çalışanların Serviks Kanseri Risk Faktörü Ve PapSmear Konusundaki Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi.Uzmanlık Tezi,Sivas,2008.

5.A.Akyüz,G.Güvenç,T.Yavan,A.Çetintürk,Gülşah Kök.KadınlarınPapsmear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi.Gülhane Askeri Tıp Akademisi 2006,Gülhane Tıp Dergisi 2006;48:25-29

397

MARMARA ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA KAMPÜSÜNDE SAĞLIK OKUR-YAZARLIĞI HAKKINDA BİR ARAŞTIRMA

Zeinab Khorshidi*, Ferit Tiber*, Erdem Öztürk*, Simge Atar*, Ceyhun Cenk*, Zafer Gezginadam*, Sibel Kalaça*

* Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Intern Doktor

**Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve amaç:Sağlık okur yazarlığı (SOY) (Health Literacy), sağlığın geliştirilmesi kavramı çerçevesinde 1980’li yılların sonlarına doğru tanımlanmış bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), SOY’nu, sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması için gerekli temel becerilerin ötesinde, bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürebilmesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan temel motivasyonu tanımlayan bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlamaktadır (Nutbeam, 2000). Bir başka tanımlamaya göre ise SOY, bireylerin gündelik yaşamlarında sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi konularında karar verebilmeleri için sağlık bilgisine ulaşması, bu bilgiyi anlaması, değerlendirmesi ve uygulayabilmesi ile ilgili bilgi, motivasyon ve becerilerini içerir. Bir başka tanıma göre ise SOY, kişilerin sağlık hizmetleri ortamında etkin bir biçimde fonksiyon görebilmesi için sahip olması gereken bir dizi beceri olarak tanımlanmaktadır (Berkman, 2011).

Sağlık okur-yazarlığı, ülkemiz için yeni bir kavramdır; öte yandan, sağlık okur yazarlığı toplum sağlığının önemli bileşenlerinden birisi olarak kabul edilmektedir ve SOY ile sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlık üzerine etkileri konusunda önemli bir literatür bilgisi bulunmaktadır. Örneğin, Berkman ve arkadaşları, yaptıkları sistematik derlemede, düşük sağlık okur yazarlığının sağlığa olan etkilerini değerlendirmiş; düşük sağlık okur-yazarlığının daha fazla hastaneye yatma, acil servis hizmetlerini daha fazla kullanma, daha az koruyucu sağlık hizmeti alma (mamografi ve influenza aşısı örneğinde), ilaçları düzgün kullanamama, sağlıkla ilgili mesajları iyi anlayamama, ve özellikle yaşlılarda daha kötü bir sağlık düzeyi ve yüksek mortalite ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Berkman, 2011).

Bu nedenle sağlık okur yazarlığı kavramının neden önemli olduğu ve nasıl ölçülmesi gerektiği halk sağlığı alanının önemli konularından birisi olarak görülmektedir. SOY’nın önemi, sağlığı geliştirme yaklaşımı çerçevesinde ele alınmalıdır. Bu perspektiften bakıldığında, SOY, yalnızca hasta kişilerin sağlık hizmetlerini etkin kullanması ve/veya tedaviye uyumu kapsamında sınırlı kalmamalı; bireylerin günlük yaşamlarında sağlıkla ilgili doğru kararlar verebilme becerilerini de içeren, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili bilgi ve davranışlarını da kapsamalıdır (Abel, 2008).

Nutbeam (2000), SOY için üç farklı düzeyden söz etmektedir: fonksiyonel SOY, interaktif SOY ve eleştirel SOY. Birinci düzey olan fonksiyonel SOY, temel olarak sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılmasını içermektedir. İnteraktif SOY, daha ileri bir düzey olup, kişilerin etkili bir iletişim kurabilmesi için gerekli olan, daha ileri düzeydeki okur-yazarlık, bilişsel ve sosyal becerilerini içerir. En ileri düzey olarak tanımlanan eleştirel SOY ise, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde söz sahibi olmak üzere, sağlıkla ilgili bilgileri eleştirel olarak değerlendirmesine ve kullanmasına olanak sağlar.

Bu araştırmada, ülkemiz için yeni bir kavram olan sağlık-okur yazarlığı düzeyi, SOY’nu, “sağlık hizmetlerini etkin kullanma” ve “sağlık hizmeti arama” boyutu ile ele alan bir ölçek aracılığı ile sınırlı bir grupta değerlendirilmiş ve bu konuda yapılacak sonraki çalışmalar için bir kaynak oluşturmak amaçlanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve yöntem:Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsü'nde yapılan bu tanımlayıcı araştırmada, araştırmamanın konusu ile ilgilenen ve katılmayı kabul eden, lise ve üniversite öğrencileri, akademisyenler ve kampüs çalışanlarından oluşan bir grup kişi ile görüşülmüştür (189 kişi). Bu araştırmada sağlık okur-yazarlığı, İsviçre'de yaşayan göçmenlere uygulanmak üzere hazırlanmış, farklı dillerdeki geçerlik ve güvenilirliği halen değerlendirilmekte olan bir ölçek aracılığı ile ölçülmüştür (Ackerman, 2012). Ölçeğin, Türkçe konuşan göçmenlere uygulanmak üzere hazırlanmış olan Türkçe versiyonu, uygunluğu değerlendirildikten sonra değiştirilmeden kullanılmıştır. Ölçeğin ilk bölümünde, SOY'nın yukarıda söz edilen üç boyutunu değerlendiren 9 soru yer almaktadır. Bu bölümde yer alan sorulardan 2 tanesi fonksiyonel SOY'nı, 7 tanesi ise interaktif ve eleştirel SOY'nı ölçen 5'li Likert tipi sorulardır. İkinci bölümde, "sağlık hizmeti arama yeterliği"ni değerlendirmek üzere hazırlanmış 12 (6 fiziksel, 6 psikolojik) yakınma sorusu bulunmakta; belirtilen yakınmaların görülmesi durumunda kişinin bir doktora görünme gereksinimi duyup duymayacağı sorulmaktadır. Sağlık hizmeti arama yeterliği ile ilgili soruların doğru yanıtları uzman yanıtlarına göre doğru-yanlış olarak kodlanmış; doğru yanıtlara 1 puan verilmiştir.

Kişilerin SOY ile ilgili durumu, cinsiyet ve eğitim iki temel değişkene göre karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalı analizlerde ki kare, student's t test, varyans ve kovaryans analizleri kullanılmıştır. Ölçeğin sağlık hizmeti arama yeterliği ilgili olan maddeleri için güvenilirlik analizi yapılmış, Cronbach's alpha değeri hesaplanmıştır.

Bulgular:Araştırmaya katılanların %57'si erkektir, ortalama yaş 27 (ss: 9,1), en küçük yaş 18, en büyük yaş 60'tır. Görüşülen kişilerin %76.2'si lise, %15,7'si üniversite, %8,1'i ilköğretim mezunudur. Araştırmadaki kadınların eğitim düzeyi erkeklerden daha yüksektir ($p < 0,05$).

Ölçeğin ilk bölümünde yer alan SOY soruları için araştırma grubunun ortalama puanı 22.6 (ss=3,6) dır (maksimum puan: 29). Üniversite mezunu olanların ortalama puanı ($24,9 \pm 2,5$), lise mezunu ($22,2 \pm 3,6$) olanlardan ve ilköğretim mezunu olanlardan ($21,0 \pm 3,9$) daha yüksektir ($p < 0,05$). Kadınların SOY puan ortalaması ($23,7 \pm 3,2$), eğitim düzeyine göre kontrol edildiğinde, erkeklerden daha yüksektir ($21,8 \pm 3,6$) ($p < 0,05$).

Ölçeğin sağlık hizmeti arama yeterliği ilgili olan maddeleri için güvenilirlik analizi yapılmış, Cronbach's alpha değeri (0,65) orta derecede güvenilirlik göstermiştir. Bu bölümde yer alan ve belirtilen yakınmaların görülmesi durumunda kişinin sağlık hizmeti arayıp aramayacağını değerlendiren

sorular için araştırma grubunun ortalama puanı 7,0 (ss: 1,4) dir (maksimum puan:12). Bu değerlendirmede de yine, üniversite mezunu olanların ortalama puanı, lise ve ilköğretim mezunu olanlardan yüksektir (sırasıyla: $7,9 \pm 0,9$; $7,0 \pm 1,4$; $6,5 \pm 1,6$) ($p < 0,05$). Kadınların sağlık hizmeti arama yeterliğini değerlendiren sorulardan aldığı ortalama puan erkeklerden yüksek bulunmakla birlikte, eğitim düzeyine göre kontrol edildiğinde fark kaybolmaktadır ($p > 0,05$).

Sorular tek tek değerlendirildiğinde, araştırmaya katılanların %88'inin ambulans çağırmak için gerekli telefon numarasını bildiği görülmüştür (ilköğretim mezunlarında bu oran % 60'tır). Kadınların erkeklere göre ve üniversite mezunlarının ilköğretim mezunlarına göre aşağıdaki yer alan ve sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve değerlendirmeyi içeren iki soru açısından daha yeterli oldukları görülmüştür (her bir soru için $p < 0,05$):

- *Bir doktora gittiğinizde, gitmeden önce ya da sonra başka kişilerle bu konuyu konuşuyor musunuz? İster yüz yüze, ister telefonla ya da internet vs. üzerinden? Bunu hangi sıklıkta yapıyorsunuz? (Kadınlar ve üniversite mezunları daha fazla oranda "daima" yanıtı vermiştir)*
- *Bir doktordan bilgi aldıysanız, ancak tam anlamıyla ikna olmadıysanız, ek bilgi arıyor musunuz? Bunu hangi sıklıkta yapıyorsunuz? (Kadınlar ve üniversite mezunları daha fazla oranda "daima" yanıtı vermiştir)*

Tartışma, sonuç ve öneriler:Ülkemizde sağlık okur-yazarlığı ile ilgili yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır; öte yandan SOY'nın sağlık üzerine etkileri konusunda çok sayıda kaynak ve kanıt vardır. Bir üniversite kampüsünde bulunan gönüllü bir grupta yapılan bu çalışmada, SOY'nın fonksiyonel ve eleştirel boyutları değerlendirilmiş; cinsiyet ve eğitim ile olan ilişkisi incelenmiştir. Çalışmanın en önemli sonucu, eğitim düzeyinin daha iyi bir SOY düzeyi ile ilişkili olduğudur. Literatüre bakıldığında, düşük SOY'nı belirleyen faktörler ileri yaş, düşük gelir, düşük eğitim düzeyi ile bir etnik azınlık gruba ait olmaktır (Berkman, 2011). Türkiye'de yapılmış olan

bir çalışmada da benzer biçimde düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düşük SOY ile ilişkili bulunmuştur (Özdemir, 2010); aynı çalışmada kadınlar da düşük SOY açısından risk grubu olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada gelir düzeyi değerlendirilmemiştir; kadınlar ise SOY'nın belirli bazı bileşenleri açısından erkeklerden daha iyi bir SOY göstermiştir; bu sonuç, çalışmaya katılan kadınların yüksek eğitim düzeyi ile açıklanabilir (%22,5 'i üniversite mezunudur).

Sağlık okur yazarlığı konusu, hem sağlığın korunması ve geliştirilmesi hem de tedavi ile ilgili sağlık bilgisinin yığılımlı olarak arttığı, bilgi kaynaklarının çeşitlendiği, ulaşılabilir bilginin niteliğinin yeterince değerlendirilemediği ve sağlık hizmetleri pratiğinin giderek ağırlaştığı günümüzde öncelikli bir konu haline gelmiştir. Sağlık okuryazarlığı ve bunu etkileyen faktörlerin doğru belirlenmesi ve uygun müdahalelerin geliştirilmesi için daha fazla çalışmaya gereksinim bulunmaktadır.

Anahtar sözcükler: sağlık okur yazarlığı, cinsiyet, gelir, eğitim düzeyi

Kaynaklar:

- 1- Nutbeam D. (2000) Health Literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International.15, 259-267.
- 2- Berkman ND. (2011) Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Annals of Internal Medicine. 155– 97-107
- 3- Abel T (2008). Measuring health literacy: moving towards a health promotion perspective. International Journal of Public Health 53. 169–170
- 4- Ackermann S R, Abel T. Assessing Migrants' Knowledge on the Need to seek professional Help for common Symptoms: a Screening Tool for Population Based Surveys (yayımlanmamış makale).
- 5- Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Education Research. 25 (3) 464-477.

746

MEDYA VE SAĞLIK HABERLERİ, TANIMLAYICI VE ALTERNATİF TIP ÖRNEĞİ

Burcu Küçük Biçer¹, Sarp Üner

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı A. D

Giriş:Sağlık okur-yazarlığı, bireyin sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (1). Sağlık okur-yazarlığı karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, analitik ve karar verici beceriyi ve bu beceriyi sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi de içermektedir (2).

Son yıllarda, yazılı medyada özellikle gazetelerde sağlık, alternatif ve tamamlayıcı tıp, beslenme ve hastalık haberlerinde büyük bir artış yaşanmaktadır. Sağlık haberleri gazetelerde her yıl biraz daha artan oranda yer bulmaktadır. Ancak bu artışla birlikte bilgi kirliliğine dikkat edilmelidir (3).

Bu haberlerde işlenen konular, modern tıbbın paralelinde değil, ona karşı bir seçenekmiş gibi sunulabilmektedir. Böylece haberi okuyanlarda bu alanın sağlığın korunma ve hastalıkların tedavisinde modern tıbbın yerini aldığı, alternatifi olduğu gibi bir izlenim oluşabilmektedir (4). Oysa Dünya Sağlık Örgütü, tamamlayıcı ve alternatif tıbbi (TAT); teoriler, inançlar, farklı kültürlere özgü deneyimlere dayanan, sağlığın

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sürdürülmesinin yanında fiziksel ve ruhsal hastalıkların tanı, tedavisi ve bu hastalıklardan korunmaya yarayan tüm bilgi, beceri ve uygulamaların bütünü olarak tanımlamaktadır.

TAT uygulamaları dünya genelinde her geçen gün dikkatleri daha çok üstüne çekmekte ve özellikle bazı hasta gruplarınca (kronik hastalığı olanlar, depresyon, anksiyete bozuklukları, baş ağrısı, sırt ağrısı olanlar) özellikle tercih edilmektedir (5). Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), 1990-1997 yılları arasında TAT uygulamalarına başvurunun yüzde 34'ten yüzde 42'ye yükseldiği belirlenmiştir (5). 2005 yılında ise ABD Tıp Enstitüsü TAT konusundaki raporunda, TAT uygulamalarının yetişkinlerdeki prevalansının yüzde 30 ile yüzde 62 arasında değiştiği saptanmıştır Avusturalya'da TAT uygulamaları için yapılan harcamaların miktarı 1993'ten 2000 yılına yüzde 62 artmıştır.

TAT uygulamalarına yönelik harcamaların artması, sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılabilir olmaması, sağlık haberlerinin, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili haberlerin medyada gün geçtikçe daha çok yer alması, yayınlanan haberlerin kontrolü için yetkili birim ve kişilerin yeterli ve uygun denetim yapmadığını düşünülmesi ve bu haberlere halkın ilgisinin artması ancak uygulamaların sağlık üzerindeki etkisi konusunda hem medyada hem de toplumda yeterli bilgi olmaması toplum sağlığı açısından olumsuz etkiler doğurabilecektir. Bu nedenlerden dolayı, yazılı basında yer alan bazı sağlık haberlerini ve TAT uygulamalarına dair haberlerin bunlar içerisindeki payını araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem:Tanımlayıcı tipteki araştırmanın örneklemini ulusal düzeyde haftanın 7 günü yayınlanan, iki gazete olan Zaman ve Hürriyet gazetelerinden rastgele örnekleme yoluyla 12 ayı temsilen her bir ay için seçilen birer haftalık sayıları oluşturmaktadır.

Bu çalışmada yöntem olarak nitel ve nicel veri analizi ve bu kapsam içerisinde içerik çözümlemesi kullanılmıştır. Bu amaçla ele alınacak gazetelerin seçilebilmesi için, öncelikle ulusal gazetelerin satış rakamları YAYSAT'ın 09.01.2012 ve 15.01.2012 tarihleri arası tiraj raporu verilerinden elde edilmiş ve bu verilere göre Türkiye'de baskısı en fazla olan üç gazeteden rastgele seçilen farklı yayın gruplarına ait iki gazete (Hürriyet ve Zaman) araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan sağlık haberleri, herhangi bir sağlık problemine yönelik tanımlayıcı, halkı bilgilendirici tanı ve tedaviye yönelik bilgi içeren ve sağlık problemlerinden korunmaya yönelik önerilerde bulunan haberlerdir. Bu çalışmada, gazetelerde yayınlar sağlıkla ilgili olup mevzuat, ekonomi ve siyasetle ilgili sağlık haberleri çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Veri toplama aracı 4 bölüm ve 17 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölüm örneklemin nicel betimlemesine ilişkin 10 soru, ikinci bölüm görsel malzeme kullanımı ile ilgili 2 soru, üçüncü bölüm haberin - yazının içeriğine ilişkin 3 soru, dördüncü bölüm haberde tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına ilişkin 2 sorudan oluşmaktadır. Veri toplama aracının ön denemesi yapılmış ve yazıların incelenmesi her haber için ortalama 15 dakika sürmüştür. Veri toplama aracında gerekli düzenlemeler ve değişiklikler yapılmıştır.

Veriler 10-16.01.2011, 17-23.10.2011, 12-18.09.2011, 22-28.08.2011, 04-10.07.2011, 13-19.06.2011, 23-29.05.2011, 18-24.04.2011, 14-20.03.2011, 21-27.02.2011 tarihleri arasında örneğe çıkan Hürriyet ve Zaman gazetelerinden Milli Kütüphane'de tarama sonucu elde edilmiştir.

Araştırmacılar tarafından toplanan ve kodlanan veriler SPSS 15.0 istatistik paket programına girilmiş ve tutarlılık kontrolü ve analizler yapılmıştır.

Bulgular:İncelenen gazetelerde 468 sağlık haberine ulaşılmıştır. Sağlık haberinin %64,4'ü (313) Hürriyet gazetesinde, %35,6'sı (173) Zaman gazetesinde yer almaktadır. Hürriyet gazetesinde bulunan haberlerin %22,6'sı (246) ana gazetede, %41,8'i (240) ise gazete eklerinde yer almaktadır.

Sağlık haberlerinin çoğunda renk kullanılmıştır (%87). Ayrıca haberlerin %86,4'ünde (420) görsel malzeme kullanımı vardır. Zaman gazete eklerinde renk kullanımı olan haberlerin %7,4'ünde (36) görsel materyal kullanımı varken Hürriyet gazete eklerinde ise bu değer %38'dir (186). En çok kullanılan görsel malzeme fotoğraftır (%90).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Mevcut sağlık haberlerinin %37,2'sinde tanı ve tedavi yöntemlerini, %51,4'ünde tanımlayıcı ve genel bilgileri, %48,5'inde korunma yöntemlerini içeren haberler bulunmaktadır.

Zaman ana gazete (%13) ve eklerinde (%2,9), Hürriyet gazete ekinde (%22,8) yer alan sağlık haberlerinin kaynağı çoğunlukla uzman görüşü olarak belirlenmiştir. Hürriyet ana gazetede yer alan sağlık haberlerinin %10,2'si ise başka yazılı kaynaklar (araştırma, rapor, bülten) olarak saptanmıştır.

Çalışmada TAT uygulamalarına yer veren toplam 73 haber (%15) saptanmıştır. Her iki ana gazete ve ekleri incelendiğinde TAT uygulamalarına ilişkin haberlerin çoğunlukla eklerde yer aldığı tespit edilmiştir (Zaman gazete ekinde %3,1, Hürriyet gazete ekinde %8,5).

Çalışmaya alınan her iki gazetenin ana gazete ve ekleri incelendiğinde TAT uygulamalarına ilişkin yazıların çoğunun haber türünde olduğu görülmüştür. Yazı türüne göre haber grubu içinde yer alan yazıların payları, Zaman ana gazetesindeki haberlerde %58,4, ekindeki haberlerde %53, Hürriyet ana gazetesinde yer alan haberlerin tamamı ve ekinde yer alanların %39'udur.

İncelenen her iki ana gazete ve eklerinde TAT uygulamalarına yer veren sağlık haberleri içerik açısından değerlendirildiğinde, çoğunun korunma yöntemlerine yönelik bilgi verdiği görülmüştür.

Hürriyet ve Zaman ana gazete ve eklerinde TAT uygulamalarına yer veren haberler incelendiğinde, çoğunda haberin kaynağının belirtilmediği saptanmıştır. Yayınlanan haberlerin Zaman ana gazetede %41,7'sinde, gazete %46,8'inde, Hürriyet ana gazetede %60,0'ında ve gazete ekinde %58,7'sinde kaynak belirtilmemiştir. Zaman ana gazete ve ekinde, Hürriyet ana gazetede en fazla kullanılan haber kaynağı ise başka yazılı kaynaklar (araştırma, rapor, bülten vb) olarak saptanmıştır.

Çalışmada yer alan TAT uygulamaları haberlerinin (73 haber) içeriğinin NIH (National Institute of Health)'e göre sınıflandırılmıştır. Biyolojik temelli TAT uygulamaları zaman ana gazetede (%83) ve ekinde (%73,3); Hürriyet ana gazetede (%100) ve ekinde (%58,5) ağırlıklı olarak yer aldığı saptanmıştır.

Sağlık haberlerinin bir kısmı gazetelerdeki sağlık köşelerinde, bir kısmı da gazete ya da ekinin herhangi bir yerinde yer alabilmektedir. Gazetelerin sağlık köşelerinde yer alan sağlık haberlerinin %93,2'si genel sağlık haberleri ile ilgiliyken, %6,8'i TAT uygulamalarıyla ilgilidir. Gazetelerin diğer bölümlerinde yer alan sağlık haberlerinin %81,5'i genel sağlık haberleri ile ilgiliyken, %18,5'i TAT uygulamalarıyla ilgilidir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

Hafta içi yayınlanan sağlık haberlerinin %88,7'si genel sağlık haberleri ile ilgiliyken, %11,3'ü TAT uygulamaları ile ilgilidir. Hafta sonu yayınlanan haberlerinin %78,8'si genel sağlık haberleri ile ilgiliyken, %21,2'si TAT uygulamaları ile ilgilidir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=8,846$ $p=0,003$).

Sonuç: İncelenen gazetelerde ele alınan sağlık haberleri en çok Hürriyet gazetesinde yer almaktadır. Tiraj sıralamasında birinci sırada olan Zaman gazetesinde ise daha az sağlık haberi bulunmaktadır. Hürriyet ana gazetesinin ve eklerinin toplam sayfasının Zaman gazetesinden sayıca fazla olması ve gazete eklerini Hürriyet gazetesinin her gün yayınlaması haber sayısının artmasına neden olmuş olabilir. 2006 yılında tirajı en yüksek 7 gazetede yer alan bir yıllık sağlık haberlerinin incelendiği bir çalışmada, Zaman gazetesinde Hürriyet gazetesine göre iki kat daha fazla haber bulunmuştur. Bu farklılığın nedeni çalışmamız kapsamında değerlendirilen gazetelerin 12 aylık sayılarından her ay için seçilen 7 gün gibi kısa bir dönemin incelenmesi ve örnek büyüklüğünün küçük olması olabilir.

Günümüzde okuyucuyu etkilemek için sadece iyi bir içeriğe sahip olmak yeterli değildir. Gazete okuyucusu bilerek veya bilmeyerek, gazetenin görsel özelliklerinden de içeriği kadar etkilenmektedir. Çalışmamızın bulguları sağlık haberlerinde de okuyucunun dikkatini çekecek unsurlara yer verildiği doğrultusundadır. İncelenen sağlık haberlerinin %86,4'ünde (420) görsel malzeme kullanımı vardır ve bu malzemelerin %90'ını fotoğraflar oluşturmaktadır. Türk basınında sağlık haberlerini inceleyen bir çalışmada ise gazetelerde sağlıkla ilgili yayınlarda %67,3 oranında resim ya da fotoğraf, %8,9 karikatür, %1 oranında grafik ve çizelge kullanıldığı, %22'sinde ise hiçbir yardımcı unsura yer verilmediği saptanmıştır. Yaptığımız çalışmada da benzer olarak en

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

fazla kullanılan görsel malzeme fotoğraf olarak tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada okuyucuların sayfada ilk dikkatini çeken unsur fotoğraflar olduğu saptanmıştır. Günümüzde gazete sayfalarında fotoğraf kullanımı olmazsa olmaz olarak kabul edilmekte, hatta çağdaş tasarımın en önemli unsuru olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmada ele alınan sağlıkla ilgili yazıların birçoğunun kaynağı olduğu saptanmıştır. Haberlerin çoğunun kaynağının belirtilmesi sağlıkla ilgili konularda doğru ve tutarlı bilgilerin okuyucuya ulaşması açısından önemlidir. Zaman gazetesinin ana gazetesinde, gazete eklerinde ve Hürriyet gazetesinin gazete ekinde en sık kaynak çeşidinin uzman görüşü olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni Hürriyet gazetesinde yer alan sağlık köşesindeki yazıların alanında uzman bir kişi tarafından ve düzenli olarak her gün yayınlanıyor olmasından olabilir

TAT uygulamalarına ilişkin yazıların çoğunun haber türünde olduğu görülmüştür. Bu konuda yapılan benzer bir çalışmada, incelenen sağlık haberlerinin üçte ikisinin haber türünde, kalanının büyük çoğunluğunun yazı dizisi olduğu saptanmıştır. Bunun sebebi, TAT uygulamalarının ülke genelinde sık olarak dikkat çeken bir konu olması olabilir. Diğer bir neden ise 2011 yılı sonlarında yeni bir mevzuat hazırlanmış ve bu mevzuat kapsamına TAT alınmıştır. Bu mevzuat öncesi dönemde farkındalık yaratmak amacıyla bu konuda daha çok haber yapılmış olması olabilir.

Her iki gazetenin ana gazete ve eklerinde yer alan TAT haberlerinde en sık korunma yöntemlerine yer verilmiştir. Bunun nedeni biyolojik temelli terapilerin TAT haberlerinin çoğunu oluşturması olabileceği gibi, biyolojik temelli TAT haberlerinde daha çok korunma yöntemlerinin yer edinmesi ve bu konunun halkın daha çok ilgisini çekmesi olabilir. Türk basınında alternatif tıbbın sunumunun araştırıldığı bir çalışmada, TAT uygulamalarının gelecekte daha sağlıklı yaşamak için bugünden tıbbi önlemlerle mümkün olduğunun vurgulandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlıkla ilişkili haberlerin doğruluğu ve güvenilirliği haberin kaynağına bağlı olarak değişebilmektedir. Sonuçlarımıza göre gazeteler, topluma sağlıkla ilgili bilgi sunmak için kullanılacak çok güvenilir kaynak değillerdir.

Anahtar kelimeler: Sağlık haberleri, Medya, Gazete, Türkiye, Sağlık okuryazarlığı

Kaynaklar: Peerson A. and Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promot. Int., April 16, 2009; dap014v1.

1. Healty People 2010: Understanding and Improving Health. US Department of Health and Human Services. 2nd ed. Washington, DC: US Government Printing Office, November 2000.
2. Institute of Medicine Report on Complementary and Alternative Medicine in United States, Comitee on the Use of Coplementary and Alternarnative Medicine by the American Public, ELSEVIER, 2005
3. Yasar D. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Gazetecilik Anabilim Dalı, Türk Basınında Alternatif Tıbbın Sunumu Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2006:3-4
4. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompey M, et al. Trends in Alternative Medicine Use in the USA,1990-1997.JAMA 1998;280:1569-75.

748

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ I.SINIF ĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Nazan Savaş, Ersin Peker, Ömer Alışkın, tacettin İnandı

Mustafa Kemal Üniversitesi Halk Sağlığı AD

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş ve Amaç: Sağlıklı yaşam biçimi; bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Sağlık çalışanları mesleki sorumluluk ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimi ile rol model olma ve sağlık eğitimi verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bu nedenle mezuniyet öncesi ve sonrasında sağlıklı yaşam biçimi davranış değişikliklerine yönelik eğitimlerine olanak sağlayarak, kendi davranışlarını ve yaşanması olası zorlukları tanımasını, davranışları hakkında özeleştiri ve kendini geliştirmelerini sağlamak önemlidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişilerarası destek ve stres yönetimine yönelik yapılan değerlendirmelerin bir bileşkesi olarak ortaya çıkmaktadır. Araştırmanın amacı tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bunları etkileyen bazı faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel nitelikteki araştırmanın evreni Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi 2011-2012 eğitim/öğretim dönemi birinci sınıfında okuyan 166 öğrencidir. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenerek Halk Sağlığı "Sağlıklı Yaşam Biçimi" dersi kapsamında derse giren öğrencilere, ders öncesinde sosyo-demografik bilgileri içeren 10 soruluk kısa bir anket ile "*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II*" uygulanmıştır. Final sınavına yakın bir tarihte yapılan derse sınıfın %49.3'ü (82 öğrenci) katılmıştır. Aynı araştırma grubundan kohort grubu oluşturularak, üçüncü ve altıncı sınıflarda halk sağlığı dersleri ve stajı kapsamında ölçeğin tekrar uygulanması ve araştırmaya kohort araştırması olarak devam edilmesi planlanmıştır.

Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Esin ve Akça tarafından yapılan 4'lü Likert tipinde ölçeğin 52 önermesi ve 6 alt boyutu bulunmaktadır. Önermelere verilen yanıtlar; "hiçbir zaman, bazen, sık sık ve düzenli olarak" şeklinde olup, yanıtların puan sıralaması 1,2,3,4' dür. Ölçeğin alt boyutları, alt boyutlardaki önerme sayıları ve alt boyutlardan alınabilecek maksimum puanlar sırasıyla; Sağlık Sorumluluğu (9 önerme, 36 puan), Fiziksel Aktivite (8 önerme, 32 puan), Beslenme (9 önerme, 36 puan), Kendini Gerçekleştirme (9 önerme, 36 puan), Kişilerarası İlişkiler (9 önerme, 36 puan) ve Stres Yönetimidir (8 önerme, 32 puan). Ölçekten toplam alınabilecek maksimum puan 208'dir. Verilerin değerlendirmesinde Kolmogorow Smirnow, student-T test, tek yönlü varyans ve korelasyon analizlerinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar; Sağlık Sorumluluğu 19.94±4.65, Fiziksel Aktivite 17.46±4.97, Beslenme 19.52±3.90, Kendini Gerçekleştirme 27.29±4.53, Kişilerarası İlişkiler 26.13±4.83 ve Stres Yönetimi 20.04±3.58 idi. Ölçekten alınan toplam puanların en düşüğü 77, en yükseği 171 olup, ortalama toplam puan 130.39±19.91, ortanca toplam puan ise 133 olarak hesaplandı. Araştırma grubunun ölçek alt boyutlarının puanları ve toplam puanları normal dağılıma uygundu ($p>0.05$). Tüm alt boyutlar arasında pozitif anlamlı korelasyonlar saptandı ($p<0.001$ – $p<0.01$). En güçlü korelasyon kendini gerçekleştirme ile kişiler arası ilişkiler alt boyutları arasında ($r=+0.677$, $p<0.001$), en düşük korelasyon ise fiziksel aktivite ile kişiler arası ilişkiler alt boyutları arasındaydı ($r=+0.284$, $p<0.01$). Öğrencilerin mezun olduğu lise tipi, lise yıllarında yatılı okuma durumu, yatılı okuduğu süre ve annenin çalışma durumu ölçeğin alt boyutlarından alınan puanları etkilemiyordu ($p>0.05$). Evde arkadaşlarıyla, yurttan ya da aile yanında yaşama durumu da alınan puanları etkilemiyordu ($p>0.05$). Anne eğitim durumu lise/üniversite mezunu olanların ortalama stres yönetimi alt boyutu puanı ve ortalama toplam puanı OYD/ilkokul mezunu olanlara göre daha yüksek bulundu ($p=0.005$, $p=0.043$). Baba eğitim durumu ise; lise/üniversite mezunu olanların ortalama stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler, kendini gerçekleştirme alt boyut puanları ve ortalama toplam puanı OYD/ilkokul mezunu olanlara göre daha yüksek bulundu ($p=0.017$, $p=0.014$, $p=0.046$, $p=0.015$). Ayrıca fiziksel aktivite haricinde başka hobileri olanlarda ortalama fiziksel aktivite alt boyutu puanı daha yüksekti ($p=0.001$). Kardeş sayısı arttıkça ortalama sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı azalıyordu ($r=-0.223$ $p=0.04$). Ortalama kendini gerçekleştirme alt boyutu puanı sigara içmeyenlerde (27.93±4.25), günde en az bir tane sigara içenlere göre (23.18±4.28) daha yüksek saptandı ($p<0.001$).

Sonuç: Birinci sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları yeterli düzeyde değildir. Fakülte eğitimi süresince sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalarını, ayrıca bu davranış değişikliklerinin kendileri ve hizmet edecekleri toplum açısından önemini kavramalarını sağlayacak, daha çok tutum ve davranış üzerine etkili interaktif eğitim modelleriyle (grup tartışması, rol play vb.) sağlık eğitimi almaları sağlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: tıp öğrencisi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, tıp eğitimi

Referanslar:

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

1. Türkol E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.2012;19(3):159-66
2. Tuğut N, Bekar M. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 3
3. Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi2010;17(2)/ 19-24
4. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2011; 16(2): 78-83
5. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kissal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği II'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. C.U.HemşirelikYuksekokulu Dergisi 2008, 12(1)

857

OKURYAZARLIKTAN SAĞLIĞA GİDEN BİR YOL; SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Filiz Aslantekin

WHO'nün 2007 yılında Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun yayınladığı bildiriye, okuryazarlığın "hem fakir hem de zengin ülkelerde sağlıktaki eşitsizliklerin belirleyicisi olarak **"merkezi bir role"** sahip olduğu ortaya konmuştur (WHO, 2007; WHO 2008). Bir toplumda düşük okuryazarlık düzeyi sorunun çözümünde etkin okul eğitimi ve okula gitme çağı dışında kalmış olanlar içinde yetişkin eğitimi fırsatlarının sağlanması okuryazarlığın geliştirilmesi için ulaşılabilirliği artırabilir. WHO komisyon raporu sonuç olarak "ilköğretimin tamamlanmasının önündeki sayısız engelleri kaldırmanın, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerindeki faaliyetlerin hayati bir parçası olacağını" belirtmektedir. (WHO, 2007). Eğitimin kişinin sorun ve süreçlere yaklaşımında, olayları değerlendirmesinde, iletişim kurmasında olumlu katkı sağladığı bilinen bir gerçektir. Birleşmiş Milletlerin (BM) 2009 yılı okuryazarlık günü mesajı, "Okuryazarlık sadece okuma yazma ile kısıtlı değildir, saygınlık, fırsat ve kalkınma demektir" şeklinde yayınlanmış ve okuma yazmanın kazandırdıklarına vurgu yapılmıştır. BM raporunda;

"Okuryazarlık insanlara geçim yollarını geliştirme, sağlık hizmetleri hakkında daha fazla bilgi alma ve daha bir çok konuda kendilerini güçlendirme imkanı sağlıyor. Dahası, bireylerin vatandaş ve insan haklarını kavramalarına imkan tanıyor. Çoğunluğu kadın olmak üzere yaklaşık 776 milyon yetişkin ne tam olarak okuma yazma biliyor ne de aritmetik işlemleri yapabiliyor. Oysa daha iyi bir yaşamın anahtarını günümüz dünyasında eğitim ve bilgi oluşturuyor."

şeklinde yapılan açıklama ile okuma yazmanın kişilerin yaşamları üzerindeki etkisi ortaya konmaktadır. Yetişkin eğitimcilerden Bown'da BM 2009 yılında okuma yazma günü yaptığı konuşmasında en basit seviyede dahi okuryazar olmanın kişiyi hem kişisel hem sosyal hem de siyasal açıdan oldukça ciddi oranda güçlendirici etkiye sahip kıldığını belirtmiştir. Yetişkin eğitimi konusunda 30 yıldan fazla Afrika'daki üniversitelerde yetişkin eğitimi alanında çalışan Bown'un aktardığı; *"Mozambikli bir kadının bana söylediğini hiç unutmam. 'Okuma yazma bilmediğinde hep korkarsın' demişti. Doğrudur bu: Sağlık ocağının yolunu nasıl bulursun? İlaçlarının ilgili bilgiyi nasıl okuyacaksınız?"* yaşantısından eğitimin sağlık üzerine güçlendirici etkisi açıkça görülmektedir (www.unesco.org). Birleşmiş milletlerin okuma yazma günü etkinliklerinde de vurgulandığı gibi eğitim bireyleri ve toplumları huzura ve refaha ulaştırmak için yön verecek önemli bir etkidir. Eğitim hayat standardını yükseltmek ve çeşitli olaylar arasındaki gerçekleri, bağlantıları ve ilkeleri görmek ve anlamak becerisine sahip olmayı mümkün kılmaktadır. Bir toplumda yüksek okuryazarlık düzeyinin gerçekleştirilmesi sadece hayati bir gelişim amacı olmakla kalmaz, aynı zamanda kayda değer kamu sağlığı faydaları da sağlayacaktır (WHO, 2007;

WHO 2008). Eğitimin insanlara sağlayabileceği olanaklar dikkate alındığında düşük okuryazarlık düzeyinin doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık durumuna olumsuz etkisinin olması şaşırtıcı değildir. Dolaylı olarak düşük okuryazarlık durumunu kötü sosyoekonomik koşullar ve bu koşulların sağlık üzerine olumsuz etkisi arasındaki ilişki bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerin verilerinde düşük okuryazarlık düzeyi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımının az olması, kişilerin hastalıklarının yönetimindeki yetersizliği, sağlık eğitimleri sonucunda davranış değişikliğinin, duyarlılığın istenik düzeyde olmaması bağlamında fark edilmektedir (DeWalt, Berkman, Sheridan, Lohr ve Pignone 2004, 28-39). Ülkemizde de yapılan çoğu çalışmada eğitimin sağlık davranışlarıyla ilişkisi değerlendirilmektedir (Çiçek ve ark.,2008; Öztürk, Toksöz ve Öztürk, 2006; Saka ve Çiftçi, 2007; Çelik, Sönmez ve Kışioğlu 2008). Ancak sağlık ve okuryazarlık arasındaki ilişkiye odaklı, bu durumu irdeleyen yayınlar yetersizdir. Şöyle ki; düşük okuryazarlığın sağlık üzerindeki olumsuz etkisi büyük ölçüde gizli kalır bu durum sağlığın sosyal becerilerinin kamusal alanda tartışılması fırsatını önemli ölçüde sınırlandırmaktadır. Oysaki kişilerin sosyolojik, kültürel, ekonomik durumları ve yaşadıkları ortamlarından kaynaklanan davranışları sağlık kararlarını, sağlık durumlarını etkilemektedir (Saka ve Çiftçi, 2007). Literatürdeki çalışmalara bakıldığında genellikle sağlık durumları veya davranışları ile eğitim arasındaki ilişki bitirilen okul durumuyla değerlendirilmektedir (Çiçek ve ark.,2008; Öztürk, Toksöz ve Öztürk, 2006; Saka ve Çiftçi, 2007; Çelik, Sönmez ve Kışioğlu 2008). Ancak her ne kadar bitirilen okul kişilerin okuma yazma becerileri, entelektüel kapasiteleri, iletişim becerileri gibi toplumsal hayatta var olduklarını ortaya koyan kişisel özelliklerine dair ön fikir vermekle birlikte bu becerilerini ne kadar kullandıklarını tam olarak göstermemektedir. Çalışmalar göstermektedirki eğitim düzeyi yüksek olan toplumlarda bile pek çok sağlık konusu bilinmemekte ya da yanlış bilinmektedir (Doughty, Baker, Jacoby ve Lavaud, 2003, 115-123; Al-Adawi, ve ark., 2003, 11-18). Eraslan'ın tez çalışmasında aktardığı Yıldız ve Ergeneci'nin (2000) çalışmasında, araştırma grubundaki öğretmenlerin temel sağlık bilgi durumlarının yetersiz olduğu, sağlıkla ilgili yanlış ya da yetersiz bilgilere sahip oldukları, evlerinde sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarının çok olduğunu ifade etseler de, kurs ve seminerlere katıldıklarını belirtmeler de, sağlık bilgisi konusunda büyük bir açıklarının olduğu ve ciddi bir sağlık eğitimine gereksinimlerinin bulunduğu saptanmıştır (Eraslan, 2010, 61-72). Hatta zaman zaman günlük yaşamda ilköğretim mezunu olan ancak okuma yazma becerilerini kullanamayan bireylerle karşılaşmak da çok mümkündür. Bu alanda yapılan bazı araştırmalarda çalışma mekanı, ırk/dil, yaş, eğitim düzeyi, meslek ve bilinç zayıflığı, yetersiz ve düşük okuryazarlıkla anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Sonuç olarak, düşük okuryazarlık düzeyinin sağlıkla ilgili mesajların anlaşılmasında sorun yarattığı ve hastaların kendi tıbbi sorunlarının çözümünde engel oluşturduğu ortaya çıkmıştır.

Sağlığın olumsuz etkilendiği etkenlerin bilinmesi çözüm noktasında yapılması gereken müdahaleler için yol göstericidir. Eğitim düzeyinin sağlık davranışlarında belirleyici olduğu, bu açıdan bakıldığında iletişim bağlamında da kendilerini ifade etmekte, söylenenleri anlamakta güçlük yaşadıkları gerçeğinin farkında olan sağlık personelinin uygun yaklaşımı toplumun ve bireylerin düşük okuryazarlığın potansiyel olumsuz etkilerini hafifletebilir (Coulter ve Ellins, 2007, 24-26; Pignone, ve diğerleri 2005, 185-192). Bununla birlikte düşük okuryazarlık düzeyi sorununda sağlık personeli ve hasta/hizmet alan arasındaki gelişmiş kişilerarası iletişim kadar, geleneksel hasta ve toplum sağlık eğitimi yöntemlerinin okuryazarlık düzeyi düşük olan grupları dikkate alarak yazılı, görsel ve elektronik iletişimin sağlandığı daha iyi hizmet organizasyonlarının oluşturulması da çözüm olarak görülebilir (Coulter ve Ellins,2007, 24-26; DeWalt ve diğerleri, 2004, 28-39). Kişilerin eğitim durumlarının sağlık durumlarını etkilediği gerçeği üzerinden yapılacak uygun müdahaleler olumlu sonuçlar ortaya koyabilecektir. Bu bakış açısı ile kişilerin okuma yazma, iletişim kurma, karar alma gibi becerilerinin değerlendirildiği çalışmalar yapılmaktadır (Coulter ve Ellins,2007, 24-26; Pignone ve diğerleri, 2005, 185-192; Rothman, ve diğerleri 2004,263-273). Literatüre bakıldığında son 30 yılda okuryazarlık ve sağlık ilişkisi bağlamında, sağlık durumları ve klinik karar vermede arabulucu faktör olarak kişinin okuryazarlık kapasitesini tanımlayan davranış "sağlık okuryazarlığı" olarak kavramsallaştırılmıştır (Baker, 2006,878-883). Kavram bireylerin iyi sağlığı ilerletmek ve sürdürmek için bilgiye erişme, bunu anlama ve kullanma becerilerini belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal becerilerine atıfta bulunur (Nutbeam, 2000,15). Kişilerin hastaneler, sağlık ocakları, sağlık merkezleri, eczaneler gibi sağlık hizmetinin sunulduğu yerlerde **işlevde** bulunabilmek için gerekli temel okuma yükümlülükleriyle sayısal görevleri yerine getirme yeterliğinin temeline dayanan becerileri ifade etmektedir (AMA, 1999, 552-557). Sağlık okuryazarlığı, sağlık durumu ve sağlık belirleyicilerine ilişkin *bilgiyi elde etme anlama* ve sağlık davranışına ilişkin olarak değiştirilmiş *tutum ve motivasyonların* yanısıra sağlığın korunması ve geliştirilmesi için uygun davranış ve yaşantıların kazanılmasında geliştirilmiş *öz yetkinliği* içermektedir. WHO sağlık okuryazarlığını "*iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiyi kullanma ve anlama için bireysel olarak bilişsel ve sosyal beceri ve yeteneklerini elde etme ulaşabilirliği*" olarak tanımlamaktadır (Kickbusch ve Nutbeam, 1998).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sağlık okuryazarlığı pek çok bileşeni içinde barındıran bir kavramdır. Bu kapsamda sağlık okuryazarlığı okuma, anlama, iletişim kurma, bilgiyi değerlendirme, sağlığı üzerinde kontrol gücüne sahip olma becerilerini kullanma kapasitesini ifade etmektedir. Sağlık bilgilerinin sürekli değiştiği ve durmadan yenilendiği düşünüldüğünde bu becerinin önemi açıkça görülmektedir. Sağlıkla ilgili konularda ve durumlarda zaman zaman farklı bilgi kaynaklarında çelişkili bilgilerle karşılaşmak mümkündür. Doğruluğu şüpheli ya da yanlış bilgiyi tespit etmek için eleştirel düşünme becerisi gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlığı için önemli bir diğer bileşen de iletişim becerisidir. Kişiler sağlık personeline sağlıkları, hastalıkları, tanısı ve tedavi süreci, tedavi seçenekleri ile ilgili sorular sormak ve gerektiğinde ailesi ve arkadaşlarıyla paylaşmak için durumunu anlatmak istemektedirler. Bu anlamda kendini ifade edebilmesi, sorularını sorabilmesi, anlatılanları anlayabilmesi ve aktarabilmesi için iyi bir iletişim becerisi göstermesi gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlığı kavramı sağlık eğitimi ve iletişiminin etkisiyle gelişmiş becerilerin farklı şekillerde sağlık davranışları üzerindeki rolünün farkına varılmasından doğmuştur. Sağlık okuryazarlığı sağlığın sosyal, çevresel ve kişisel belirleyicileri ve sağlık durumları üzerinde daha geniş bir kontrol sağlayabilmesinde kişiyi yetkin kılma anlamı taşımaktadır (Nutbeam,2008, 2072-2078). Kişilerin yetkinlikleri son derece önemlidir. Çünkü sağlık sistemi içinde sıklıkla bilgiyi değerlendirme, riskleri ve kazançları analiz etme, dozajları hesaplama, test sonuçlarını anlamlandırma ya da sağlıkla ilgili bilgilere nasıl ulaşabilecekleri gibi karmaşık bilgi ve tedavi kararlarıyla karşı karşıyadırlar. Kaliteli bir sağlık hizmeti için hastaların, rahatsızlıklarını doğru ifade edebilmeleri ve hastalık belirtilerini olduğu gibi tanımlayabilmeleri gerekmektedir. Hastaların yerinde sorular sormaları, verilen tıbbi tavsiyeyi ve tedavi yönergelerini anlayabilmeleri ideal koşullarda beklenen özelliklerdir (Rudd, Kirsch ve Yamamoto 2004; Baker 1998, 791-98; Parker 2000, 277-283; Rudd ve Anderson, 2003,7-27). Düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık bilgilerini anlayabilmede yetersizliğe, prosedür ve talimatları yerine getirmede zorluklara ve sağlık hizmetlerine erişimde problemlere neden olduğu gösterilmiştir (Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004, 32-33). Sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan hastalar, hastalık durumunu etkileyecek düzeyde iletişim sorunları yaşamaktadırlar (AMA, 1999; Parker 2000). Söz konusu hastalar, sağlık durumlarını ifade etmekte başarısız olmalarının yanı sıra, tıbbi durumlarını ve tedavilerini de yeterince anlamamaktadırlar. Ayrıca yetersiz okuryazarlık, hastanede yatma riskini arttırmaktadır. Benzer şekilde, sağlık sistemine geç başvuran bireyler erken koruyucu bakımından faydalanamadıklarından olumsuz sağlık çıktıları ve hastaneye yatma oranını da arttırmaktadır (Baker, 1998, 791-98; 2002, 22-29; Parker, Ratzan ve Lurie, 2003, 147-153; Gazmararian ve diğerleri,1999, 545-551). Williams ve arkadaşlarının, hastaların kendilerinden istenen temel okumaları ve hesaplamaları ne ölçüde gerçekleştirebildiklerini inceledikleri ve 2.659 hasta üzerinde gerçekleştirilen kesitsel çalışmada hastaların önemli bir kısmının en temel tıbbi yönergeleri okumakta ve anlamakta yetersiz kaldıkları gözlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların 1.106'sı (%41,6) aç karnına ilaç almaları gerektiğini anlamamış, 691'i (%26) bir sonraki randevu tarihini, 1.582'si (%59,5) ise standart onay bilgi yazısını anlayamamıştır. Yapılan çalışma ile yetersiz okuryazarlığın, hastaların kendi hastalıklarının teşhis ve tedavisini anlamalarında ve yüksek kalitede tedavi görmelerinde önemli bir engel olabildiği sonucuna varılmıştır (Williams ve diğerleri, 1995, 1677-1682). Toplumun büyük bir bölümünü etkileyen düşük sağlık okur-yazarlığı becerisinin sosyo-ekonomik kayıplar ve uzun süreli kronik hastalıklarla ilişkili olduğu açıkça görülmektedir (Howard, Gazmararian, Parker., 2005, 371-377; Parker, 2000, 277-283). Düşük sağlık okuryazarlık seviyesi, düşük sağlık bilgisi, kronik hastalıkların insidanslarında artış, yetersiz hastalık göstergeleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanılması gibi ciddi olumsuz ve telafi edilmez sağlık çıktılarıyla da ilişkilidir (Parker, Baker, Williams ve Nurss,1995, 537-541). Bu durum sonuçta sağlık durumunda düşüşe ve sağlık hizmeti harcamalarında artışa neden olmaktadır (Howard ve diğerleri, 2005)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ASİSTANLARININ KANITA DAYALI TIP KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM, UYGULAMALARI

Ahmet Ergin, Ali İhsan Bozkurt, Sinem Topaloğlu, Kazım Çoban, Cemile Özcan, Cüneyt Arıkan, Ezgi Saylam, Hilal Kuzucuoğlu, İlyas Kavak, Tutku Erarslan, Ural Çayır, Yakup Ozan Türkmenoğlu

PAÜ Halk Sağlığı

Giriş ve Amaç: Kanıta Dayalı Tıp (KDT) bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtların, klinik tecrübe, mesleki deneyim ve olgunun özellikleri ile birleştirilmesi ve bunun tıp etiği çerçevesinde yapılmasıdır. KDT teriminin tıp literatürüne girişi üzerinden 20 yıldan fazla süre geçmesine rağmen Türkiye'deki durumunu tespit eden çalışmalar kısıtlıdır.

Bu çalışmada, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi asistanlarının KDT hakkındaki bilgi düzeyleri, tutum - uygulamaları ve etkileyen faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışmanın evrenini 15- 24 Nisan 2012 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan tüm asistanlar (301 kişi) oluşturmaktadır. Örneklem seçilmeden evren üzerinde çalışılmış, ancak anket formlarının uygulandığı günlerde nöbet ertesi olan, iş yoğunluğu nedeniyle anket formunu doldurmak istemeyen 115 (%38.3) asistan çalışma dışında tutulmuş, 186 (%61.7) kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri Nisan 2012'de bir anket ile toplanmıştır. Anket verileri SPSS istatistik paket programında analiz edilmiştir. Veri analizinde ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza yaşları 24-44 arasında değişen 186 asistan (evrenin %61,7'si) katılmıştır. Katılımcıların %40,9'u kadın, %59,1'i erkektir. Katılımcıların %11,8'i temel tıp bilimlerinde, %62,4'ü dahili tıp bilimlerinde, %25,8'i ise cerrahi tıp bilimlerinde asistanlık yapmaktadır. Asistanlar arasında KDT terimlerini bilme durumu %74,1'dir. Bölümlere göre anlamlı değişiklik göstermemekle birlikte KDT terimlerini bilme oranı dahili tıp bilimlerinde %77,6'ya ulaşmaktadır ($p>0,05$). Asistanların sadece %19,4'ü KDT'nin basamaklarını sayabilmektedir. En yüksek oran %20,7 ile dahili tıp asistanlarında, en düşük oran ise %16,7 ile cerrahi tıp asistanlarındadır ($p>0,05$). Ankete katılan 186 asistanın %81,2'si alanıyla ilgili basılı yayınlara ulaşabildiğini, %81,7'si alanıyla ilgili basılı klinik rehberlere ulaşabildiğini, %82,8'i alanıyla ilgili online klinik rehberlere ulaşabildiğini, %74,7'si online veritabanlarına fakültelerinden ulaşabildiklerini belirtmişlerdir. Asistanların yaklaşık $\frac{1}{4}$ 'ü online veritabanlarına fakülteden ulaşamadıklarını ya da bunu henüz denemediklerini ifade etmişlerdir. Online veri tabanlarına fakülteden ulaşma düzeyi asistanlık süresi ile ilgili bulunmuştur. Online veri tabanlarına fakülteden ulaşabilme oranı en yüksek %89,7 ile 4. yıl ve üzeri asistanlarda saptanmıştır ($p=0,02$). Online veri tabanlarına fakülte dışından ulaşabilme oranı %49,5 oranındadır, bu oran en yüksek (%81,8) temel tıp ve en düşük (%37,5) cerrahi tıp asistanlarındadır ($p<0,05$). Asistanlar arasında son bir ayda hiç makale okumama oranı %15,6 oranındadır ve en yüksek okumama oranı %22,9 ile cerrahi tıp asistanlarındadır ($p<0,05$). Asistanlarda son bir ayda hiç literatür taraması yapmayanların oranı %21 bulunmuştur. En yüksek oran %27,1 ile cerrahi tıp asistanlarında saptanmıştır. Asistanlarda literatür taraması yapma oranı ile haftalık çalışma süresi ilişkili bulunmuştur. Haftalık 40 saat çalışan asistanlarda son bir ayda hiç literatür taraması yapmama oranı %16 iken, bu oran çalışma süresi arttıkça artmakta, haftalık 120 saat çalışan asistanlarda %37'ye yükselmektedir ($p<0,05$). Asistanların %36,6'sı geçmişte KDT konusunda eğitim aldığını beyan etmiştir. Asistanların %79,9'u KDT eğitimine ihtiyacı olduğunu belirtirken, %23,1'i KDT eğitimine ihtiyaç duymadığını belirtmiştir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Yaklaşık $\frac{1}{3}$ 'ü geçmişte KDT konusunda eğitim almış olan asistanların %79,9'u KDT konusunda eğitime ihtiyacı olduğunu belirtmektedirler. Bu bir gereksinimi göstermektedir ve asistanlara verilen KDT eğitimleri artırılmalıdır. KDT konusundaki bilgi, tutum ve uygulama düzeylerine; asistanlık süresi, haftalık çalışma süresi ve çalışılan bölümün etkili olduğu görülmüştür. Temel tıp bilimlerinde KDT bilgi, tutum ve uygulamaları genelde daha yüksek düzeyde iken cerrahi tıp bilimlerinde daha düşük düzeydedir. Ayrıca asistanlık süresinin ilk 2 yılında iş yükünün fazla olmasının KDT bilgi, tutum ve uygulamalarını olumsuz etkilediği dikkati çekmektedir. Asistanların KDT bilgi, tutum ve uygulama düzeylerinin istenilen seviyeye ulaştırılabilmesi için, haftalık çalışma süreleri düzenlenmelidir. Asistanların eğitim zamanlarında KDT uygulamalarına yönelik ek zaman ayrılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kanıta Dayalı Tıp, Asistan,Kesitsel

456

SAĞLIK ÖN LİSANS PROGRAMI ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DURUMU (ANKARA ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ)

Sevil İkinci, Sema Eser, Birgül Piyal, Deniz Çalışkan, Mine Esin Ocaktan, Recep Akdur

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç:Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık okuryazarlığı; bireylerin, sağlık durumlarının iyi olmasını özendirecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma yeteneğini, isteğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerdir. Kişisel yaşam biçimini ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması anlamına gelir ve yazılı öneri-uyarı notlarını okuyabilmek ve söylenenleri yapabilmekten daha fazlasıdır (WHO, 1998; Mancuso, 2009). Pek çok çalışma düşük sağlık okuryazarlığının zayıf sağlık iletişimi, olumsuz sağlık sonuçları, yüksek hastaneye yatış hızları, erken saptanabilecek kanser gibi hastalıklar için daha az sıklıkta tarama yaptırılması, orantısız yükseklikte morbidite ve mortalite hızları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Sağlık okuryazarlığını belirlemeye yönelik değişik araçlar geliştirilmiştir. Çoğunlukla İngilizce ve İspanyolca çevrimleri olan bu araçlardan bir kaç Türkçe'ye de uyarlanmış ve sınırlı sayıda çalışmada hastalara uygulanmıştır. Ülkemizde yürütülmüş topluma dayalı sağlık okuryazarlığı düzeyi belirleme çalışması saptanamamıştır. Bu araştırma Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun (AÜSHMYO) sekiz ayrı programında öğrenim görmekte olan ikinci sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumlarını Son Yaşam Bulguları (Newest Vital Sign) Ölçeği puanlarının dağılımına göre irdelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:Araştırma evrenini halk sağlığı dersi alan SHMYO ikinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş, evreni oluşturanlardan (N=167) ölçeği doldurmayı kabul eden 152 (%91) kişi çalışma grubunu oluşturmuştur. Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada, çalışmacılar tarafından alan yazından yararlanılarak geliştirilmiş 26 sorudan oluşan veri toplama formu ve Son Yaşam Bulguları Ölçeği (SYBÖ), sınıf ortamında (Mart 2012) uygulanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni SYBÖ puanıdır. Bağımsız değişkenler, yaş, cinsiyet, öğrenim görülen program, öğrenim görülen programı tercih etme sırası, beraber yaşanan kişiler, yaşanan yer, anne-babanın öğrenim durumu, ailede sağlık çalışanı varlığı, algılanan ekonomik durum, sigara ve alkol kullanma durumu, gazete ve ders kitapları dışında kitap okuma durumu, kişisel bilgisayar varlığı, günlük haberlere ve sağlıkla ilgili haberlere erişim yolu, algılanan genel ve ruh sağlığı durumudur. SYBÖ özellikle yetersiz sağlık okuryazarlığı olanlar için hızlı bir tarama aracı olarak değerlendirilmektedir. Katılımcılara bir dondurma etiketi üzerinde yer alan bilgiler verilmekte ve altı soru sorulmaktadır. Her doğru yanıt için bir puan verilmekte ve toplam puan, sağlık okuryazarlığı düzeyini göstermektedir. Doğru yanıt sayısı sıfır-bir çok kısıtlı, iki-üç kısıtlı, dört-altı yeterli sağlık okuryazarlığı göstermektedir. SYBÖ'nin niteliksel soruları hem okuduğunu anlama hem de matematiksel yetenek gerektirmektedir. Bu yetenekler temel sağlık bilgilerini anlama ve yönetme ile doğrudan ilişkilidir. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Bölümü tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve uyarlanmış olan SYBÖ'nin iç tutarlılığı (Cronbach $\alpha=0.70$) ve madde geçerliliği ($r=0.52$; $p<0.01$) iyi bulunmuştur. Türkçe Ölçek kendilerinden edinilmiş, kullanma izni alınmıştır.

Bulgular:Çalışma grubunu oluşturanların 109'u kadındır (%71,7), yaş ortalaması 22,5 olup 42 ile 19 arasındadır. Öğrenim gördüğü programı belirten 151 öğrencinin %13,9'u Anestezi, %9,9'u Tıbbi Görüntüleme Teknikleri, %12,6'sı Tıbbi Laboratuvar Teknikleri, %21,9'u Eczane Hizmetleri, %6,6'sı Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik, %15,2'si Odyometri, %8,6'sı Ortopedik Protez ve Ortez ve %11,3'ü Radyoterapi bölümündedir.

Grubu oluşturan 152 öğrencinin %82,2'si bölümüne isteyerek girdiğini (ilk 10 tercihine) belirtmiştir. Öğrencilerin %64,5'i ailesiyle birlikte, %18,4'ü yurttan, %15,1'i arkadaşlarıyla beraber yaşamaktadır. Yaşantısının çoğunun geçtiği yer sorusuna %76,0'ı il merkezi, %17,3'ü ilçe yanıtını vermiştir. Öğrencilerin %63,8'inin babası, %80,0'inin annesi ilköğretim ve altında öğrenim görmüştür. Grubun %25,7'si ailesinde sağlık çalışanı olduğunu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

belirtmiştir. Öğrencilerin %62,5'i ailelerinin ekonomik durumunun orta, %32,9'u iyi /çok iyi olduğunu bildirmiştir. Grubun %54,9'u hiç sigara içmediğini, %11,3'ü kullanıp bıraktığını ve %22,5'i her gün sigara içtiğini ve %64,2'si hiç alkol kullanmadığını belirtmiştir. Grubun %17,9'u her gün, %19,9'u sıklıkla gazete okuduğunu. %17,8'i her gün, %32,2'si sıklıkla ders kitapları, mesleki yayınlar dışında kitap okuduğunu belirtmiştir. Grubun %90,8'inin ortak ya da kişisel kullanımına açık bilgisayarı vardır. Günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaşım için en sık kullanılan yöntem olarak sırasıyla internet, radyo ve televizyon ve aile üyelerini, sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaşım içinse internet, radyo ve televizyon ve sağlık çalışanlarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %96,0'ı genel sağlık, %77,5'i ruh sağlığı durumunun iyi/çok iyi/mükemmel olduğunu belirtmiştir.

Yalnızca 10 öğrenci tüm soruları doğru yanıtlamıştır ve 24 kişi hiçbir soruya doğru yanıt verememiştir. Ölçeğin birinci sorusuna grubun %65'i, ikinci sorusuna %32,2'si, üçüncü sorusuna %50,7'si, dördüncü sorusuna %28,3'ü, beşinci sorusuna %35,5'i, altıncı sorusuna %21,1'i doğru yanıt vermiştir. Öğrencilerin %32,2'si kısıtlı, %29,6'sı yeterli sağlık okuryazarı grubundadır. Grup genelinin ortanca doğru yanıt sayısı 2 (en düşük 0, en yüksek 6)'dir.

Erkek öğrencilerin %39,5'i yeterli, %25,6'ı kısıtlı, kadın öğrencilerin %25,7'si yeterli, %34,9'u kısıtlı, sağlık okuryazarı bulunmuştur.

SYBÖ'ne göre Anestezi, Tıbbi Laboratuvar Teknikleri ve Radyoterapi programı öğrencilerinin çoğu yeterli sağlık okuryazarı bulunurken, Tıbbi Görüntüleme Teknikleri, Eczane Hizmetleri ve Odyometri programı öğrencilerinin çoğu çok kısıtlı sağlık okuryazarı grubundadır. Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik programı öğrencileri arasında yeterli sağlık okuryazarlığı puanı alan olmamıştır. Öğrenim görmekte olduğu bölüme isteyerek başlayanların %31,2'si yeterli, %28'i kısıtlı, istemeden başlayanların ise %22,2'si yeterli, %51,85'i kısıtlı sağlık okuryazarı bulunmuştur. Ailesiyle birlikte yaşayan öğrencilerin %33,7'si yeterli, yurttan dışarıda yaşayanların ise %17,9'u yeterli sağlık okuryazarı bulunmuştur.

Yaşantısının çoğunun ilde geçtiğini belirtenlerin %34,2'si yeterli, %34,2'si kısıtlı, ilçede geçtiğini belirtenlerin %15,4'ü yeterli, %26,9'u kısıtlı sağlık okuryazarı bulunmuştur.

Babası ilköğretim ve altında öğrenim görmüş 97 öğrencinin %22,7'si yeterli, %40,2'i kısıtlı, en az lise düzeyinde öğrenim görmüş olanların %41,8'i yeterli, %18,2'si kısıtlı sağlık okuryazarı bulunmuştur.

Annesi ilköğretim ve altında öğrenim görmüş 120 öğrencinin %26,7'si yeterli, %33,3'ü kısıtlı, annesi en az lise düzeyinde öğrenim görmüş olanların %40,0'ı yeterli, %30,0'ı kısıtlı sağlık okuryazarı bulunmuştur.

Ailesinde sağlık çalışanı olduğunu belirten 39 öğrencinin %35,9'u yeterli, %33,3'ü kısıtlı, diğerlerinin %27,4'ü yeterli, %31,9'u kısıtlı, %40,7'si çok kısıtlı sağlık okuryazarı bulunmuştur.

Ailesinin ekonomik durumunun iyi/çok iyi olduğunu belirten 50 öğrencinin %32,0'ı yeterli, %34,0'ı kısıtlı, orta olduğunu belirten 95 öğrencinin %29,5'i yeterli, %32,6'sı kısıtlı sağlık okuryazarı bulunmuştur.

Şu anda sigara kullanmayan 100 öğrencinin %30,0'ı yeterli, %31'i kısıtlı, sigara kullanan 51'inin %27,5'i yeterli, %35,3'ü kısıtlı, bugüne kadar hiç alkol kullanmayan 95 öğrencinin %33,7'si yeterli, %26,3'ü kısıtlı sağlık okuryazarı bulunmuştur.

Her gün ya da sıklıkla gazete okuyan 64 öğrencinin %31,3'ü yeterli, %35,9'u kısıtlı, bazen okuyan 63 öğrencinin %30,2'si yeterli, %30,2'si kısıtlı, ders kitapları, mesleki yayınlar dışında her zaman/sıklıkla kitap okuduğunu belirten 78 öğrencinin %33,3'ü yeterli, %33,3'ü kısıtlı sağlık okuryazarı bulunmuştur.

Yaşadığı yerde bilgisayar kullanma olanağı olduğunu belirten 138 öğrencinin %31,2'si yeterli, %31,9'u kısıtlı sağlık okuryazarı bulunmuştur.

Genel sağlık durumunun iyi/çok iyi/mükemmel olduğunu belirten 145 öğrencinin %30,3'ü yeterli, %33,1'i kısıtlı, ruh sağlığı durumunun iyi/çok iyi/mükemmel olduğunu belirten 117 öğrencinin %29,9'u yeterli, %31,6'sı kısıtlı sağlık okuryazarı bulunmuştur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tartışma:AÜSHMYO öğrencilerinin yaklaşık %16'sı hiçbir soruya doğru yanıt verememiştir. Altı sorudan ilki olan "Kutudaki dondurmanın tamamını yerseniz ne kadar kalori almış olursunuz?" sorusu en fazla doğru yanıtlanan soru olmuştur. Öğrencilerin %38,2'si "çok kısıtlı sağlık okuryazarlığı" grubunda yer almıştır. Ancak erkek öğrencilerin %39,5'ı "yeterli sağlık okuryazarlığı" puanı almıştır. Öğrenim gördükleri programlara göre ise en fazla "yeterli sağlık okuryazarlığı" düzeyi gösteren gruplar Anestezi, Tıbbi Laboratuvar Teknikleri ve Radyoterapi programı öğrencileri olmuştur.

SYBÖ puanları açısından sıralanan bağımsız değişken grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır.

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı ile ilgili oldukça sınırlı çalışma yürütülmüştür (Özdemir ve ark.,2009, Uğurlu Z.,2011). Ulusal bir rapora göre Amerikalıların %36'sı "çok kısıtlı sağlık okuryazarlığı" düzeyinde iken, yetişkinlerin büyük bir çoğunluğunun (%53) sağlık okuryazarlığı kısıtlı (orta) düzeydedir (NAAL,2003). Tıp Enstitüsü Sağlık Okuryazarlığı Komitesi (The Committee on Health Literacy of the Institute of Medicine)'ne göre: Sağlık okuryazarlığı, sağlığın geliştirilmesi ve korunması, hastalıkların önlenmesi ve erken tarama, sağlık bakımı sağlama ve politika yapma ile uğraşan herkesi ilgilendirir. Sağlık okuryazarlığı becerileri diyalog ve tartışma için gerekli olan 'sağlık bilgileri okuma, grafik yorumlama, araştırma çalışmalarına katılanlar hakkında kararlar verme, kişisel ya da aile sağlığı bakımı için tıbbi araçlar kullanma, ilaç dozunu ya da zamanı hesaplama' yeteneklerini kapsar (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Sonuç ve Öneriler:Sağlık önlisans programı öğrencilerinin oluşturduğu çalışma grubunun beşte birine yakın bir bölümünün ölçeğin hiçbir sorusuna doğru yanıt verememiş olması üzerinde düşünülmesi gereken bir bulgudur. Farklı sosyo kültürel düzeylerde toplum kesimlerinin sağlık okuryazarlığı durumlarını araştırmaya yönelik uygun ölçüm araçları geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesine yönelik sistematik çalışmalar tasarlanması gerekli görülmektedir.**Anahtar**

Sözcükler:Sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitimi, sağlık iletişimi, yetersiz sağlık okuryazarlığı, son yaşam bulguları (newest vital sign) ölçeği.

Kaynaklar:

World Health Organization(1998). Health Promotion Glossary (WHO/HPR/98.1).Geneva.

Erişim:[<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>] Erişim Tarihi: 13.11.2011.

MANCUSO, J.(2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature, Nursing and Health Sciences, 11, 77–89.

ÖZDEMİR, H., ALPER, Z., UNCU, Y., BİLGEL, N. (2009). Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Education Research. 464-477 s. Erişim: [<http://her.oxfordjournals.org/>] Erişim Tarihi: 13.11.2011.

AKALIN, E. (2009). Türk Toplumunda Sağlık Okur-Yazarlığı Oranlarının Belirlenmesi Protokol Sinopsisi.

Erişim:[http://www.actus.com.tr/files/t_sinopsis.pdf], Erişim tarihi:02.11.2011. NIELSEN-

UĞURLU, Z. (2011). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Erişim: [<http://www.tez2yok.gov.tr>], Erişim tarihi: 02.11.2011.

NIELSEN-BOHLMAN, L., PANZER, AM., KİNDİNG, DA. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, DC: National Academies Press.

Fadime Hatice İnci, Nazan Koştu, İlgün Özen Çınar, Gülbahar Korkmaz Aslan, Asiye Kartal

Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: İnsan sağlığındaki ilerlemeler sağlık bilimlerindeki gelişmelerin yanı sıra, insanların bu gelişmeler doğrultusunda yaşam biçimlerini değiştirmelerine bağlıdır. Bu değişmeyi sağlamada, sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde en önemli yöntemlerden birisi sağlık eğitimidir (Ulusoy Gökkoca 2001). Sağlık eğitiminde sıklıkla yazılı eğitim materyallerinden yararlanılmaktadır (Castro et al 2007). Bu materyaller, sözlü verilen bilginin pekiştirilmesi ve özümsemesine, bireyin kendi sorunlarını tanımlayabilmesi ve çözüm seçeneklerinden en uygun olanını seçmesine, sağlık bakımı ekibinden gereksinim duyduğu yardımın ne olduğunu saptayabilmesine ve bu gereksinimi iletebilmesine katkı sağlamaktadır (Kaya ve Kaya 2006). Bu nedenle sağlık eğitiminde okunabilir, tasarımı düzgün ve okuyucunun anlayabileceği yazılı eğitim materyalleri geliştirilmelidir. Okunabilirlik, okuyan tarafından metinlerin kolay ya da güç anlaşılır olmasıdır (Ateşman 1997). Yazılı eğitim materyallerinin okunabilirlik düzeyini belirlemede pek çok formül kullanılmaktadır. Kullanılan okunabilirlik formülleri yazılı eğitim materyallerinin okunabilirliği hakkında nicel veri sağlamaktadır. Aynı zaman da eğitim materyallerinin sayfa düzeni ve yazım, görsel öğeler, başlıklar, bilgi ve içerik, dil gibi tasarım öğeleri açısından incelenerek nitel verilerin elde edilmesinin eğitim materyalinin çok boyutlu olarak değerlendirilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma sağlıkla ilgili eğitim materyallerinin okunabilirlik ve tasarım yönünden değerlendirilmesi amacıyla planlanmış bir araştırmadır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Yazılı eğitim materyallerinin okunabilirliğinin ve tasarımının değerlendirilmesi amacıyla Denizli İli Sağlık Müdürlüğü tarafından 2011 yılında halk eğitiminde kullanılan, farklı konuları içeren yazılı toplam 37 eğitim materyallerinin tamamı incelenmiştir. İncelenen eğitim materyallerinin 20 tanesi Denizli Sağlık Müdürlüğü tarafından hazırlanmış, 17'si ise Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmıştır.

Bu araştırmada veri toplama iki aşamada gerçekleştirilmiştir. 1.Yazılı eğitim materyalinin okunabilirliği 2.Yazılı eğitim materyalinin tasarımı 1. Aşama: Okunabilirlik: Yazılı eğitim materyalinin okunabilirliğinin belirlenmesi amacıyla pek çok formül bulunmaktadır. Türkçe için geliştirilmiş olan iki okunabilirlik formülü bulunmaktadır. Bunlardan ilki 1997 yılında Ateşman'ın, diğeri ise 2010 yılında Bezirci ve Yılmaz'ın geliştirmiş olduğu formüllerdir (Ateşman 1997; Bezirci ve Yılmaz 2010). Bu çalışmada Türkçe metinlerin okunabilirliğinin saptanması için Bezirci ve Yılmaz'ın geliştirmiş olduğu formül, yazılı eğitim materyallerinin değerlendirilmesinde kullanılmıştır. 2. Aşama: Eğitim Materyalinin Tasarımı Eğitim materyalinin tasarımının değerlendirilmesinde araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen, 27 maddeden oluşan yazılı eğitim materyali değerlendirme formu kullanılmıştır. Yazılı eğitim materyallerinin tasarımı; sayfa düzeni-yazım (9 madde), görsel öğeler (2 madde), başlıklar (2 madde), bilgi ve içerik (4 madde), dil (10 madde) başlıkları yönünden değerlendirilmektedir. Her bir madde (2) tamamen uygun, (1) kısmen uygun, (0) uygun değil şeklinde değerlendirilmiştir.

Değerlendirmede her bir alt başlık altında yer alan maddelerin puanları toplanarak o alt başlıkta yer alan madde sayısına bölünmüştür.

Verilerin analizi bilgisayar ortamında Excell ve SPSS paket programı kullanılarak yapılmıştır. Okunabilirliğin değerlendirilmesinde Bezirci ve Yılmaz (2010) tarafından geliştirilen Türkçe için okunabilirlik değeri kullanılmıştır. Eğitim materyalinin tasarımı sayı, yüzde ile değerlendirilmiştir.

Araştırmanın için Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Bezirci ve Yılmaz tarafından geliştirilen Türkçe için okunabilirlik değeri için yazarlardan e posta yoluyla izin alınmıştır.

Bulgular: Türkiye'de eğitim sistemi 1-8 arası sınıflar için ilköğretim, 9-12 arası sınıflar için lise, 12-16 arası sınıflar için lisans, 16 ve sonrası sınıflar için akademik düzeydedir (Bezirci ve Yılmaz 2010).

Okunabilirlik formülü sonucu belirlenen değer eğitim seviyesini göstermektedir. Bu araştırmada sağlık eğitim materyallerinin okunabilirlik ortalamasının 11.02 ± 3.63 olduğu ve lise eğitimi alan bireylerin anlayabileceği düzeyde olduğu saptanmıştır. Türkiye'nin ortalama eğitim seviyesinin 6. sınıf düzeyinde olduğu düşünülürse bu araştırmada kullanılan yazılı eğitim materyallerinin halk tarafından kolay okunabilir olmadığı görülmektedir. Kaya ve Kaya'nın 2006 yılında yapmış olduğu çalışmada SMOG skoru 12.85 ± 1.09 , Flesch skoru ise 49.74 ± 18.64 olarak belirlenen hemşireler tarafından geliştirilen yazılı hasta eğitim materyallerinin okunabilirliğinin kolay olmadığını saptamışlardır (Kaya ve Kaya

2006). Tasarım açısından incelenen eğitim materyalleri sayfa düzeni-yazım ve görsel öğeler açısından daha düşük puan alırken, en yüksek puanları sırasıyla başlık, bilgi ve dil alanları oluşturmuştur.

Sonuç ve Öneriler:Bu sonuçlar; incelenen eğitim materyallerinin sayfa düzeni-yazım ve görsel öğelerden ziyade başlık, bilgi ve içerik ile dil alanlarına daha fazla önem verilerek hazırlandığını göstermektedir. Bir eğitim materyalinin hasta tarafından kolay okunabilmesi ve anlaşılabilirliği için başlığı, bilgi-içerik ve dil özelliklerinin yanında sayfa düzeni-yazım ve görsel öğeler açısından da uygun hazırlanması önemlidir. Sağlık personelinin eğitim materyali hazırlarken bu alanlarda da kendini geliştirmesi önerilmektedir.

Yazılı eğitim materyalleri okunabilirlik ve tasarım açısından hedef kitleye uygun hazırlanmalıdır. Araştırma sonucunda eğitim materyallerinin okunabilirliği lise eğitimi alan bireylerin anlayabileceği düzeyde olduğu, tasarımlarının ise çoğunluğunun uygun olduğu belirlenmiştir. Halk eğitiminde hedef kitle tüm eğitim düzeyindeki bireyleri kapsamaktadır. Bu nedenle eğitim materyallerinin okunabilirliği ilköğretim düzeyini de kapsamalıdır. Eğitim amaçlı hazırlanan yazılı materyallerin amacına ulaşabilmesi için okunabilirlik ve tasarım açısından değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık eğitim materyali, okunabilirlik, tasarım.

Kaynaklar:

- 1.Ateşman E. (1997). Türkçede Okunabilirliğin Ölçülmesi. Dil Dergisi, 58: 71-74.
- 2.Bezirci B., Yılmaz A.E. (2010). Metinlerin Okunabilirliğinin Ölçülmesi Üzerine Bir Yazılım Kütüphanesi ve Türkçe İçin Yeni Bir Okunabilirlik Ölçütü. DEÜ Mühendislik Fakültesi Fen Bilimleri Dergisi (2010 Seçilmiş Bildiriler Özel Sayısı), 12 (3): 49-62.
- 3.Castro M.S, Pilger D., Fuchs F.D., Ferreira M.B.C.(2007). Development And Validity Of A Method For The Evaluation Of Printed Education Material. Pharmacy Practice 5(2): 89-94.
- 4.Kaya N., Kaya H. (2008). Hemşireler Tarafından Geliştirilen Yazılı Hasta Eğitim Materyallerinin Okunabilirliğinin Saptanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 11: 1-6.
- 5.Temur T. (2003). Okunabilirlik (Readability) Kavramı. TÜBAR XIII.

239

SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ ALTINCI SINIF ÖĞRENCİLERİNİN EĞİTİMLERİ VE GELECEKLERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

Kemal Macit Hisar

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş Ve Amaç: Meslek, insanlara yararlı mal ya da hizmet üretmek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, belli bir eğitimle kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, kuralları toplumca belirlenmiş etkinlikler bütünüdür (1). Mesleki eğitim ise toplumsal hayatın her alanında ihtiyaç duyulan mesleklerde kalifiye teknik elemanlar yetiştirilmesi için gerekli bilgi ve becerilerin verildiği eğitimidir. Mesleki eğitimin amacı, toplumun hedefleri ve/veya kamu veya özel iş çevrelerinin talepleri doğrultusunda bireylere belirli bir mesleğin gerektirdiği bilgi, beceri ve uygulama yeterliliklerinin kazandırılmasıdır (1). Tıp eğitimi de bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Topluma yararlı hekimler yetiştirmenin ana koşulu altı yıllık tıp eğitimi boyunca öğrenciyi çağdaş standartlarda eğitmek, mezun olduğunda bilgi ve beceri açısından kendini yeterli bulan; bu nedenle kendine güvenen bir hekim olmasını sağlamaktır (2). Bu altı yıllık eğitimin ilk üç sınıfı temel tıp bilgi ve becerilerini içermekte; 4., 5., 6. sınıfı ise kuramsal eğitimleri ve uygulamalı stajları içermektedir. Tıp fakültesi eğitiminin sonucunda hekim olarak mezun olacak bir kişinin birinci basamak sağlık hizmetlerin verilmesini yönetebilecek, mesleği ile ilgili birinci basamak hizmetleri verebilecek durumda olması beklenir (3). Bir tıp fakültesinin eğitimi ne kadar iyi olursa olsun bir hekimin mesleğini iyi bir biçimde icra edebileceği toplumsal ve mesleki koşulların da var olması gerekmektedir (4). Ancak bu koşullarda hekim olarak mezun olmuş bir kişi başarılı olabilir, geleceğe güvenle bakabilir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bu bilgilerin ışığı altında bu çalışmanın amacı Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin (intern doktorlarının) aldıkları eğitim ve mesleki gelecekleri ile ilgili görüş ve önerilerini belirlemektir.

Gereç Ve Yöntem: Anket Selçuklu Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesinden 2011-2012 yılı öğretim yılı sonunda mezun olacak toplam 54 intern doktora yüz yüze anket yöntemiyle eğitilmiş üç anketör tarafından 2012 Nisan ayının son haftasında (fakülteyi bitirmelerine yaklaşık iki ay kala) uygulanmıştır. Çalışma tanımlayıcı tiptedir. Çalışmanın evreni mezun olacak 68 intern doktordur. Ankete katılmayı reddeden 14 intern doktora bu araştırma uygulanamamıştır. Bu durumda evrenin % 79,4'üne ulaşılmıştır. Anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde intern doktorlarla ilgili demografik ve bazı kişisel sorular yer almaktadır (5 soru). İkinci bölümde (39 soru) intern doktorların aldıkları eğitimle ve mesleki geleceklerini değerlendiren sorular yer almaktadır. 3. Bölümde ise çözüm önerilerini serbestçe ifade edebilecekleri bir yer bulunmaktadır. Sonuç olarak ankette toplam 44 kapalı uçlu ve bir açık uçlu soru bulunmaktadır. Veriler 5'li cevaplar numaralandırılarak ve gruplandırılarak (1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım seçenekleri olumsuz kabul edilmiş; 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum seçenekleri ise olumlu kabul edilmiştir) Microsoft Office Excell programı kullanılmak suretiyle (ortalamalar alınarak) analiz edilmiştir. Kısaca, ortalamalar 3 puan ve altı ise olumsuz, 3 puanın üzeri ise olumlu kabul edilmiştir. Anket bulguları bir önceki (2010-2011 Öğretim Yılı) anket bulgularıyla kıyaslanarak ilgili bölümde tartışılmıştır. Kıyaslanan söz konusu araştırma 4-7 Ekim 2011 tarihleri arasında düzenlenen 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur (5).

Bulgular Ve Tartışma: Araştırmaya katılan intern doktorların yaş ortalaması 24,9 olup % 37'si kadındır (2011 yılı mezunlarında % 50). Intern doktorların çoğu Anadolu Lisesi mezunudur (% 40, 2011 yılı mezunlarında % 64). Fen Lisesi mezunu olanlar ise 2. sırada gelmektedir (% 22, 2011 yılı mezunlarında % 12). 3. sırada normal lise mezunları gelmektedir (% 16, 2011 yılı mezunlarında % 14). Ankete katılan intern doktorlarının mezun olmalarına ortalama 2,4 ay kalmıştır. Intern doktorların çoğu ilk 4 sınıfı Meram Tıp Fakültesinde, 5. sınıfı Selçuklu tıp fakültesinde okumuşlardır (2011 yılı mezunlarının çoğu ilk 5 sınıfı Meram Tıp Fakültesinde okumuşlardı). Verilen cevaplara göre tıp fakültesini seçme kararı, Selçuklu Tıp Fakültesi tercihine göre daha bilinçli olarak yapılmıştır (2011 yılı mezunlarında da aynıydı). İlk 5 sınıfta aldığım teorik eğitim yeterlidir, ilk 5 sınıfta aldığım pratik eğitim yeterlidir, internlikte aldığım teorik eğitim yeterlidir sorularına karşılık verilen cevaplarda yetersizdir biçiminde sonuç çıkmasına rağmen internlikte aldığım pratik eğitim yeterlidir sorusuna karşılık yeterlidir cevabı çıkmıştır (2011 yılı mezunlarında da hepsi yeterli görülmemiştir). 6. Sınıf stajları hakkındaki memnuniyet ortalamalarına bakıldığında en yüksek memnuniyet ortalamasının seçmeli stajında (3,89, 2011 yılı mezunlarında halk sağlığı stajı 4,22 ortalama ile en yüksekti) olduğu görülmektedir. Zorunlu olarak alınan stajlarda ise en yüksek memnuniyet acil stajındadır (3,79). En az memnuniyet ortalamasının ise genel cerrahi stajında olduğu görülmektedir (1,70, 2011 yılı mezunlarında 2,18 ile çocuk sağlığı ve hastalıkları stajıydı). "Mezun olduğumda mesleğimin gereğini rahatlıkla yapabilirim" sorusuna verilen cevaplar dikkate alındığında intern doktorlar mesleklerinin gereğini yapabileceklerini düşünmektedirler (3,1, 2011 yılı mezunlarında 3,22 idi). "Mezun olduğumda iş hazır" sorusuna verilen cevapların ortalaması 3,22'dir. Buna göre intern doktorların iş konusunda fazla kaygılarının bulunmadığı söylenebilir (2011 yılı mezunlarında 3,95'ti). Intern doktorlar gelecekte kendilerine yetebilecek ücreti (en yüksek oranda) uzman hekimlikte alabileceklerini düşünmektedirler. Intern doktorlara göre toplumsal açıdan ve kendileri açısından uzman olmak geçen yıl olduğu gibi bu yıl da çok önemlidir. Intern doktorlar en çok Sağlık Bakanlığı hastanelerinden uzmanlık almayı ve buralarda çalışmayı tercih etmektedirler. Türkiye için en uygun birinci basamak sağlık kuruluşu sorulduğunda ASM'lere (2,98) göre Sağlık Ocaklarının (3,07) daha fazla tercih edildiği ortaya çıkmaktadır (2011 yılı mezunlarında tersi sonuç çıkmıştı). Türkiye'de hekimlik mesleğinin geleceği geçen yıl olduğu gibi bu yılda parlak görülmemektedir (2,66). Tıp eğitimiyle, uzmanlık eğitimi kıyaslandığında uzmanlık eğitimini yurt dışında yapma eğilimi daha kuvvetlidir (3,15'e karşılık 3,5, 2011 yılı mezunlarında 3,4'tü). "Mesleğimi yurt dışında icra etmeyi isterim" sonucuna bakıldığında (3,24) yurt dışında tıp mesleğini icra etme isteği yüksektir (2011 yılı mezunlarında 2,86 ile düşüktü). "İmkân olduğu takdirde öğretim üyesi olmak isterim" sorusunun sonucuna bakıldığında intern doktorlarımız çoğunlukla ilerde öğretim üyesi olmak istemektedirler (3,35, 2011 yılı mezunlarında 3,68 idi). Ankete katılan öğrencilerin yedisi tarafından anketin 3. bölümüne yazılan öneriler aşağıda verilmektedir. Bu öneriler araştırmacı tarafından da uygun öneriler olarak görülmektedir:

- 1- Selçuklu Tıp Fakültesi yeni mezun veren bir fakültedir. Bu nedenle fakülte yönetimi tarafından fakültenin imkânları medya ve diğer yollarla kamuoyuna daha iyi tanıtılmalıdır.
- 2- Pratik ve teorik eğitimlere daha fazla önem verilmelidir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

3-Memnuniyetsizlik bildirilen stajlar genel olarak yoğun çalışılan stajlar olmasına rağmen acil stajından memnun kalınması intern doktora yeterli inisiyatif verilmesine ve kendisinin doktor olarak hissettirilmesine bağlanabilir. Diğer stajlarda da bu hususlar dikkate alınmalıdır.

4-Yoğun çalışılan stajlarda intern doktorları hekimliğe hazırlayacak görevler verilmelidir. Her staj için ayrı ayrı intern doktorların yapacakları ve yapmayacakları işler hakkında görev tanımı yapılmalıdır.

5-Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hangi yöntemlerle ve/veya sistemle daha iyi verilebileceği konusunda yeni çalışmalar yapılmalıdır.

6-Yeni mezun hekimlerin Tıpta Uzmanlığa Giriş Sınavı (TUS)'na mezuniyet sonrası 2 yıl boyunca girememelerinin sağlanmasının mesleki tecrübe açısından gerekli olduğu düşünülmektedir.

7-Hastane personelinin (özellikle intern doktorlarla) ikili ilişkiler ve hitabet konusunda eğitilmesi sağlanmalıdır.

Sonuç Ve Öneriler: İtern doktorlar bir yıl öncesine oranla fakültedeki (gerekli araç ve gerecin artırılması personel alımı v.b.) çeşitli açılardan iyileştirmelere ve bunlara ilişkin memnuniyet düzeyleri puanlarının artmasına rağmen aldıkları kuramsal ve uygulamalı eğitimleri çoğunlukla yeterli bulmamaktadırlar. 6. Sınıf stajları hakkındaki memnuniyet ortalamalarına bakıldığında en yüksek memnuniyet düzeyi ortalamasının acil stajında, en az memnuniyet düzeyi ortalamasının ise genel cerrahi stajında olduğu görülmektedir. Buna rağmen mesleklerinin gereklilerini yapabileceğini düşünmektedirler. İtern doktorların iş konusunda fazla kaygılarının bulunmadığı söylenebilir. İtern doktorlar gelecekte kendilerine yetebilecek ücreti (en yüksek oranda) uzman hekimlikte alabileceklerini düşünmektedirler. Onlara göre toplumsal açıdan ve kendileri açısından uzman olmak çok önemlidir. En çok Sağlık Bakanlığı hastanelerinden uzmanlık almayı ve buralarda çalışmayı tercih etmektedirler. Türkiye için en uygun birinci basamak sağlık kuruluşu sorulduğunda Sağlık Ocakları ASM'lere göre daha uygun görülmektedir. Türkiye'de hekimlik mesleğinin geleceği parlak görülmektedir. İtern doktorlar (çoğunlukla) öğretim üyesi olmak istemektedirler. Konuyla ilgili memnuniyetsizliği azaltmaya yönelik öneriler aşağıda verilmiştir: Selçuklu Tıp Fakültesinin imkânları medya ve diğer yollarla kamuoyuna

daha iyi tanıtılmalıdır. Pratik ve teorik eğitimlere daha fazla önem verilmelidir. Her staj için ayrı ayrı intern doktorların görevleri ile ilgili tanımlar yapılmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hangi yöntemlerle ve/veya sistemle daha iyi verilebileceği konusunda yeni çalışmalara ihtiyaç bulunduğundan Sağlık Bakanlığına işbirliği önererek çalışmalara başlanmalıdır. Yeni mezun hekimlerin Tıpta Uzmanlığa Giriş Sınavı (TUS)'na mezuniyet sonrası en az 2 yıl boyunca girememelerinin sağlanmasının mesleki tecrübe açısından gerekli olduğu düşünülmektedir. Hastane personelinin (özellikle intern doktorlarla) ikili ilişkiler ve hitabet konusunda hastane yönetiminin eğitilmesi sağlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Tıp Fakültesi Eğitimi, Toplum Yararlı Hekim, İtern Doktorlar, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Kaynaklar:

1-Millî Eğitim Bakanlığı Çankaya Mesleki Eğitim Bilgi Merkezi Web Sitesi:

http://cankayamesbil.com/index.php?option=com_content&view=article&id=6:biz-gonulluleriz&catid=1:son-haberler, Erişim tarihi: 1/6/2012.

2-Kocaeli Üniversitesi Web Sitesi: <http://tip.kocaeli.edu.tr/calistay/kocaelitipmezunuasistangrupraporu.ppt>, Erişim tarihi: 1/6/2012.

3-Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Web Sitesi: <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/egitim/lisans.php>, Erişim tarihi: 1/6/2012.

4-Türk Tabipleri Birliği Web Sitesi:

<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/malpraktis.pdf>, Erişim tarihi: 1/6/2012.

5-Hisar K. M., Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Aldıkları Eğitim ve Mesleki Gelecekleri ile İlgili Görüş ve Önerileri, Poster Bildiri, 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

4-7 Ekim 2011. Trabzon.

608

SİVRİHİSAR İLÇESİ LİSE ÖĞRENCİLERİNDE KARDİOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ

Selma Metintaş, Necati Buğrul, Ahu Öztürk, Cemalettin Kalyoncu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç:Kardiyovasküler hastalıklar (KVH)'ın temelinde sağlıklı yaşam tarzı ve sosyal çevrenin olduğu gösterilmiştir. Hastalık grubu için 200'e yakın risk faktöründen söz edilse de, bunlardan kontrol altına alınabilecek faktörler, hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite, diyabet, sağlıklı beslenme alışkanlığı, sigara içme, fiziksel hareketsizlik ve stresli yaşam tarzıdır. Kardiyovasküler hastalıkların oluşumunda yer alan ateroskleroz süreci erişkinlerde olduğu kadar çocuklarda da önemlidir. Nitekim günümüzde çocukluk çağı obezitesi, dengesiz beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği önemli birer halk sağlığı sorunu haline gelmiştir.

Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada en önemli etken, yaşamla ilişkili alışkanlıklardır. Bunun nedeni, yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmenin daha ucuz ve etkin olmasıdır. Sosyal davranış modellerine göre, davranış değiştirmelerde ilk koşul bireylerin davranışlarının neden olduğu olumsuz sağlık sonuçlarını bilmeleridir. Yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmekte yetersiz bilgi, yetersiz motivasyona neden olacağı için, KVH önleme çalışmaları toplumu bilgilendirme programlarına odaklanmıştır. Bundan dolayı programların etkinliğini ölçmek ve değerlendirebilmek için KVH risk faktörleri konusundaki bilgi düzeyini belirleyecek standart ölçeklere ihtiyaç vardır.

Ülkemizde ilk ölçeklerden biri olan, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği Arıkan İ ve arkadaşları tarafından 2009 yılında erişkin yaş grubu için geliştirilmiş bir ölçektir. Adölesan dönemi için kullanılabilir bir ölçek ise henüz bulunmamaktadır.

Çalışmada, KARRİF-BD Ölçeği ile adölesan dönemi çocuklarda Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri bilgi düzeyinin ölçülmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:Çalışmanın verileri, Mart-Nisan 2012 tarihleri arasında 'Sivrihisar ilçesi lise öğrencilerinde kardiyovasküler risk faktörlerinin yaygınlığı' çalışması ile elde edildi. Çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı Anabilim dalı Eğitim-Araştırma bölgesi'nde bulunan beş yerleşim birimi içinde en büyük nüfusa sahip olan Sivrihisar ilçesi lise öğrencilerinde gerçekleşti. Sivrihisar ilçe merkezinde 8 lisede toplam 1475 öğrenci öğrenim görmektedir. Çalışma sırasında okullara gidildiğinde sınıflarında bulunmayan öğrenciler ile anket formunda eksik ve/veya yanlış bilgi veren öğrenciler çalışma kapsamı dışında tutularak geriye kalan 1048 (%72) öğrenci çalışma grubunu oluşturdu.

Çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirilen öğrencilerden sözlü onamları alındıktan sonra önceden hazırlanan anket formları, gözlem altında öğrenciler tarafından cevaplandırıldı. Çalışmanın amacına uygun olarak literatürden yararlanılarak hazırlanan anket form dört bölümden oluşmakta olup, birinci bölümde sosyodemografik özellikler, ikinci bölümde beslenme (Demirezen E. tarafından geliştirilen altı maddelik "Beslenme Alışkanlıkları İndeksi" kullanıldı) ve sigara kullanımı, üçüncü bölümde fiziksel aktivite (haftada kaç gün/kaç saat egzersiz yaptığı sorularak) ve sedanter yaşam, dördüncü bölümde kardiyovasküler hastalıklar hakkında bilgi düzeyi değerlendirilmesi konuları ele alındı. Öğrencilerin boy, kilo ve tansiyon arteriyel ölçümleri yapıldı. Boy ve kilo değerlerinden hesaplanan Beden Kitle İndeksi ve tansiyon arteriyel değerleri uygun referans normlara göre sınıflandırıldı.

Öğrencilerin kardiyovasküler hastalıklar konusunda bilgi düzeylerinin araştırılması amacıyla KARRİF-BD ölçeği kullanıldı. Ölçek toplam 28 maddeden oluşmakta olup, ilk 4 madde kardiyovasküler hastalıkların özellikleri, korunabilirliği ve yaş faktörü ile sonraki 15 madde risk faktörleri, kalan 9 madde ise riskli davranışlarda değişimin sonucunu sorgulamaktaydı. Ölçekte yer alan maddeler doğru ve yanlış olabilen tam bir cümle

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

şeklinde katılımcılara sunuldu ve orijinalinden farklı olarak katılımcıların ifadeleri “kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum” şeklinde Likert tipi ölçek kullanılarak değerlendirildi. Kesinlikle katılıyorum:4, katılıyorum: 3, katılmıyorum: 2 ve kesinlikle katılmıyorum: 1 puan şeklinde değerlendirildi. Maddelerden 12,13, 17, 24 ve 26’ ncısı ters önerme içermekteydi ve puanlamaları tersten yapıldı (Kesinlikle katılıyorum: 1 puan, kesinlikle katılmıyorum: 4 puan). Ölçekten alınabilecek en yüksek 112, en düşük ise 28 puandır. Ölçeğin geliştirildiği çalışma, iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa’yı 0.768 olarak bildirmektedir.

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (versiyon13.0) İstatistik Paket Programında değerlendirildi. Analizler için Student t testi, tek yönlü varyans analizi, Pearson korelasyon testi, lineer regresyon analizi ve Cronbach alfa’yı hesaplamak için güvenilirlik analizi kullanıldı. Çoklu lineer regresyon modeline, tek değişkenli analizlerde $p<0.10$ düzeyinde anlamlılık veren değişkenler alındı. İstatistiksel anlamlılık için $p<0.05$ kabul edildi.

Bulgular:Çalışma grubunu oluşturanların 512’si (%48.9) kız, 536’sı (%51.1) ise erkektir. Yaşları 14-20 arasında değişen öğrencilerin yaş ortalaması 16.04 ± 1.11 yıl idi. Öğrencilerden 395’i (%37.7) 15 yaş ve altında, 554’ü (%52.8) 16-17 yaş grubunda, 99’u (%9.5) ise 18 ve üzeri yaş grubundadır. Çalışmaya katılan öğrencilerin %15.0’i sigara içtiğini belirtirken, fiziksel aktivite düzeyleri %15.0’inin yetersiz, %68.0 inin orta, %17.0’sinin ise yeterli olarak değerlendirildi. Öğrencilerin Beden Kitle İndeksi’nin ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)’nin yayınladığı referans normlarına göre değerlendirilmesinde %5.0’i obez, %13.0’ü kilolu olarak bulundu. Tansiyon ölçümü sonucunda öğrencilerin %2,9’unda hipertansiyon, %3,6’sında prehipertansiyon tespit edildi.

KARRİF-BDÖ’nin adolesan yaş grubunda uygulanması sonucunda, ölçek ifadeleri arasındaki iç tutarlılık değeri (Cronbach alfa) 0.8491 bulundu. Çalışmaya katılan öğrencilerin KARRİF-BDÖ’den aldıkları puan, 37-102 arasında değişmekte olup ortalama 81.61 ± 9.37 , ortanca 82 puan idi. Ölçeğe verilen doğru cevap yüzdeleri %29.4 ile %84 arasında değişmekteydi. En fazla doğru cevap, sigara, stres, sebze-meyve tüketimi ve yüksek tansiyon ile maddelere verilirken en fazla yanlış cevaplar kan yağları ve fiziksel aktivite ile ilgili maddelere verildi.

KARRİF-BDÖ ortalaması kızlarda (84.03 ± 8.33), erkeklere (79.20 ± 9.72) göre daha yüksek bulundu ($p=0.000$). Yaş arttıkça (14-15 yaş: 81.92 ± 10.22 , 16-18 yaş: 81.75 ± 8.92) ölçekten alınan puan ortalaması düşmekteydi ($p=0.039$). Çalışmaya katılan öğrencilerden hiç sigara içmemiş (81.88 ± 9.47) olanların puan ortalaması düzenli sigara içicilerine (79.57 ± 8.39) göre daha yüksekti ($p=0.023$). Fiziksel aktivitesi yeterli düzeyde olanlarda (83.30 ± 8.39) ölçekten alınan puan ortalaması, yetersiz olanlara göre ($81,43\pm 9,42$) daha yüksek bulundu ($p=0.017$). Ölçekten alınan puan ortalaması Beden Kitle İndeksi arttıkça azalmaktaydı ($r= -0.072$; $p: 0.022$). Normal kilolu çocukların aldıkları puan ortalaması ($81,89\pm 9,18$), obez olanlardan (78.78 ± 10.13) daha yüksekti ($p= 0.04$). Beslenme Alışkanlıkları İndeksi’nden alınan puan ile KARRİF-BDÖ’den aldıkları puan arasında bir ilişki bulunmadı ($p=0.395$).Hipertansiyonu olanlar ile (78.85 ± 12.36) tansiyonu normal olanlar (81.73 ± 9.28) arasında puan ortalaması açısından fark bulunamadı ($p= 0.19$).

Kardiyovasküler risk faktörü bilgi düzeyine etkili değişkenleri belirlemek için oluşturulan çoklu lineer regresyon modeli, tek değişkenli analizlerde $p<0.10$ düzeyinde anlamlılık veren değişkenlerden oluşturuldu. Analiz sonucunda bilgi düzeyine etkili değişken olarak cins, fiziksel aktivite düzeyi ve beden kitle indeksi bulundu. Çok değişkenli analizde bilgi düzeyi puanı üzerine etkili değişkenler cins (standardize regresyon katsayısı: $\beta: 0.251$; $p=0.000$), fiziksel aktivite düzeyi ($\beta=0.062$; $p=0.042$), beden kitle indeksi ($\beta=-0.072$; $p=0.023$) olarak bulundu. Modelin $R^2= 0.566$; $F=5.744$; $p=0.022$ olarak bulundu.

Tartışma/Sonuç Ve Öneriler:KARRİF-BDÖ, ülkemizde geliştirilen ve güvenlik-geçerliliği yapılmış bir bilgi düzeyi ölçeğidir. Geçerlilik-güvenilirliği yapılan çalışmada araştırmaya katılan katılımcıları erişkinler (20 yaş ve üzeri) oluşturmaktadır. Erişkin yaş grubunda elde edilen doğru cevap yüzdeleri daha fazladır.

Ölçeğin hazırlanmasında hedef, okul sağlığı çalışmaları sırasında yapılacak eğitimlerin etkinliğini ölçmeyi hedefleyecek bir ölçeğin geliştirilmesi olmuştur. Toplumun KVH risk faktörleri konusunda farkındalıklarının artırılması için yapılacak çalışmaların etkilerinin değerlendirilmesinde bilgi düzeyinin ölçülmesi yol gösterici olacaktır.

Çalışma sonuçları, kardiyovasküler risk faktörlerinin lise gençlerinde önemli bir sorun olduğunu göstermiştir. Obesite ve fiziksel aktivite gibi iki temel değiştirilebilir risk faktörü bulunanlarda bilgi düzeyinin daha düşük olduğu saptandı. Bu yüzden adolesanların kardiyovasküler risk faktörleri konusunda farkındalıklarının belirlenmesi daha sonra yapılacak çalışmalar için yol gösterici olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Kardiyovasküler risk faktörleri, bilgi düzeyi, lise öğrencileri

Kaynaklar :

1- Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. Türk Kardiyol Dern Arş. 2009;37(1):35-40.

2- Variable List for HBSC Mandatory Questionnaire 2005/06. : http://www.hbsc.org/survey_data.html. Erişim tarihi: 01.03.2012

3- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2009;114;555- 576.

4- Child and Adolescent Health Measurement Initiative. 2007 National survey of children's health. <http://www.nschdata.org>. Accessed July 17, 2009. Erişim tarihi: 01.03.2012.

5- Zahner L, Puder JJ, Roth R, Schmid M, Guldimann R, Pühse U, Knöpfli M, Braun-Fahrländer C, Marti B and Kriemler S. A school-based physical activity program to improve health and fitness in children aged 6–13 years ("Kinder-Sportstudie KISS"): study design of a randomized controlled trial [ISRCTN15360785]. BMC Public Health

491

TÜRKÇE İNTERNET SİTELERİNDEKİ SAĞLIK BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ -KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ ÖRNEĞİ

Mehmet Talha Kutlu, Evşen Atıcı, Issa Menge Kuria, Ali Anıl Altınsoy, Sarp Üner

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: İnternet teknolojisinin kullanımı yaygınlaştıkça ulaşılabilen bilgi miktarının artmasına karşın bu yayınlar için herhangi bir denetim söz konusu değildir. İnternet ortamında bulunan ve denetlenemeyen pek çok bilgi içerisinde doğrudan insan yaşamını etkilemesi nedeniyle "sağlık" oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bilimsellikten uzak yayınlar toplumda sağlık konusunda yanlış fikir ve davranışların gelişmesine neden

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

olabilmektedir. Sağlıkla ilgili yazıların iletişim araçlarında sunuluşu halkın bu konuyu algılamalarını doğru ya da yanlış yönlerde etkileyebilmektedir. Uluslararası alanda sağlık sitelerinin içeriklerine dair değerlendirmeler yapan ve ağ sayfalarındaki sağlık bilgisinin güvenilirliğine not veren HON Code, Internet Health Care Coalition, American Medical Association gibi çeşitli örgütler bulunmakla birlikte ülkemizde internet sitelerini kontrol eden veya değerlendiren bir kurum mevcut değildir. Türkçe internet sayfaları üzerinde bu konuyla ilişkili literatürde bulunan çalışma sayısı da oldukça sınırlıdır. Araştırmanın amacı Türkçe haber ve sağlık kategorisindeki sitelerde yer alan sağlık yazılarının “Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)” örneğinde değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışmanın evrenini Türkiye’de en çok ziyaret edilen üç Türkçe haber sitesinde ve dokuz Türkçe sağlık sitesinde 01.12.2008 ile 30.11.2011 tarihleri arasında yer alan KKKA ile ilgili yazılar oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş ve evrenin tümüne ulaşılmıştır. En çok ziyaretçiye sahip sitelere ulaşmak için internet kullanım istatistiklerine dair bilgi sağlayan bir şirket olan “AlexaInternet” in ağ sayfası kullanılmıştır. Konu kısmında **haber** kelimesine yer veren sitelerden arasında en çok ziyaret edilen üç adres (www.milliyet.com, www.hurriyet.com, www.sabah.com); **sağlık** kelimesine yer veren ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hakkında yazılar içeren siteler arasından en fazla tıklanan dokuz site (www.saglikplatformu.com, www.saglikniz.com, www.medimagazin.com, www.saglikaktuel.com, www.saglikkutuphanesi.com, www.saglikbilgisi.com, www.saglikveguzellik.net, www.hekimce.com, www.sagliksiz.net) belirlenmiştir. Seçilen sitelerin ana sayfalarında bulunan “sitede ara” bölümünden “**Kırım Kongo Kanamalı Ateşi**” anahtar kelimesi ile ulaşılan yazılar, literatürde yer alan bilgilere dayanılarak oluşturulmuş olan veri toplama formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Veri toplama internet ortamında gerçekleştirilerek bu aşamada hata oluşmasının önüne geçilmiş ve formlarda hiçbir şekilde eksik bilgi olmaması sağlanmıştır. Veri toplama formu ile yazılar yazının kimlik bilgileri, yazının içerik analizi ve yazının görünümü açısından değerlendirilmiştir.

Araştırmada kullanılan yazıların sınıflandırılmasında daha önce farklı çalışmalarda kullanılmış olan kriterlerden faydalanılmıştır (Tezcan, 2005). Buna göre değerlendirilen bir yazının **haber** niteliğinde olması için belirlenen dört haber kriterinden üçünün, **köşe yazısı**, **reklam** veya **röportaj** sınıfına alınması için her bir sınıf için belirlenmiş ilgili üç kriterin ve **araştırma** olarak değerlendirilmesi için belirlenen iki kriterin tamamının, **eğitim** kategorisine alınması için ise var olan bir kriterin sağlanması gerekmektedir.

Yazıların doğruluğuna karar verilirken KKKA ile ilgili kaynak kitapları ve literatürde yer alan yayınlar kullanılmıştır. İncelenen yazı hiç hatalı bilgi içermiyorsa “**doğru**”, genel olarak doğru olmasına rağmen hatalı bilgi içeriyorsa “**yanlış**” olarak sınıflandırılmıştır.

Ele alınmış olan üç yıllık zaman dilimindeki yazılar dört araştırmacı arasında eşit olarak paylaşılmıştır. Araştırmacı faktörünün yazıların değerlendirilmesini etkilemesinin önüne geçmek amacı ile seçilen iki web sitesinde, ön deneme yapılmıştır. Bu ön deneme de yazının görünüm açısından değerlendirildiği bölümde araştırmacılar arasında %100, yazının tipinin değerlendirildiği bölümde %85, yazının doğruluğu, duygu tonunun ve kaynağının değerlendirildiği bölümlerde %98, yazının amacının değerlendirildiği bölümde ise %96 tutarlılık olduğu görülmüştür. Dikkat edilmesi gereken konular tespit edilerek araştırmacılar arasında tutarlılık sağlanmış, bilgi kayıt formları uygun şekilde düzeltilmiştir.

Verilerin analizinde içerik analizi yöntemi ve araştırma amaçlarına uygun tarama modeli kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS paket programıyla değerlendirilmiştir. Veriler ki-kare ve frekans dağılımı yöntemiyle incelenmiştir.

Bulgular: İncelenen 770 yazının %75,2’si haber sitelerinde yer almaktadır. Her iki grup internet sitesinde de yazıların %75,0’ı T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde KKKA vakalarının en sık görüldüğü aylar olan Nisan ve Temmuz ayları arasında yayınlanmıştır. Yazıların ortalama kelime sayısı haber sitelerinde 196, sağlık sitelerinde ise 382’dir ($p < 0,05$). Haber sitelerindeki yazıların %44,0’ında fotoğraf yer almaktayken sağlık sitelerindeki yazılarda bu %26,7’dir ($p < 0,05$). Fotoğrafların %75,3’ü yazının içeriği ile uyumludur ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sağlık sitelerindeki yazıların yayınlandığı ağ sayfalarının %99,5’inde, haber sitelerinin %78,2’sinde reklam vardır ($p < 0,05$) ancak bu reklamların, yazıların içeriği ile ilişkisi bulunamamıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Okuyucular sağlık sitelerindeki yazıların %83,2'sine yorum yapabilmekteyken, haber sitelerinde yazıların %55,3'üne yorum yapabilmektedir ($p<0,05$). İncelenen yazılar sınıflandırma kriterlerine bağlı olarak birden fazla türe ait olabildiği çalışmada sağlık sitelerindeki yazıların %98,4'ü haber%82,7'sieğitim, %20,4'ü röportaj ve %4,2'si araştırma niteliği taşımaktayken haber sitelerinde bu değerler sırasıyla %97,8, %18,5, %9,7 ve %4,1 olarak bulunmuştur. İncelenen site gruplarında eğitim ve röportaj niteliği taşıyan yazı sayısında farklılık vardır ($p<0,05$). Haber sitelerinde yazıların amaçları incelendiğinde %82,9'unun güncel vakalar hakkında, %20,9'unun hastalık hakkında, %17,8'inin ise koruyucu önlemler hakkında bilgi vermeyi amaçladığı görülmektedir. Sağlık sitelerindeki yazılar için bu değerler sırasıyla %34,0; %36,6 ve %45,3'dür($p<0,05$).Güncel vakalar hakkında olan yazılar dışarıda bırakıldıktan sonra yapılan doğruluk incelemesi siteler arasında farklılık göstermektedir (haber sitelerindeki %75,0-%96,4; sağlık sitelerinde %94,4-%97,2). Haber sitelerindeki yazıların kaynağı daha çok ajans veya muhabir(%78,4), sağlık sitelerindeki yazıların kaynağı ise daha çok hekim(%54,5)ve Sağlık Bakanlığı'dır(%26,2) ($p<0,05$).

Sonuçlar: İncelenen yazıların daha önce kaç kez okunduğu bilgisine ulaşılammıştır ancak Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre internetin kullanıcılarının %60'ı internetten sağlık bilgisi araştırmaktadır(TÜİK 2009).

Amacı daha çok güncel olaylar hakkında bilgilendirme olan haber sitesindeki yazılar sağlık sitesindeki yazılara göre daha az kelime, daha çok fotoğraf içermekte ve daha az yorum imkânı sağlamaktadır. Sağlık sitesindeki yazıların amacı ise daha çok koruyucu önlemler hakkında bilgilendirmek ve hastalık hakkında bilgi vermektir.

KKKA hakkındaki yazılarda yanlış bilgi olması farklı sitelerde %4-%25arasında değişmektedir ve sonuçlar diğer çalışmalarla uyumludur(Berland 2001, İltter 2007). Ancak internetten sağlık bilgisi edinen her 4kişiden birinin hatalı bilgilerle karşılaşma olasılığı sağlık açısından önemli sorunlara yol açabilir. İnternetin bilgi sağlanmasındaki yerinin her geçen gün arttığı da göz önünde bulundurulursa ağ sayfalarındaki sağlık bilgisinin denetlenmesi ve düzenlenmesi için çalışmalar yapılması gerekmektedir. KKKA ile ilgili genel bilgiler ve korunma yöntemleri gibi konuları içeren ve halkın bilinç düzeyini artıracak sağlık personeli ya da Sağlık Bakanlığı gibi resmi kuruluşlardan kaynak alan yazılara daha fazla yer verilmelidir. Bu bilgilendirme sadece KKKA vakalarının sık görüldüğü aylarda değil, diğer dönemlerde de yapılmalı ve alınabilecek önlemler tartışılmalıdır.

Kaynaklar:

- 1.Berland GK, Elliott MN, Morales LS, Algazy JI, Kravitz RL, Broder MS, Kanouse DE, Munoz JA, Puyol JA, Lara M, Watkins KE, Yang H, McGlynn EA. Health Information on the Internet Accessibility, Quality, and Readability in English and Spanish. JAMA 2001;285(20): 2612-21.
- 2.Impicciatore P, Pandolfini C, Casella N, Bonati M. Reliability of health information for the public on the worldwide web: systematic survey of advice on managing fever in children at home. BMJ 1997; 314: 1875-81.
- 3.İltter, N.(2007) Gazetelerdeki Dermatoloji ve Kozmetoloji ile İlgili Yazıların İncelenmesi
- 4.Tezcan S, Altıntaş H, Kaya M, Oktay G, Kahveci O, Alpua M, Karagöz E, Kevlekçi C, Kart C. On Ulusal Günlük Gazetede Yayınlanan Koroner Arter Hastalığı ve Risk Faktörleri ile İlgili Yazılar.TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005;4(5): 253-64.
- 5.TUIK, "Household Information Technology Usage Study Results" Turkish Statistical Institute News Bulletin, 2009

953

TÜRKİYE'NİN İKİ İLİNDE YAŞAYANLARIN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ (KKKA) HASTALIĞI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çiğdem Şimşek¹, Seçil Özkan², Gönül Çulha³, Bediha Türkyılmaz⁴, Murat Dizbay⁵, Sefer Aycan², Filiz Aslantekin⁶, Doğan Akdoğan¹, Ebru Aydın³, Mehmet Ali Torunoğlu³, Mustafa Aksoy³

¹Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü, ²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ³Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, ⁴İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, ⁵Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, ⁶Sağlık Bakanlığı,

Giriş ve amaç: KKKA hastalığı, kenelerle insanlara bulaşan *Nairovirüslerin* neden olduğu ateş, halsizlik, baş ağrısı, kas ağrısı, bulantı-kusma, ishal, şiddetli olgularda kanama ve şok ile seyreden akut ve ciddi seyirli bir viral hastalıktır. İç Anadolu bölgesinin kuzeyi, Karadeniz bölgesinin iç kesimleri, Doğu Anadolu bölgesi KKKA hastalığı açısından riskli bölgelerdir. Türkiye’de 2002-2010 yılları arasında toplam 5321 vaka tespit edilmiştir.

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığının Amasya, Ankara, Bolu, Çankırı, Çorum, Erzurum, Karabük, Giresun, Gümüşhane, Kastamonu, Ordu, Samsun, Sivas, Tokat, Yozgat illerinde KKKA ile mücadele programı çerçevesinde, son 3 yılda KKKA vakası görülen yerleşim birimlerinde sağlık personeli tarafından hane ziyaretleri yapılmaktadır.

Ankara’nın ilçelerinin, belde ve köylerinde 2008 yılında 37, 2009 yılında 28, toplam 65 ve Kırıkkale’nin ilçe ve beldelerinde 2008 yılında 2, 2009 yılında 1, toplam 3 KKKA vakası meydana gelmiştir.

Bu araştırmada, Türkiye’de KKKA hastalığı konusunda hanehalkı eğitimi alan (Ankara) ve almayan (Kırıkkale) iki ilde yaşayan 18 yaş üzeri nüfusun KKKA hastalığından korunma konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem: 2008 ve 2009 yıllarında Ankara ve Kırıkkale’nin KKKA hastalığı görülen ilçelerin, belde ve köylerinde yaşayan 18 yaş üzeri kişiler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmada, iki ilde yaşayan 1250 hanede, 1250 kişiye yüz yüze görüşme yöntemiyle anket doldurulmuştur. Ankette kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra KKKA hastalığı ve kenelerden korunma konusunda bilgi ve tutum durumu ile ilgili sorular sorulmuş ve yapılan eğitimlerin bilgi ve tutuma etkisi değerlendirilmiştir.

Örneklem büyüklüğü %50 bilinmeyen sıklık, %95 confidence interval, %80 power, %3 sapmayla oluşturulmuştur.

Veriler SPSS 15.0 programıyla analiz edilmiştir, kritik p değeri olarak 0,05 kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya, Ankara’dan 712, Kırıkkale’den 483 olarak toplam 1250 kişi katılmış olup yaş ortalaması $46,40 \pm 16,11$ (min=18; max=82) ve $47,60 \pm 15,78$ (min=18; max=86) (yazı içinde Ankara’dan ve Kırıkkale’den katılanların yüzdeleri sırayla yazılmıştır) %55,5’i ve %59,8’i erkek, %44,5’i ve %40,2’si kadındır. Katılımcıların %67,1’inin ve %57,3’ünün okuryazar olmayan, okuryazar, ilkokul mezunu, %25,7’inin ve %37,3’ünün ortaokul-lise, %7,2’sinin ve %5,4’ünün üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların mesleklerinden tarım, hayvancılık, çobanlık ve sadece süt sağımı toplam olarak değerlendirildiğinde % 52,8’inin ve %15,7’sinin olduğu görülmektedir.

Katılımcıların tamamına yakını %96,5’i ve % 93,6’sı KKKA hastalığını duyduklarını, %80,2’si ve %5,4’ü eve gelen sağlık personelinin bilgi aldıklarını %15,9’u ve %80,9’u televizyon ve gazeteden bilgi aldıklarını, belirtmişlerdir.

Katılımcıların %30,6’sı ve % 46,6’sı hastalığa yakalanma olasılığı açısından kendini riskli görmemektedir, %9,6’sı ve %8,1’i “çünkü kendimi koruyorum” diye cevap vermiştir.

Katılımcıların %84,6’sı ve % 62,1’i KKKA hastalığında ateş, %67,1’i ve % 26,5’i halsizlik, %53,4’ü ve % 14,1’i baş ağrısı, %25,1’i ve %6,0’i kanama belirtisinin olduğunu, %86,9’u ve %68,9’u hastalığın kene tutunmasıyla, %27,0’i ve %7,7’si kenenin ezilmesiyle, %13,6’sı ve %2,5’i hasta hayvanlardan, %10,7’si ve %0,4’ü hasta insanlardan bulaştığını, %71,3’ü ve %57,8’i hastalığın tedavi edilebileceğini belirtmişlerdir.

Katılımcıların %92,7’si ve %91,3’ü kenelerin bahar ve yaz aylarında görüldüğünü, %81,5’i ve %26,9’u çevrelerinde kene olduğunu, %92,8’i ve %76,8’i kenelerin yürüyerek tırmandığını, %3,5’i ve %29,0’i riskli

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

alanlara (tarlaya/otlağa/ormana/pikniğe) giderken kenelerden korunmak için hiç bir şeye gerek olmadığını, %88,8'i ve %42,7'si pantolon paçalarının çorap içine konulmasının, %65,2'si ve %12,4 açık renkli giysiler giyilmesinin, %53,1 ve %38,1 ise kapalı giysiler giyilmesinin gerektiğini, %1,8'i ve %27,3'ü riskli alan dönüşü kene kontrolü yapılacağını bilmediğini, %55,6'sı ve %52,4'ü giysilerde, %69,9'u ve %43,9'u ise vücutta kene kontrolü yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Katılımcıların %2,2'si ve % 4,1'i vücuda tutunmuş kene görünce hiçbir şey yapılmasına gerek olmadığını, %4,6'sı ve % 12,0'ı ise vücuda tutunmuş kenenin çıplak elle çıkarılabileceğini, %65,6'sı ve %37,1'i on gün içinde KKKA bulgularının görülebileceğini belirtmişlerdir.

Katılımcıların %5,9'u ve % 32,3'ü riskli alanlara giderken kenelerden korunmak için birşey yapmadığını, %78,9'u ve % 42,0'ı kenelerden korunmak için pantolon paçalarının çorap içine koyduklarını, %58,7'si ve % 10,6'sı açık renkli giysiler giydiklerini, %49,2'si ve % 36,9'u ise kapalı giysiler giydiklerini, %66,9'u ve % 33,1'i riskli alan dönüşü giysilerinde kene kontrolü yaptıklarını, %69,1'i ve %30,9'u kol ve koltuk altında, %77,8'i ve %22,2'si kasıklarında, %74,8'i ve %25,2'si diz arkasında, %78,3'ü ve % 21,7'si kulak arkasında, %73,5'i ve %26,5'i saç derisinde kene kontrolü yaptıklarını bildirmişlerdir.

Araştırmaya katılanların bilgi puanı dağılımı incelendiğinde (Mann-Whitney U testi), Ankara'da 21,41±3,86 ve Kırıkkale'de 16,57±2,87 olduğu, tutum puanı dağılımı Ankara'da 10,91±3,86 ve Kırıkkale'de 7,12±3,21 olduğu görülmektedir.

Bilgi ve tutum puanları incelendiğinde (Kruskal Wallis varyans analizi, Mann Whitney U testi), 18-24 yaş grubunun, diğer yaş gruplarından daha yüksek bilgi puanı (20,0) ve tutum puanı (11,0) aldığı, cinsiyetler arasında bilgi ve tutum puanı farkı olmadığı, ortaokul ve lise mezunlarının daha yüksek bilgi puanı (20,0) ve tutum puanı (10,0) aldığı, tarım ile ilgili meslekleri olanların (tarım, tarım ve hayvancılık, çobanlık ve sadece süt sağımı) diğer meslek sahiplerinden daha yüksek bilgi puanı (21,0) ve tutum puanı (11,0) aldığı, eşinin mesleği tarım ile ilgili olanların daha yüksek bilgi puanı (21,0) ve tutum puanı (11,50) aldığı, daha önce KKKA eğitimi almış olanların daha yüksek bilgi puanı (20,0) ve tutum puanı (10,0) aldığı, Ankara'dakilerin daha yüksek bilgi puanı (21,0) tutum puanı (12,0) aldığı görülmektedir.

Bilgi durumuna etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; öğrenim durumunun, meslek grubunun (tarım ile ilişkili meslekler), daha önce KKKA hakkında eğitim almış olmanın, yaşadıkları ilin (eğitim alma durumu kadar KKKA hastalığının daha çok görülmesi nedeniyle) bilgiye etkili olduğu gösterilmiştir. Ortaokul - lise mezunu olma 1,6 kat (%95 GA: 1,16 – 2,26), üniversite mezunu olma 1,7 kat (%95 GA: 0,96 – 3,15), meslek grubu 1,5 kat (%95 GA: 1,09 – 2,05), daha önce KKKA hakkında eğitim almış olma 2,9 kat (%95 GA: 1,90 – 4,48), yaşadıkları il ise 8,3 kat (%95 GA: 5,93 – 11,71) bilgiyi artırmaktadır.

Tutum durumuna etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; KKKA hakkında eğitim almış olmanın, yaşadıkları ilin tutuma etkili olduğu gösterilmiştir. Eğitim almış olma 1,8 kat (%95 GA: 1,24 – 2,64), yaşadıkları il 6 kat (%95 GA: 4,49 – 8,05) tutumu artırmaktadır. Yaşın tutumu etkilemediği tespit edilmiştir.

Tartışma: Literatürde hanehalkı bilgi ve tutumunu değerlendiren çalışmaların sınırlı olması nedeniyle, çalışmamızda daha çok sağlık çalışanlarının bilgi-tutumlarını değerlendiren ve vaka analizlerini içeren çalışmalarla karşılaştırmalar yapılmıştır.

Arıkan ve arkadaşlarının Eskişehir'de 20 yaş üzerinde 1500 kişiyle yaptıkları çalışmada, katılımcıların % 54,3'ü hastalığı duyduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda katılımcıların tamamına yakını %96,5'i ve % 93,6'sı hastalığı duyduklarını söylemişlerdir. Ankara'dan katılanların kendi köylerinde vakaların olması, Kırıkkale'den katılanlarında çevre illerde vakaların görülmesi nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Özer ve arkadaşlarının Kahramanmaraş'ta hemşirelik, ebelik öğrencisi 223 kişiyle yaptıkları çalışmada, hastalığın belirtilerinin % 93,7'si ateş, % 88,8'i halsizlik, % 65,9'u baş ağrısı, %64,6'sı kanama olduğunu belirtmiştir. Çalışmamıza katılanların %84,6'sı ve % 62,1'i KKKA hastalığında ateş, %67,1'i ve % 26,5'i halsizlik, %53,4'ü ve % 14,1'i baş ağrısı belirtisinin olduğunu, %25,1'i ve %6,0'ı kanama olduğunu belirtmiştir. Ankara'dan katılanların

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

hastalığın belirtilerini daha yüksek düzeyde bilmelerinin çevrelerinde vakaların görülmesi nedeniyle olduğu, Özer'in çalışmasındakilerin hemşirelik, ebelik öğrencisi olmaları nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Aksakal ve arkadaşlarının 470 sağlık çalışanıyla yaptıkları çalışmada, katılımcıların %77,1'i hastalığın kene ısırmasıyla, %12,5'i hayvanların kan ve dokularına temasla, %10,9'u hasta insanlarla temas sonucu bulaştığını" belirtmişlerdir. Çalışmamızda katılımcıların %86,9'u ve %68,9'u hastalığın kene tutunmasıyla, %27,0'ı ve %7,7'si kenenin ezilmesiyle, %13,6'sı ve %2,5'i hasta hayvanlardan, %10,7'si ve %0,4'ü hasta insanlardan bulaştığını belirtmişlerdir. Çalışmamızda eğitim verilen ildekilerin, Aksakal'ın sağlık personelinden daha fazla bilmesi, yapılan hane halkı eğitimin etkisi olarak düşünülmüştür.

Rahnavardi ve arkadaşlarının İran'da 191 sağlık çalışanına yaptıkları anketin sonucunda, katılımcıların %63,9'u "kene ısırmasından korunmanın, hastalığın bulaşının önlenmesinde rolü olmadığını" belirtmişlerdir. Araştırmamıza katılanların riskli alanlara (tarlaya/otlağa/ormana/pikniğe) giderken %88,8'i ve %42,7'si kenelerden korunmak için pantolon paçalarının çorap içine konulması gerektiğini bildirmişlerdir. Araştırmamıza katılanların kenelerden korunma bilgilerinin sağlık personelinden daha fazla olmasının endemik bölgede yaşamaları ve aldıkları eğitim nedeniyle olduğu düşünülmüştür.

Aksakal ve arkadaşlarının çalışmasında, katılanların %87,5'i vücuda tutunmuş kenenin cımbız/pens ile zorlamadan, %14,8'i ip yardımıyla, %3,2'si kene üzerine kimyasal madde dökülerek, %6,5'i cerrahi müdahaleyle çıkarılacağını belirtmişlerdir. Araştırmamıza katılanların %25,8'i ve % 9,3'ü vücuda tutunmuş kenenin cımbızla çıkarılabileceğini, %86,9'u ve % 81,4'ü sağlık kurumuna gidileceğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %13,8'i ve % 56,3'ü vücuda tutunmuş keneyi çıplak elle çıkardığını, %9,7'si ve % 0'ı kağıt veya bezle, %22,1'i ve % 6,2'si cımbızla çıkardığını, %52,8'i ve % 34,4'ü sağlık kurumuna başvurduğunu belirtmiştir. Araştırmamıza katılanların vücuda tutunmuş kenenin çıkarılması için bilgi ve tutum olarak daha yüksek düzeyde sağlık kurumuna gitmeyi tercih ettikleri görülmektedir. Aksakal'ın çalışmasında katılımcıların vücuda tutunmuş kenenin cımbız/pensle zorlamadan çıkarılabileceğini daha yüksek düzeyde bilmeleri sağlık çalışanı olmaları olarak düşünülmüştür.

Bilgi durumuna etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; öğrenim durumunun, meslek grubunun (tarım ile ilişkili meslekler), daha önce KKKA hastalığı hakkında eğitim almış olmanın ve yaşadıkları ilin bilgiye etkili olduğu gösterilmiştir.

Tutum durumuna etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; daha önce KKKA hastalığı hakkında eğitim almış olmanın ve yaşadıkları ilin tutuma etkili olduğu gösterilmiştir.

Sonuç Ve Öneriler: Ankara'nın ilçe, belde ve köylerinde 2008 yılında 37, 2009 yılında 28, 2010 yılında 14, 2011 yılında 14 ve 2012 yılında (temmuz) 2 vaka olarak yıllara göre vaka sayısında görülen azalmada, hanehalkı bilgilendirme ziyaretlerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, KKKA hastalığı yönünden riskli yerleşim yerlerinde sağlık personeli tarafından yapılacak düzenli hanehalkı ziyaretlerinin hastalığın önlenmesinde etkili olacağı aşıkardır.

Çalışmamızda sadece bilgi ve tutum ölçülmüştür. Hane eğitimi alan kişilerin becerilerini ölçen, davranışlarını gözleyen pratiklerin yapılması daha faydalı olacaktır.

Bu araştırma KKKA hastalığı yönünden riskli illerde sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen "KKKA hastalığından korunmaya yönelik hanehalkı eğitimlerinin değerlendirilmesi" konusunda ilk çalışma olması açısından son derece önem taşımaktadır.

372

TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN GÖZÜYLE TIP EĞİTİMİ VE HEKİMLİK MESLEĞİ

Gülnur Saruhan, Emine Didem Evcı Kiraz, Filiz Ergin, Erdal Beşer

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş: Tıp eğitiminin niteliği, nasıl olması gerektiği, yöntemi ile ilgili problemler tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yıllardan beri süregelenmektedir. Hastalıkların bölgesel farklılıklar göstermesi, inanç ve kültürel farklılıklar neticesinde ortaya çıkan hastalıkların farklı olmasından dolayı tıp eğitiminin niteliğinin bölgesel olarak farklılık göstermesi de kaçınılmazdır.

Ülkemizde eğitim sisteminin topyekün tartışıldığı günlerde tıp eğitiminin de tartışma dışı kalması düşünülemez. Hekimlik mesleği, insanoğlunun var olduğu sürece ihtiyaç duyduğu en popüler mesleklerden biri olarak günümüze kadar gelmiştir. Ama son dönemde yaşananlar tıp doktorluğunun onurunu kırmakta, hekimlerin toplum içindeki saygınlığını azaltmakta, hekimlere karşı düşmanca tavırların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır.

Oldukça zor bir sınav maratonunun ardından tıp fakültesine girmeye hak kazanan öğrencilerin, yine oldukça zor olan altı yıllık tıp eğitiminin sonuna geldiklerinde karşı karşıya kaldıkları mevcut tablo öğrenciler üzerinde önemli bir stres faktörü olmaktadır. Bu çalışma mezuniyetlerine sadece birkaç ay kalan öğrencilerin tıp eğitimleri ve hekimlik hayatına mesleği ile ilgili düşüncelerini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Gereç Ve Yöntem: Bu çalışma Mayıs 2011 tarihinde Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri üzerinde yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmada örnek seçilmemiş, 2010-2011 eğitim öğretim yılında eğitim gören tüm intern hekimler (n=61) çalışmaya dahil edilmiştir. Öğrencilerin almış oldukları tıp eğitimi ve hekimlik mesleği ile ilgili görüşlerini belirlemek amacıyla kapalı ve açık uçlu sorulardan oluşan 31 soruluk bir anket formu uygulanmıştır. Anket formu başka çalışmalarda kullanılan anket örnekleri göz önüne alınarak, tıp fakültesi öğrencilerimize göre uyarlamalar yapılarak hazırlanmıştır. Anketler sözlü onam alınıp gönüllülük esasına göre yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Veri girişi ve analizler için SPSS 17.0 istatistiksel paket programı kullanılmış, çalışmanın istatistiksel analizlerinde tanımlayıcı analizlerin sonuçları ortalama±standart sapma ve yüzde olarak belirtilmiş, analitik değerlendirmelerde ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %55,9'u erkek olup, yaş ortalaması 24,3±0,8'dir. Öğrencilerin %59,3'ü aileleriyle birlikte Aydın'da ikamet etmektedir. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesini tercih etmede kim oldu sorusuna %35,6 kendim, %33,9 ailem cevabını vermiştir. Hekimlik mesleğini tercih etme sebepleri sorulduğunda %52,5'i iş garantisi, %30,5'i de kişisel yeteneklerine uygun olması, %22,0'si maddi sebepler, %13,6'sı insanlara yardım etmek istediği için hekimlik mesleğini tercih ettiğini belirtmiştir. Eğitime başladıktan sonra pişman olup olmadıkları sorulduğunda yaklaşık her üç öğrenciden biri (%30,5) pişman olduğunu belirtmiş, kızlarda (%30,8) ve erkeklerde (%30,3) benzer oranlarda bulunmuştur. Üniversitede aldıkları eğitimi değerlendirmelerini istediğimizde öğrencilerin %42,4'ü üniversite eğitimlerinin mezuniyet sonrası mesleklerinin gereğini yerine getirmede yetersiz olduğunu, bunun büyük sebebinin de (%32,0) uygulamalı eğitimlerdeki eksikliklerden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Üniversitede aldıkları eğitimi mesleki beceriler kazandırma açısından 1="çok kötü", 5="çok iyi" olacak şekilde puanlamalarını istediğimizde %52,5'i 4 ve üzeri puan vermiştir. Öğrencilerin mezuniyetten sonraki dönemle ilgili görüş ve planları sorulduğunda %86,4'ü mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi yapmak istediğini, %72,9'u pratisyen/aile hekimi olarak çalışmanın mesleki açıdan kendilerini hiçbir zaman tatmin etmeyeceğini belirtmiştir.

Mezuniyetlerine sadece birkaç ay kalan öğrencilerin %81,4'ü hekimlik mesleğiyle ilgili ileriye yönelik kaygı taşıdıklarını, bu kaygıların başında da mecburi hizmet (%33,9) ve maddi kaygıların (%32,2) geldiğini ifade etmişlerdir. Hekimlik mesleği ile ilgili kaygıların cinsiyetle olan ilişkisine bakıldığında ise kadınlarda kaygının daha fazla olduğu görülmüştür(p=0,001).

Mesleğiyle ilgili olarak ileriye dönük kaygıların, ADÜ'yü tercih etmede kimin karar verdiği ile ilişkisi incelendiğinde, başkalarının etkisiyle tercih edenlerde kaygının daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0,001).

Öğrencilerin %37,2'si hekimlik mesleğinin toplumdaki saygınlığının giderek azaldığını, %59,3'ü hekimlerin hukuki anlamda korunmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Tüm bunların sonucu olarak da öğrencilerin %44,1'i bir yakınına asla hekim olmayı tavsiye etmeyeceğini belirtmiştir. Öğrencilerin %61,0'i ülkemizdeki hekim sayısının yetersiz olduğunu düşünmekte fakat bununla birlikte %52,5'i ileride İzmir veya İstanbul'da görev yapmak istediklerini belirtmişlerdir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Öğrencilerin %35,5'i görev yapacakları yerlerde hizmet kalitesini çalışma ortamının (fiziki koşullar, iş yeri koşulları) etkileyebileceğini, %13,5'i maddi sebeplerin etkili olabileceğini belirtmiştir. Öğrencilerin %57,6'sı henüz mesleklerinin kendilerine ne tür bir statü getirdiklerini bilmediklerini, %71,2'si sicil, disiplin, soruşturma, %61,0'i güvenlik gibi mesleklerine ait konularda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını vurgulamışlardır. Katılımcılar mesleki açıdan; %62,7 iş olanakları, %40,7 terfi, %32,2 sosyal ortamlara katılım bakımından beklentilerinin karşılanabileceğini düşünmektedirler. Öğrencilerin sağlık sistemi hakkında olumsuz buldukları üç şey sırasıyla çalışma şartları ile ilgili olumsuzluklar (%16,9), düşük maaş (%15,2), performansa göre ödeme uygulaması (%15,2) olarak belirtmişlerdir. Performansa göre ödeme uygulaması hakkındaki düşünceleri ayrı olarak sorulduğunda ise %76,7'si uygulamayı doğru bulmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tartışma: Çalışma, öğrencilerin yarısından fazlasının ailesiyle Aydın'da ikamet ettiğini (%59,3), %33,9'unun da ailesinin isteğiyle Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesini tercih ettiğini göstermekte bu da öğrencilerin hayatlarına yönelik kararlarda ailelerin paylarının çok büyük olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla ilgili olarak öğrencilerin tıp hekimliği ile ilgili ileriye dönük kaygılarının, Adnan Menderes Üniversitesi'ni tercih etmede kimin karar verdiği ile ilişkisi incelendiğinde, başkalarının etkisiyle tercih edenlerde kaygının daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0,001). Hekimlik mesleği ile ilgili kaygıların cinsiyetle olan ilişkisine bakıldığında ise kız öğrencilerde kaygının daha fazla olduğu görülmüştür (p=0,001).

Bu çalışmada öğrencilerin tıp eğitimine başladıktan sonra pişman olma durumları kızlarda (%30,8) ve erkeklerde (%30,3) benzer oranlarda bulunmasına rağmen, Köksal S. ve ark. (1999) yaptığı çalışmada erkeklerde bu oran (%30,3) bizim çalışmamızla benzer sonuç gösterirken, kızlarda (%22,8) daha düşük bulunmuştur.

Öğrencilerin mezuniyetten sonraki dönemle ilgili planları sorulduğunda %86,4'ü mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi yapmak istediğini belirtmişlerdir. Yarış F. ve ark. 2001 yılındaki yaptıkları çalışmada ise öğrencilerin %75,3'ü uzmanlık eğitimi yapmak istediklerini belirtmişlerdir. Bu göstermektedir ki uzmanlığın popülaritesi gün geçtikçe artmakta ve ülkemizin birincil gereksinimi olan temel sağlık hizmetlerini yürütecek pratisyen hekimler yani günümüz anlayışında aile hekimlerinin sayısı azalmaktadır. Buna neden olarak da öğrencilerin tıp fakültelerinden ülkemiz gerçeklerini ve sağlık sistemimizdeki temel gereksinimlerin neler olduğunu kavrayamadan mezun olmaları düşünülmektedir.

Yarış F. ve ark. (2001) yaptığı çalışmada öğrencilerin hekimlik mesleğini seçme nedenleri incelendiğinde ilk üç sırada doktorluk mesleğini sevmeleri, ideallerindeki meslek olması (%61,7), insanlara yardım etme isteği (%8,6), doktorluk mesleğinin toplumdaki yeri ve maddi sebepler (%8,5) gözlenmişken bizim çalışmamızda ilk üç sırayı iş garantisi olması (%52,5), kişisel yeteneklerine uygun olması (%30,5), maddi sebepler (%22,0) almıştır. Meslek seçimindeki temel alınan konuların bu kadar değişmesinde, günümüzde üniversite mezunları arasında işsizliğin giderek artması ve gelecek kaygılarının lise dönemlerine kadar inmesine bağlanabilir. Geleceğe dair mesleki kaygılar öğrencileri iş garantisi olan bölümleri seçmeye yönleltmekte ve meslek seçiminde maddi sebeplerin önemli bir etken olmasına neden olmaktadır.

Bu çalışmada üzerinde durulması gereken diğer bir konuda öğrencilerin %37,2'sinin hekimlik mesleğinin toplumdaki saygınlığının giderek azaldığını düşünmeleridir. Günümüzde artan hekime yönelik şiddet ve malpraktis uygulamaları hekimi köşeye sıkıştırmakta, performansa göre ücretlendirme ve sürekli değişen yasal uygulamalar gerekli tedaviler konusunda hekimi zor duruma düşürmektedir. Tüm bunların sonucudur ki bizim çalışmamızda da öğrencilerin %59,3'ü hekimlerin hukuki anlamda korunmadığını düşünmekte ve yaklaşık iki kişiden biri (%44,1) yakınlarına asla hekim olmayı tavsiye etmeyeceklerini belirtmektedir.

Sonuç Ve Öneriler: Öğrencilerin çoğunluğunun meslekleri ile ilgili ileriye yönelik kaygı taşıdığı saptanmış olup çalışma koşulları ile ilgili belirsizlikler ve olumsuzluklar ile düşük maaş en çok kaygı duydukları konular olarak tespit edilmiştir. Ülkemiz açısından gerek hekim ihtiyacının karşılanabilmesi gerek hizmet kalitesinin artırılması için belirtilen olumsuzlukları gideren düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır.

Tıp fakültesi eğitim açısından en zor fakültelerden birisidir. Gerek üniversiteyi kazanma, gerekse tıp eğitimi noktasında tıp fakültesinde okuyan öğrenciler hep daha fazla stres altına girmektedirler. Bu sebeple eğitimin sisteminin günümüz şartları ve bölgesel özellikler göz önüne alınarak tekrar değerlendirilmesi, geri bildirimler neticesinde aksayan noktaların ortaya çıkarılıp yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Aynı zamanda hekimlik mesleğinin kaybettirilmeye çalışılan itibarının geri kazandırılması için uygun politikalar izlenmeli ve halkın,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sağlığın korunması ve geliştirilmesinde halkın içinde yer alması sağlanmalıdır. Henüz yolun çok başında olan tıp öğrencileri için geleceklerinin güvence altında olduğu, uygun çalışma şartlarının sağlandığı bir ortam sunulmalı, öğrenciler daha eğitimleri sürerken gelecek kaygısıyla karşı karşıya bırakılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: tıp eğitimi, tıp öğrencisi, kaygı, mesleki beklenti

Kaynaklar:

Köksal S, Vehid S, Tunçkale A, Çerçel A, Erginöz E, Kaypmaz A, Sipahioğlu F, Özbal AN. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğrencilerinin tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası ile ilgili tutumları. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 1999; 30: 251-258

1. Yarış F, Topbaş M, Çan G, Özoran Y. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Eğitimi Hakkındaki Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. OMÜTF Dergisi, 2001; 18(4): 233-241.

543

TIPTA UZMANLIK SINAVININ DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNİN SOSYAL YAŞAMINA, SAĞLIĞINA, KLİNİK TUTUM VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Ercan Özyıldırım, Mikail Alkan, Ezel Bilge, Zahide Koşan, Talat Ezmeci

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından gerçekleştirilen Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS), bilişsel bilgiyi çoktan seçmeli sorularla ölçmeye yönelik bir sınavdır. Bu sınavda her dönem yaklaşık 12-13 bin hekim sınava girmektedir⁽¹⁾. Her sınav döneminde 2-4 bin kadro açılmaktadır. Bir yarışma sınavı olması nedeniyle mezuniyet öncesi tıp eğitimini olumsuz etkilemekte ve ölçme-değerlendirmeyi bilişsel bilginin bir defada ve çoktan seçmeli sınav sınırlılıkları ile ölçülmesine indirgemektedir⁽¹⁾. TUS'un doktorların uzmanlık eğitimine seçilmesinde sınav aracı olarak kullanılması bu sınavı doktorların hayatlarının dönüm noktalarından biri haline getirmektedir. Tıp eğitiminin amacı birinci basamakta hizmet verecek hekimlerin yetiştirilmesi iken, tıp fakültesi mezunları arasında bir yarış haline gelen TUS sonuçları, fakülteler arasında da başarının göstergesi olarak kullanılır olmuştur. Son yıllarda sayıları giderek artan TUS hazırlık dershaneleri kurulmuştur⁽²⁾. Dolayısıyla TUS, tıp öğrencilerinin eğitimini, sosyal hayatını, sağlığını ve özellikle klinik tutum ve davranışlarını derinlemesine etkilemektedir. Bu çalışmada Tıpta Uzmanlık Sınavı'nın dönem 6 öğrencilerinin sosyal yaşamına, sağlığına, klinik tutum ve davranışlarına etkisinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırmanın evrenini Mart-Haziran 2012 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden dönem 6. Öğrencileri (156) oluşturdu. Bu öğrencilerin 52'sini (%33) kadınlar, 104'ünü (%67) ise erkekler oluşturuyordu. Örnek büyüklüğü TUS'un öğrencilerin staja odaklanmalarını ve pratiğe ilgilerini olumsuz etkilediğini düşünenlerin oranının %70 ve örneklem hatası %5 alınarak 60 olarak hesaplanmış ve çalışmamıza 71 (%46) kişi katılmıştır. Öğrenciler evrendeki kadın erkek oranına uygun olarak seçilmiş ve gönüllülük esasına göre gözlem altında anket uygulanmıştır. Literatürde TUS'a çalışmanın öğrencilerin pratiğe olan ilgilerini olumsuz etkileyeceğini düşünenlerin oranına rastlanmadığından %70 oranı tahmini olarak belirlenmiştir. Anket soruları, sosyo-demografik özellikleri sorgulayan sorularla TUS'un öğrencilerin sağlığına, sosyal yaşamına, klinik tutum ve davranışlarına etkilerini sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Verilerin analizinde SPSS bilgisayar programı kullanılarak Ki Kare ve Fisher Exact Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza 49'u erkek (%69) ve 22'si kadın (%31) toplam 71 kişi katılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalamaları 24.6±1.3 idi. Evde ikamet edenlerin oranı %93 (66) olup %73'ü (52) ekonomik sıkıntı yaşadıklarını belirttiler. TUS'u mutlaka kazanılması gereken bir sınav olarak gören erkek öğrencilerin oranı %47 ve kız öğrencilerin %64 olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Öğrencilerin %80'i (57) mesleğine

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

pratisyen olarak devam etmesinin kendisini olumsuz etkileyeceğini belirtti. Cinsiyetler arası anlamlı fark yoktu. Erkek öğrencilerin %43'ü halen sigara kullanırken kız öğrencilerin hiçbiri sigara kullanmıyordu ($p=0.00$). Sigara içenlerin %9'u (6) TUS a çalışma stresi nedeniyle sigaraya başladığını, %46'sı (15) sigara kullanma miktarını artırdığını belirtti. Katılımcıların %61'i (43) TUS nedeniyle çay, kahve türü içecekleri daha çok aldığını belirtti. TUS'a daha fazla çalışma amacıyla ilaç kullandınız mı sorusuna "ilaç kullandım" ve "yorum yok" diyen kız öğrenci oranı (%31) iken erkek öğrenci oranı (%10) olup anlamlı olarak farklıydı ($p=0.04$). TUS stresi nedeniyle öğrencilerin %10'u (7) psikolojik destek aldığını belirtti. TUS çalışmaları nedeniyle öğrencilerin %66'sı (47) sosyal yaşantısının, %49'u (35) beden sağlığının, %62'si (44) ruh sağlığının, %54'ü (38) beslenme alışkanlığının, %83'ü (47) tatil ve dinlenme programlarının olumsuz etkilendiğini belirtmiş olup cinsiyetler arası anlamlı fark yoktu. TUS'a çalışma nedeniyle daha az kaynak kitap okuduğunu belirtenlerin oranı ise %55 (39) idi. TUS'a çalışma öğrencilerin stajlara odaklanmalarını, pratik ve beceri eğitimlerine ilgilerini olumsuz bir şekilde etkilemiştir (%53). Olumsuz etkilediğini belirten erkek öğrencilerin oranı %76 ve kız öğrenci oranı %41 olup cinsiyetler arası anlamlı fark vardı ($p=0.02$). Buna paralel olarak stajlarda çalışma saatleri içerisinde boş kalan vakitlerini pratik yaparak geçiren öğrencilerin oranı düşüktü (%4). Boş vakitlerini değerlendirirken TUS çalışmayı tercih edenlerin oranı ise %39 idi. Öğrencilerden TUS'a daha fazla çalışmak amacıyla devamsızlık yaptığını belirtenlerin oranı %59 (42) olup cinsiyetler arası anlamlı fark yoktu. Grup arkadaşlarının TUS'a çalışma amacıyla staj iş ve sorumluluklarını bazen ya da sık sık aksattığını belirtenlerin oranı %93 (66), staj sorumluluklarının aksatılması nedeniyle arkadaşlık ilişkilerinin bazen ya da sık sık bozulduğunu belirtenlerin oranı ise %66 (47) olup cinsiyetler arası anlamlı fark yoktu. Öğrencilerin %37'si (26) sağlık politikaları, %42'si (30) mecburi hizmet, %56'sı (40) toplumun pratisyen hekime bakış açısı, %37'si (26) ekonomik kaygı nedeniyle TUS'a ayırdığı çalışma süresini artırdığını belirtmiş olup cinsiyetler arası anlamlı fark yoktu.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Çalışmamıza katılan öğrencilerin evde ikamet etme oranı(%93) Yıldız ve arkadaşlarının Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinde yaptığı çalışmadakine göre daha yüksekti.³

Çalışmamızda öğrencilerin yarısının TUS 'u mutlaka kazanılması gereken bir sınav olarak görmesi, öğrencilerin tamamına yakınının uzman olmayı istemesi ve hayatlarına pratisyen hekim olarak devam etmelerinin kendilerini olumsuz etkileyeceği düşüncesini desteklemekte idi.

Erkek öğrencilerin sigara kullanma sıklığı toplumdaki erkeklerin sigara içme sıklığıyla (%47) benzerlik gösterirken, kız öğrencilerin sigara içme oranı toplumdaki kadın sigara içme oranından (%15) düşüktü⁽⁵⁾. İçenlerin dörtte biri sigaraya TUS nedeniyle başladığını ve yarısı sigara kullanma miktarını artırdığını belirtti. Öğrencilerin sekizde biri TUS'a daha fazla çalışmak amacıyla ilaç kullandığını ve psikolojik destek aldığını belirtti. Kız öğrencilerin ilaç kullanma konusundaki eğilimi dikkat çekici derecede yüksektir. Canbaz ve ark.nın çalışmasında kız öğrencilerin kaygı düzeyinin erkek öğrencilerden yüksek olması bunu destekler niteliktedir⁽⁴⁾. Öğrencilerin yarısından çoğu TUS'a çalışma nedeniyle beden sağlığının, sosyal yaşantısının, ruh sağlığının, tatil ve dinlenme programının olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar Yıldız ve ark.nın çalışmasındaki sonuçlarla benzerlik gösteriyordu⁽³⁾.

Öğrencilerin yarıya yakının stajlarda serbest kaldığı zamanlarda TUS'a çalışmayı tercih etmesi, daha az kaynak kitap okuması veya okumayı bırakması, yarısından çoğunun TUS nedeniyle staja ve pratiğe ilgisinin azaldığını ve devamsızlık yaptığını belirtmesi nitelikli bir tıp eğitimi almaları ve tam donanımlı bir pratisyen hekim olarak yetişmeleri açısından risk oluşturmaktadır. Bu konunun farklı boyutlarının ele alındığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

TUS 'a daha fazla çalışma amacıyla staj iş ve sorumluluklarının aksatılması tıp eğitiminin yanında öğrenciler arasındaki sosyal ilişkiye de olumsuz yansımaktadır. Bu bulgular Yıldız ve ark.nın çalışmasındaki sonuçlarla uyumluydu⁽³⁾.

Sonuç olarak öğrencilerin yarısının TUS'u mutlaka kazanılması gereken bir sınav olarak gördüğü, tama yakının mesleğine pratisyen olarak devam etmesinin kendisini olumsuz etkileyeceğini düşündüğü, TUS'a çalışma stresi nedeniyle öğrencilerin sigaraya başladığı ve içenlerin sigara içme miktarını artırdığı, azımsanmayacak sayıda kişinin daha fazla ders çalışmak amacıyla ilaç kullandığı ve psikolojik destek aldığı tespit edilmiştir. Bunun yanında TUS çalışmaları nedeniyle öğrencilerin birçoğunun beden sağlığının, ruh sağlığının, beslenme alışkanlığının, sosyal yaşantısının, tatil ve dinlenme programlarının ve kaynak kitap okuma davranışının olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Ayrıca TUS'un öğrencilerin staja odaklanma ve pratiğe ilgisini olumsuz etkilediği,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

öğrencilerin stajlarda serbest zamanlarda TUS'a çalışmayı tercih ettikleri, daha fazla ders çalışmak amacıyla devamsızlık yaptıkları, staj iş ve sorumluluklarının aksatıldığı ve bu yüzden arkadaşlık ilişkilerinin zarar gördüğü, sağlık politikaları, mecburi hizmet, toplumun pratisyen hekime bakış açısı ve ekonomik kaygılar nedeniyle öğrencilerin TUS'a ayırdığı süreyi artırdığı tespit edilmiştir. Bütün bu sonuçlar öğrencilerin TUS kaygısına işaret etmektedir. Derin kaygı öğrencilerin sağlığının bozulmasına, beceri eğitimini ihmal etmesine yol açıyor ve sosyal ilişkilerine zarar verecek derecede onu etkiliyor. Bizim sonuçlarımıza paralel olarak Canbaz ve ark.nın yaptığı çalışmada öğrencilerin mesleki kaygılarının yarısının nedeninin uzmanlık ve TUS'a ait kaygılar olduğu tespit edilmişti ⁽⁴⁾.

Öğrencilerin sağlıklı ve verimli bir eğitim dönemi geçirebilmelerini sağlayacak ulaşım, burs, sağlık güvencesi, konaklama vb. tedbirler iyileştirilerek artırılmalıdır. Özellikle üniversitelerde pratisyen hekimliğin önemi daha çok vurgulanmalı, sağlık yöneticileri pratisyenliğin itibarını artıracak tedbirler almalıdırlar. Sigaradan korunma eğitiminin her döneminde vurgulanmalı, öğrencilerin TUS kaygılarını azaltıcı eğitimler, sosyal etkinlikler ve bilimsel organizasyonlar düzenlenmelidir. Kaynak kitap okuma teşvik edilmeli, öğrencilerin beceri eğitimlerini ihmal etme nedenleri ortadan kaldırılmalıdır. Gerekirse öğrencilerin mezuniyet sonrası belirli bir süre pratisyen olarak çalışmaları şart koşulabilir ya da TUS'un içeriğine beceri eğitimini de ekleyerek fakültelerdeki eğitimlerine odaklanmaları sağlanabilir. Böylece öğrenciler daha donanımlı yetişecek, çağdaş tıp anlayışını daha iyi kavrayacak ve daha verimli olarak mesleklerini icra edeceklerdir.

TUS'un öğrencilerin sağlığına, sosyal hayatına, klinik tutum ve davranışlarına etkisini araştıran başka çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Tıpta uzmanlık sınavı, intern doktor, TUS dershanesi, beceri eğitimi, sosyal yaşam

Kaynaklar:

1. Çiçek C, Terzi C. Tıpta uzmanlık eğitimi (İzmir ölçekli iki araştırma ve karşılaştırmalı sonuçları). Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Birinci Baskı. Ankara, 2006
2. Sayek İ, Ünal F. Hacettepe Üniversitesi 40. Yıl. Ankara 2003
3. Yıldız N, Kurt M, Öktem M. Ş ve ark. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem VI öğrencilerinin tıpta uzmanlık sınavı (TUS) hakkındaki görüşleri, Hacettepe Tıp Dergisi, 2008;39:60-67
4. Canbaz S, Sünter T.A. Aker S. Pekşen Y. Tıp fakültesi öğrencilerinin kaygı düzeyi, Genel Tıp Derg 2007;17(1)
- 5.Sağlık Bakanlığı. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Mayıs 2010

647

TOPLUMA DAYALI TIP EĞİTİMİ:İSTANBUL FATİH'TE BİR İLKÖĞRETİM OKULUNDA OKUL SAĞLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Selma Karabey, Ayşe Emel Önal, Güven Erbaş, Cihat Adın

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, "salt bir sakatlık veya hastalığın bulunmaması durumundan ziyade; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır. Sağlığı temel bir insani hak olarak gören DSÖ, 21.yüzyıl'da "Herkes için sağlık" hedefine uygun ulusal tıp eğitimi politikaları belirlenmesini önermektedir. Bu bağlamda sağlık ve eğitim sektörlerinin işbirliği; sağlık hizmeti veren kurumların aynı zamanda

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

eğitim fonksiyonu üstlenmesi ve tıp eğitiminin her evrede hizmet veren kuruluşlarla eşgüdümlü olması gerekmektedir(1).

Tıp fakültesi mezunları,

“bir toplumun sağlığını koruma ve geliştirmede kendi rollerini bilmeli ve uygun müdahalelerde bulunabilmelidir. Mezunlar, sağlık sistemlerinde örgütlenmenin ilkelerini, yasal ve ekonomik durumunu bilmeli, sağlık hizmetleri sistemlerinin etkin ve etkili yönetimi konusunda temel bilgilere sahip olmalıdır(2).”

Bu amaçlarla yapılması hedeflenen “topluma dayalı tıp eğitimi” öğrencinin bizzat toplum sağlığıyla ilgili sorunlarla yüz yüze gelmesini sağlayarak gerçekleştirilen ve aynı zamanda probleme dayalı olan bir eğitim modelidir.

Bu çalışma, topluma dayalı tıp eğitiminin bir gereği olarak tıp öğrencilerini erken yıllarda ileride hizmet verecekleri toplum gruplarından birisi olan ilköğretim çocukları ile tanıştırmak; onların sağlık gereksinimlerini ve sağlıklarını etkileyen faktörleri belirlemek ve bu doğrultuda sağlığı geliştirme programları hazırlayabilmek için yöntem öğretmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM:Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, İstanbul Tıp Fakültesi’nde ilk kez 2011-2012 öğretim yılının bahar döneminde I. sınıf öğrencilerine yönelik olarak başlatılan “Okulda Sağlık, Toplumda Sağlık” seçmeli dersi ile ilgili deneyimin paylaşılmasını hedeflemektedir. Dersler 15 gün ara ile altı hafta halinde, haftada 2’şer saat olarak işlendi. İlk iki hafta kuramsal, onu izleyen iki hafta okul ziyareti şeklinde saha çalışması ve son iki hafta da değerlendirme ve proje geliştirme olarak planlanıp uygulandı. Dersler seçmeli ders kuralları gereği 30 tıp öğrencisi ile yapıldı. Saha çalışması için İl Millî Eğitim Müdürlüğü’nden izin alınarak Çapa Atatürk İlköğretim Okulu seçildi. Okul ziyaretlerinde okul müdürü, öğretmen ve öğrencilerle görüşmelerde uygulanmak üzere üç ayrı anket formu hazırlandı. Okul idarecisi ve öğrenci anketleri bir başka çalışma için hazırlanmış olan anket formlarından uyarlandı(3).

I. Okul İdarecisi Anketi(60 soru): Açık ve kapalı uçlu sorularla okulun fiziki özellikleri ve okul sağlığı hizmetlerini;

II. Öğretmen Anketi(19 soru): Tamamı açık sorularla öğrenci ve okul sağlığını etkileyen faktörler konusunda öğretmenlerin görüşlerini;

III. Öğrenci Anketi(48 soru): Çoktan seçmeli sorularla öğrencilerin sağlık davranışlarını sorgulamak üzere geliştirildi.

Çalışılacak sınıflar olarak, 8.sınıflar sınava hazırlandıklarından ve tıp fakültesi öğrencilerinin daha rahat iletişim kurabileceği düşünüldüğünden 6. ve 7. sınıf öğrencileri seçildi. Okulda toplam 6 adet 6. sınıf, 8 adet de 7. sınıf vardı. 6. sınıf öğrencilerinin toplam mevcudu 180, 7. sınıf öğrencilerinin mevcudu ise 209 kişiydi. Görüşme günü seçmeli derse ayrılan süreye denk düşen ilk iki ders saati içerisinde ulaşılabilen 123 öğrenci ile görüşüldü. Bunların 69’u 7., 54’ü ise 6. sınıf öğrencileriydi. Görüşme yapılan sınıfların derslerine sıklıkla giren 10 öğretmene de öğretmen anketi uygulandı.

Görüşmeler tıp fakültesi I.sınıf öğrencileri tarafından müdür, öğretmen ve ilköğretim öğrencileriyle yüz yüze gerçekleştirildi.

Okul idarecisi ve öğretmen görüşmeleriyle toplanan verileri tıp öğrencileri, ilköğretim öğrencilerinden edinilen verileri ise zaman yetersizliği nedeniyle seçmeli dersten sorumlu Halk Sağlığı öğretim üyeleri ve yardımcıları irdeledi ve 5. haftadaki derste tüm sonuçlar toplu halde tartışıldı. Buna göre bu okulda öne çıkan sağlık sorunları belirlendi. Öğrenciler altı gruba ayrıldı, proje hazırlama konusunda bir bilgilendirme yapıldı, ilköğretim 6. ve 7.sınıf öğrencilerinde ön plana çıkan sağlık sorunlarına yönelik birer sağlığı geliştirme projesi hazırlamak ve son derste sunmak üzere gruplar görevlendirildi. Proje içeriği ve yöntemini oluşturma konusu öğrencilerin kendi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

tercihlerine bırakıldı ve bir sonraki derste öğrenciler hazırladıkları projeleri sundular. Ders sonunda da dersten yararlanma ve memnuniyet durumlarını sorgulayan ders değerlendirme anketi uygulandı.

BULGULAR:Okulda toplam 81 öğretmen, 1565 öğrenci vardı. Okulun 1760m² açık alanı, 3816m² kapalı alanı bulunmaktaydı. Sınıf mevcudu ortalaması 27 kişi, sınıflar ise 50m² büyüklüğündeydi. Öğrenci başına düşen alan 1.85m² ile mevzuatta belirlenen asgari 1.2m²'den (4) fazla idi. Okulda müstakil olarak soyunma odası, spor salonu, revir ve kütüphane bulunmaktaydı. Öğretmenler, öğrencilerin sağlık durumlarını en çok etkileyen faktörleri sırasıyla beslenme, sosyal ve ekonomik faktörler olarak sıraladı. Okulda yemekhane bulunmadığından öğrencilerin kantinden veya dışarıdan ayaküstü ve sağlıksız beslendikleri ifade edildi.

Çalışmaya katılan 123 ilköğretim öğrencisinden 71'inin (%57,7) cinsiyeti erkek; 52'sinin (%42,3) kız idi. Öğrencilere hangi tür içecekler tükettikleri sorulduğunda 34 kişi (%27,6) enerji içeceği tükettiğini ifade etti. Kahvaltı yaptığını belirten 101 kişiden 76'sı (%75,2) evde kahvaltı yaptığını söyledi. 77 kişi (%62,6) günde 3 saat ve üzerinde TV ve bilgisayar başında zamanını geçirdiğini söyledi. 54 öğrenci (%43,9) evde sigara içtiğini ifade etti. Evlerde sigara içenlerin 65 tanesi (%52,8) anne ve/veya babadan oluşmaktaydı. 40 öğrenci (%32,5) ağız ve diş problemi olduğunu ifade etti. 20 saniyenin üzerinde ellerini yıkadığını belirtenlerin sayısı 103 (%83,7) idi. 12 öğrenci(%9,8) astım hastalığı; 23 öğrenci (%18,7) miyop olduğunu biliyordu. 33 kişi (%26,8) ise sağlığını "mükemmel" olarak algılıyordu.

"Okulda Sağlık, Toplumda Sağlık" dersinin son aşamasında ise tıp öğrencileri saha çalışmasından çıkardıkları sonuçlarla saptadıkları eksikliklere yönelik projeler geliştirdiler. Sırasıyla öğrencilerin geliştirdikleri projeler şunlardı:

I.Grup : Aktif Nesil Projesi: Düzenli beslenme alışkanlığı, doğayla iç içe spor ve gezi programları ile okul sağlığını geliştirmeyi amaçladılar.

Kontrol Öğrencide Projesi: Öğrenciler ve öğretmenlerin birlikte kantini denetlemelerini önerdiler. Bu şekilde öğrencilere tükettikleri besinleri sorgulama alışkanlığı kazandırmayı amaçladılar.

II.Grup : Sağlıklı Beslenme Projesi: Öğrenci, öğretmen ve velileri beslenme konusunda bilinçlendirmek amacıyla resim, şiir ve kompozisyon yarışmaları düzenlenmesini önerdiler.

III.Grup : Okul Sağlığı Projesi: Öğrencilere kahvaltı alışkanlığı kazandırmak amacıyla kantinlerde uygun fiyatlı ve sağlıklı bir kahvaltı menüsü sunulmasını amaçlayan bir proje hazırladılar.

IV.Grup : Okul Sağlığını Geliştirme Projesi: Öğrencileri sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirmek, kişisel bakım ve beslenme alışkanlıklarını geliştirerek sağlık düzeylerini yükseltmek amacıyla tiyatro ve skeçler düzenlemeyi; hastalıklarla ilgili fotoğraf ve video gösterimini, el yıkama ve hijyenle ilgili afiş ve resimler oluşturmayı önerdiler.

V.Grup : Kantinde satılan gıdaların standartlarını iyileştirmeyi, okula yemekhane açmayı, revirin durumunun iyileştirilmesini ve okulda sağlık personeli bulundurulmasını içeren bir proje önerdiler.

VI.Grup : Kişisel hijyenin korunması, güncel sağlık sorunlarından korunma amacıyla verilecek sağlık eğitiminde film/videolarla desteklenen görsel eğitime ağırlık verilmesini öngören bir proje geliştirdiler.

Dersin sonunda tıp fakültesi öğrencilerine uygulanan değerlendirme anketlerinden öğrencilerin çoğunun topluma dayalı eğitim modelinden memnun kaldıkları görüldü. Dersin uygulama içeriğini çoğunluk yeterli ve gerekli buldu.

TARTIŞMA/SONUÇ VE ÖNERİLER:Tıp eğitimi gelişimsel açıdan üç ayrı dönemde ele alınabilir. Flexner öncesi dönem olarak adlandırılan ve usta çırak modelinin uygulandığı dönemde tıp eğitimi belli bir sistematığe oturmuyordu. 1910 yılında Flexner'in yayınladığı rapor biyomedikal yaklaşımın tıp eğitiminde ağırlık

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kazanmasına neden olmuştur. 1970'den günümüze kadar olan süreçte ise topluma ve probleme dayalı tıp eğitimi önem kazanmıştır(5).

Tıp fakültesine yeni başlamış öğrencilerin koruyucu ve geliştirici sağlık anlayışıyla tanışmasını sağlamak Halk Sağlığı disiplininin önemli bir misyonudur. Henüz meslek eğitiminin başındayken öğrencilere bu yaklaşımın kazandırılması toplum sağlığı açısından önemli bir sorumluluktur. "Okulda Sağlık, Toplumda Sağlık" dersinde saha çalışmaları ve proje hazırlama etkinlikleriyle öğrencilerimizin ders sürecine aktif olarak katılmış olmaları bu dersin olumlu bir yönüdür. Ayrıca ileride hekim olarak hizmet sunacakları toplum gruplarından birini sistemli veri toplayarak tanıma ve okul sağlığı konusunda sağlığı geliştirme programı hazırlama açısından da olumlu bir deneyim edinmişlerdir.

Öğrencilerimizin geliştirdikleri projelerin 2012-2013 eğitim öğretim yılında hayata geçirilmek üzere okul idaresiyle paylaşılması ve tıp öğrencilerinin de bu sürece aktif katılımları planlanmaktadır.

KAYNAKLAR:Özvarış, Ş.B. (2007). Topluma Dayalı Tıp Eğitimi, *Toplum Hekimliği Bülteni*. Cilt 26, Sayı 3.

1. Global minimum essential requirements in medical education. Core Committee, Institute for International Medical Education, *Medical Teacher*, Vol. 24, Number 2, 1 March 2002, pp. 1 30-135(6)
2. Önal AE, Erbil S, Gürtekin B, Ayvaz Ö, Özel S, Cevizci S, Güngör G. (2009). Perception of self health among primary school students and their knowledge of health matters, *Nobel Medicus*, 5:2: 24-28.
3. Tebliğler Dergisi: Mart 2010/2630-Düzeltilme Nisan 2010/2631, *Kurum Açılması ve Kapatılmasına ilişkin Esaslar*, Madde 1.
4. Aytekin, N.T. (2002). Topluma Yönelik-Topluma Dayalı Tıp Eğitimi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 28 (2), s.53-56.

934

TİP II DİYABETLİ HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Filiz Aslantekin¹, Mehmet Yumrutaş², Meral Uysal³

¹Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, ²Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, ³Ankara Üniversitesi

Giriş: Son yıllarda okuryazarlık ve sağlık ilişkisinde, sağlıkla ilgili karar vermede arabulucu faktör olarak kişinin okuryazarlık kapasitesini tanımlayan davranışlar "sağlık okuryazarlığı" olarak kavramsallaştırılmıştır (Baker, 2006,878-883). Kavram, bireylerin iyi sağlığı ilerletmek ve sürdürmek için bilgiye erişme, bunu anlama ve kullanma becerilerini belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal becerilerine atıfta bulunmaktadır (Nutbeam, 2000,15). Sağlık okuryazarlığı kişilerin hastaneler, sağlık ocakları, sağlık merkezleri, eczaneler gibi sağlık hizmetinin sunulduğu yerlerde gereksinimlerini karşılayabilmek için gerekli temel okuma, yazma ve sayısal işlev yeterlilikleri temeline dayanan becerileri ifade etmektedir (AMA, 1999). Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti ortamında belli girişimleri yapma yeterliliği olarak düşünüldüğünde bunun hem bireyin hem de sağlık hizmeti sisteminin özelliklerine dayanması gerektiği ileri sürülmektedir. Bu durumda sağlık sistemi içinde sigorta kapsamında hangi hizmetlerin alınabileceğinden, hastanelerdeki muayene ve test için başvuru işlemleri, sağlık personeli ile kurulacak iletişim, eczaneden ilaç alınması, ilaçların kullanılmasına kadar pek çok işlev bulunmaktadır. Bu bakış açısına göre sağlık okuryazarlığı, bireyin bir sağlık hizmeti aldığı süreçte pek çok işlevi yönetmek üzere gösterdiği dinamik halidir (Baker, 2006). Bu çalışma tip II diyabetli hastaların sağlık okuryazarlık durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmaya 01 - 30 Aralık 2010 tarihleri arasında Ankara Numune EAH Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve görüşmeyi kabul eden 307 tip II

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

diyabet hastası dahil edilmiştir. Sosyodemografik bilgileri ve sağlık okuryazarlığını değerlendiren anket formu katılımcılara yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Sağlık okuryazarlık durumunu tespit etmek için hastaların kontrollerine düzenli gitme durumları, hastaneye tek başına gelebilme durumları, evde şeker takibi, HbA1C ölçümünü bilmeleri, ilaçlarını kullanma alışkanlıkları, beslenme, egzersiz, ayak bakımı, sigara- alkol kullanma durumları, komplikasyonlara karşı koruyucu olarak göz kontrollerine gitme, grip aşısı olma durumları, bitkisel ilaç kullanma durumu, bilgilenecek için okuma durumları, hastanede verilen dokümanları ve talimatları okuma, anlama, diyabet eğitimlerine katılma durumları, hastalıklarıyla ilgili mevzuatı takip etmeleri, diyabetle ilgili bir derneğe üye olmaları, süreç yönetimi için günlük kayıt tutmaları gibi bazı bilgi ve davranışları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 307 kişinin %62,8'i kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %81,4'ü ise 44 ve üzeri yaş grubunda yer almakta olup %23,1'i okuryazar değil %9,8'i okuryazar ve %33,6'sı ilköğretim mezunu olup, %82,4'ü evlidir. Katılımcıların %53,3'ü gelir getiren herhangi bir işte çalışmamakta olup bu grupta ev hanımları da yer almaktadır. Sürekli bir işte çalışan ve düzenli gelire sahip olanların sıklığı %41,2 olarak bulunmuş olup bu grupta emekliler de yer almakta ve %97,7'sinin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Gelir durumlarına bakıldığında %52'sinin 900 TL ve altında gelire sahip olduğu ve gelir durumlarını %41'i kötü olarak tanımladığı görülmektedir. Katılımcıların %60,1'i 5 yıl ve daha uzun süredir şeker hastası olduklarını belirtmektedirler.

Katılımcıların genel okuma yazma beceri düzeylerinin %71,2 oranında iyi olduğunu ifade ettikleri ancak önemli ölçüde (%38,8) okuma yazma becerilerinde sıkıntı yaşadıkları görülmektedir. Okuma yazma pratiklerine bakıldığında ise katılımcıların yaklaşık yarısı (%48,7) genellikle gazete okuma alışkanlığı olmadığı ve %58,1'inin de kitap okumadıkları belirlenmiştir.

Katılımcıların yaklaşık 1/5'inin şeker yemenin şeker hastalığına sebep olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Katılımcıların %22,5'i tek başına hastaneye gelememekte olup nedeninin en çok okumaz yazmazlık ve fiziksel nedenler ve sağlık personeli ile iyi iletişim kuramamanın yer aldığı saptanmıştır.

Katılımcıların %66,5'i hemogloblin HbA1C değerini bilmemekte ve sadece %6,5'i bu testin sonucunu hatırlamaktadır. "3x1" ilaç kullanımı ne demektir sorusunu katılımcıların %33,9'u doğru cevaplayamamış ya da yanıtlamamış olup, %90'ı düzenli ilaç kullandıklarını ifade etmiştir. Seçkin'in (2008) çalışmasında hastaların %0,3'ü HbA1C'nin önemini veya anlamını bilmekte olduğu ve HbA1C'nin hedef değer bilgisine sahip olmadığı saptanmıştır. Baker'ın çalışmasında hastaların sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde yazılı reçete bilgilerini anlamakta başarısızlık yaşadığı belirtilmektedir (Baker, 2006). Williams ve arkadaşlarının, çalışmasında hastaların 1/3'ü basit sağlık eğitim materyallerini okuyamamaktadır. Çalışmanın diğer bulgularına göre, hastaların %42'sinin aç karnına ilaç alması direktifini, %26'sının bir sonraki randevu tarihini, %43'ünün hastanın sigorta uygulamaları konusunda hak ve sorumluluklarını ve hastaların %60'unda standart hasta onam formlarını anlamadıkları belirlenmiştir (Williams ve ark. 1995, 1677-1682).

Zamir ve Peterburg'un makalelerinde belirttiği gibi sağlık okuryazarlığı açık bilginin sadece iletilmesinden daha ileriye gitmek ve bilgilendirilmiş kararlara dayalı olarak harekete geçmek için motivasyonu, becerileri ve güveni artırabilmekse şayet, araştırılacak göstergeler bu kurguların ölçümleri olmalıdır. Bu anlamda Tip 2 DM hastalar için fiziksel aktivite yapma, kilo verme, sigarayı bırakma gibi konularda hedef belirleme ve uygulamayı tanımlamaktadırlar. Bu çalışmada da bu yönden yapılan değerlendirmede katılımcıların %74,9'u beslenme konusunda doktor veya beslenme uzmanı tarafından diyet reçetesi verildiğini ve nasıl uygulayacağını açıkladığını ifade ederken ancak %44,6'sı diyetlerine uymadıklarını belirtmektedir. Seçkin'in (2008) çalışmasında hastaların % 85,9'u diyet tavsiyesi olduğu halde tam olarak uygulayamadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların yarısından fazlası (%58,8'i) tavsiye edilen egzersizleri yapmadıklarını ifade ederken neden olarak da günlük işleri egzersiz olarak varsaydığını belirtmektedir. Katılımcıların %74,3'ünün ayak bakımını (ılık su ile yıkama, kurulama, vazelinleme gibi) her gün yapmadıkları saptanmıştır. Ayak bakımını yapmayan katılımcıların %46,5'i abdest aldığı için günde 5 kez ayaklarını yıkadığını bunun da bir bakım olduğunu belirtirken, %34,2'si sadece ayağını yıkadığını, 3/4'ü ise ayak bakımı hakkında eğitim almadıklarını ifade etmektedir. Sigaranın diyabet hastaları üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Katılımcılar arasında sigara içenlerden %38,6'sı ve alkol kullanan katılımcılardan da %41,2'si tanı aldıktan sonra diyabet açısından risk oluşturan bu alışkanlıklarını bıraktıklarını ifade etmektedir. Katılımcıların % 36,5'i, hastalığın en önemli komplikasyonlarından olan görme problemleri ile ilgili risk yönetimleri açısından yılda 1 kez olmaları gereken kontrolleri

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yaptırmadıklarını belirtmektedir. Bununla birlikte grip aşısı yaptırmama (%81,1) ve hastalığa ilişkin kimlik taşıyamama (%88,6) durumunun daha yaygın olduğu görülmektedir. Seçkin (2008) çalışmasında, hastaların % 1'i son bir yılda grip aşısı olduğunu ve %53'ü göz bebeği genişletilerek göz muayenesi yaptırdığını ifade etmiştir. Bu bulgulara göre sağlık okuryazarlığını tanımlayan davranışların arasında sorgulanan ayak bakımı, diyet uyum, egzersiz yapma, gibi süreç yönetimine etkisi olan eylemlerin çalışma grubunda oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların hastalık sürecindeki risklerin yönetimine ilişkin sigara ve alkol kullanımı, yıllık göz kontrolleri, aşı yaptırmama gibi davranışlarda çok yetersizdir. Bu durum katılımcıların hastalıklarına ilişkin bilinç düzeylerinin ve dolayısıyla sağlık okuryazarlıklarının yetersiz olduğuna işaret etmektedir.

Katılımcıların yaklaşık yarısının hastalığıyla ilgili doküman okumadıkları tespit edilmiştir. Hastalıklarıyla ilgili okuma yapmama nedenlerine bakıldığında %38,3'ünün okuma alışkanlığı olmamasından, %19,2'sinin de sağlık personelinin anlattıklarını yeterli bulmalarından dolayı okuma yapmadıkları belirtilmektedir. Katılımcıların %52,5'inin okuma alışkanlıklarının olmaması ve okuma düzeylerini yeterli bulmamaları temel okuryazarlık becerilerindeki yetersizliği göstermektedir. Ayrıca %44,6'sı şeker hastalığına ilişkin verilen yazılı dokümanlarda (onam formları, broşür vs.) tıbbi kelimelerin olmasından dolayı anlayamadıklarını, çok fazla yazı içerdiğinden dolayı da okumayı sıkıcı bulduklarını belirtmektedirler. Diyabetli hastaları kapsamına alan çalışmalar, sınırlı bir işlevsel sağlık okuryazarlığına sahip olanların hastalıkları hakkında bilgilerinin zayıf olduğunu (Williams ve diğerleri 1998b; Powell ve diğerleri, 2007,144-151), doktorlarıyla iletişimlerinde göze çarpan zorluklarla karşılaştıklarını ve kavrama becerilerinin düşük olduğunu bildirmektedir (Schillinger ve diğerleri, 2004, Castro ve diğerleri 2007, 85-95).

Katılımcılar hastalığıyla ilgili eğitim toplantılarına katılmama nedenini %60,1'i hastanede böyle bir eğitim olduğunu bilmemeleri şeklinde belirtmektedir. Diğer seçeneğini belirtenlerin içinde %72'si vaktinin olmadığını ve geri kalanı ise ihtiyaç duymadığını belirtmektedir. Katılımcılar arasında eğitimlerin yararlı olduğunu düşünenlerin sıklığı %85'tir. Ancak tedaviyi doğrudan etkileyen ve bireylerin öz yeterliliklerini güçlendiren diyabet eğitiminin yararlı olmadığını düşünen katılımcıların (%13,8), hastalığın önemini kavrayamadığını ya da verilen eğitime inanmadıklarını düşündürmektedir. Katılımcıların eğitim programlarından beklentilerine ilişkin soruya grubun yaklaşık 1/4'ü cevap vermiştir ve %51,9'unun beklentisinin, eğitimcinin tıbbi kelimeler kullanmamasını ve anlaşılır kelimelerle anlatmasının olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitimlerde anlatılanlardan yararlanabilmeleri için bilginin anlaşılır olması, bilginin benimsenmesi için yol gösterilmesi ve motivasyon sağlanması esastır. Bu anlamda katılımcıların beklentileri son derece önemlidir.

Katılımcıların %95,8'i hastalıkları hakkında bilgilenmek üzere en güvenilir bilgi kaynağı olarak doktoru görmektedir. Katılımcıların %40,3'ü doktorun kendilerine 5-9 dakika vakit ayırdığını ifade etmektedir. Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili doktoruyla görüşmeler sırasındaki iletişimlerine ilişkin yaşantılarını ifade ettikleri bu soruda, katılımcıların %60,3'ü kendilerine sunulan olumsuz önermeleri ifade ederlerken, %39,7'side "diğer" seçeneğinde, sıklıkla doktorlarından memnun olduklarını, doktorlarının kendileriyle yakından ilgilendikleri, destek oldukları, güven verdikleri ve yeterince açıklamalar yaparak kendilerini rahatlattıkları yönünde olumlu duygu ve yaşantılarını belirtmişlerdir. Sağlık personeli ile iletişim son derece önemlidir. Zira hastaların doktoruna olan güven ve inancı tedaviye bağlılığını sağlama ve süreç yönetiminde iyi bir işbirliği ile başarılı olmasına imkan sağlamaktadır.

Sonuç: Bu bulgular ışığında toplumun sağlık okuryazarlığı davranışı olarak tanımlanan pek çok durumda düşük sağlık okuryazarı olarak değerlendirilmiştir. Aleksandra ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düşük okuryazarlık düzeyi, hastanın sağlığına dair tavsiyeleri anlamasını olumsuz etkileyebilmekte, tıbbi sorunlarını çözme becerilerini sınırlamaktadır. Çalışma, temel sağlık hizmeti alan hastalarda işlevsel sağlık okuryazarlığından kaynaklanan sorunların yaygın olduğunu göstermiş ve bu konuda daha fazla gözlem yapılmasının gerekliliğini vurgulamıştır. (Aleksandra, Vesna ve Jelena,2009).

Düşük sağlık okuryazarlığı, çoğu hastanın sağlık sisteminde alacağı hizmeti bulabilmesi ve kronik hastalıklar yönetebilmesine etki eden bir problem olarak yüzleştiği bir sorundur. Düşük sağlık okuryazarlığının diyabetli hastalarda kötü glisemik kontrol ile yetersiz hastalık bilgisi arasında önemli bir ilişki vardır (Powell, ve ark., 2007). Düşük sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip hastalar, bir ilaç şişesinin üstündeki etiketi okumadan kan şekeri değerlerini ve ilaç alım çizelgesini yorumlamaya veya randevu kartlarını, eğitim kitapçıklarını ya da bilgilendirilmiş hasta onam formlarını anlamlandırmaya kadar uzanan güçlüklerle karşı karşıya kalır. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastalar sadece okuma güçlükleri yaşamaz, aynı zamanda sözlü iletişim kurma ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

riskleri kavramsallaştırmada sıkıntılar yaşayabilir (Doak ve ark., 996). Yetersiz okuryazarlığın, hastaların kendi hastalıklarının teşhis ve tedavisini anlamalarında ve yüksek kalitede tedavi görmelerinde önemli bir engel olabildiği sonucuna varılmıştır (Williams, 1995, 1677-1682).

Sonuçlar doğrultusunda, kesin tedavisi olmayan kronik bir hastalık olarak yaşam boyu kişinin yaşamının bir parçası olarak diyabetin iyi kontrolü için, bireyin sağlık okuryazarlığı davranışlarının geliştirilmesi son derece önemlidir. Hastaların kendi süreçlerinin yönetiminde sorumluluk almaları temel gerekliliktir. Bu sorumluluğu sahiplenme kapasiteleri kişilerin sağlık okuryazarlık davranışlarının geliştirilmesi ile mümkün olabilir. Kronik hastalığı olan hastaların sağlık okuryazarlığının artırılmasında hastalık yönetimi yaklaşımlarının başarılı sonuçlar verdiği gösterilmiştir (Pleasant ve Kuruvilla, 2008). Bunun geliştirilmesi için hastalara anlayabildikleri yöntemlerle, anlayabildikleri düzeyde süreç yönetimlerine ilişkin bilgi verilmesi, hastalıklarının kontrolü için yapması gereken davranışların ve uygulamaların öğretilmesi, sağlık personeli ile iletişim kurarken hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin farkında olunarak yaklaşım gösterilmesi gerekmektedir. Eğitim materyali olarak kullanılan broşür ve afişlerin tıbbi terim kullanılmaksızın basit ve anlaşılır bir dille yazılması daha uygun olacaktır. Türkiye’de sağlık okuryazarlığının belirlenmesine ilişkin yapılan çalışmaların sayısı son derece yetersizdir. Ülke genelinde düzeyin belirlenmesi, maliyetler üzerine etkisinin tespit edilmesi, hastalar açısından sorunun ne olduğunun anlaşılmasını sağlayarak, hizmetteki aksayan noktaların ve maliyet üzerine etkisi tespit edilerek çözüm noktasında ışık tutacaktır.

KAYNAKÇA:Aleksandra, J., Vesna, B., Jelena, M., (2009). Functional Health Literacy among Primary Health-Care Patients: data from Belgrade pilot study. *Journal of Public Health*. Vol. 31, [Abstract], p.490-495

American Medical Association. (AMA) (1999). Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557.

Baker, D.W. (2006). The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 21, 878–883.

Doak CC, Doak LG, Root JH. *Teaching Patients With Low Literacy Skills*. Philadelphia, Pa: JB Lippincott; 1996;

Nutbeam, D. (2000). “Health literacy as public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century” *Health Promotion International*, 15 (3).

Pleasant A., Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy”, *Health Promotion International*, Vol. 23, 152-159,

Powell, C.K, Hill, E.G., Clancy, D.E. (2007). The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *Diabetes Educ* [Abstract]; 33:144– 151,

Seçkin, Y. (2008). “Sivas İl Merkezi’ndeki Sağlık Ocaklarına Müracaat Eden Tip II Diyabet Hastalarının Diyabetik Bakım Kalitesini Etkileyen Önemli Muayene Ve Tetkikler Konusundaki Bilgi Ve Uygulamaları” *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*, Sivas

Williams, M.V., Parker, R.M., Baker, D.W, Parikh N.S., Pitkin, K., Coates, W.C., Nurss, J.R. (1995). “Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at Two Public Hospitals” *JAMA*. Vol.274, no. 21, :1677-1682

Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A., Piette, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Educ Couns* 52:315–323,

Castro, C.M., Wilson, C., Wang, F., Schillinger, D. (2007). Babel babble: physicians’ use of unclarified medical jargon with patients. *Am J Health Behav* [Abstract]; 31:s85–95.

Zamir, D.L., ve Peterburg, Y. (2001). “Health Literacy İn Health Systems Perspectives On Patient Self Management İn Israil” *Health Promotion International*, Vol.16, 18-23, No.1

ŞANLIURFA'DA 2007 ve 2011 YILLARINDA PRATİSYEN HEKİMLERİN VİRAL HEPATİTLERLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

İbrahim Koruk¹, Süda Tekin Koruk², Canan Demir¹, Seher^{Kutlu3}, Suzan Havlioğlu⁴

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, ³Şanlıurfa Sağlık Müdürlüğü, ⁴Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü

GİRİŞ VE AMAÇ:Halen dünyada yaklaşık 2 milyar hepatit B virüsü (HBV) ile infekte hasta ve yaklaşık 150 milyon kronik hepatit C hastası olduğu bildirilmektedir. Şanlıurfa il merkezinde ise HBsAg seropozitifliği %4.2, anti-HCV seropozitifliği ise %1.0 olarak belirtilmektedir.

Hekimlerin hem kendilerini hem de hastalarını koruyabilmeleri, nitelikli sağlık hizmeti verebilmeleri, viral hepatitli hastalarını ve yakınlarına doğru danışmanlık yapabilmeleri için bu konuda yeterince bilgili olmaları gerekmektedir. Yapılan araştırmalarda, sağlık çalışanları, tıp fakültesi öğrencileri ve araştırma görevlilerinin viral hepatit hastalığına yönelik eksiklikleri ortaya koyulmakta, bu eksikliklerin giderilmesinde çözüm önerisi olarak temel eğitimin ve sürekli tıp eğitiminin önemi vurgulanmaktadır.

Bu araştırmada 2007 ve 2011 yıllarında Şanlıurfa'daki pratisyen hekimlerin hepatitlerle ilgili bilgi düzeylerindeki değişimi göstermek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM:Araştırma, tanımlayıcı tiptedir. Şanlıurfa'da çalışan pratisyen hekimler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. 2007 ve 2011 yıllarında pratisyen hekimlerin hepatitlerle ilgili bilgi durumları karşılaştırılmıştır. 2007 yılında viral hepatitlerle ilgili düzenlenen bir hizmet içi eğitim toplantısı katılan hekimlere bilgi düzeyine yönelik anket uygulanmıştır. Sağlık ocaklarında görev yapan ve sadece kent merkezinden 94 pratisyen hekim katılmış ve katılım düzeyi %95 olarak saptanmıştır(1). 2011 yılında aynı konu ile ilgili olarak yapılan bir başka hizmet içi eğitim toplantısı öncesinde aynı anket tekrar uygulanmıştır. İl merkezi ve ilçelerde görev yapan 233 aile hekimi katılmış ve katılım düzeyi % 51.8 olmuştur. Anketleri katılımcılar kendileri doldürmüştür. Hepatit tiplerine yönelik soruda, hekimlerin bildikleri hepatitleri yazmaları istenmiştir. Hepatit tipleri ile ilgili yazılmayanlar ve hiç cevap verilmeyenler bilmiyor olarak, diğer sorulara ilişkin boş bırakılanlar yanlış cevaplarla birlikte değerlendirilmiştir. Çoktan seçmeli soruların yanlış cevapları analizlerde "diğer" olarak birleştirilmiştir.

2007 yılında katılanların sadece kent merkezinden olması, 2011 yılında katılanların hem merkez hem de ilçelerden olması araştırmanın en önemli sınırlılığıdır.

Elde edilen veriler SPSS 11.5 programı ile analiz edilmiş, verilerin istatistiksel analizinde Mann-Whitney U ve Ki Kare testleri kullanılmıştır.

BULGULAR:2007 yılında araştırmaya katılan hekimlerin %61.7'si erkek iken, 2011 yılında katılanların %76.7'si erkektir(Ki kare=6.791 P=0.009). 2007 yılında hekimlerin yaş ortalaması 29.6±6.5(median=27.5) yıl iken 2011 de 32.0±7.4(median=30.0) yıl bulunmuştur(M-W U=6431.0 P=0.001). Hekimlerin meslekte çalışma süresi ortalamaları 2007 yılında 4.5±5.8(median= 2.00) yıl iken 2011 de 6.5±6.6(median=4.00) yıl olarak saptanmıştır(M-W U= 6369.5 P<0.001).

Hekimlerin, 2007 yılında %59.6'sı, 2011 yılında %55.4'ü viral hepatitlerle ilgili bilgi düzeylerini yeterli bulduğunu ifade etmiştir(Ki kare=0.32 P=0.56). Hekimlerin, 2007 yılında Hepatit A, B, C, D, E, G etkenlerini bilme yüzdesi sırası ile %95.7, %96.8, %95.7, %90.4, %78.7, %33.0 iken 2011 yılında Hepatit A, B, C, D, E, G etkenlerini bilme yüzdesi sırası ile %95.7, %95.7, %95.7, %92.3, %87.1, %0.0 olarak saptanmıştır(sırası ile Ki kare=0.000 P=0.988, Ki kare=0.212 P=0.645, Ki kare=0.000 P=0.988, Ki kare= 0.302 P=0.582, Ki kare=3.650 P=0.056, Ki kare=84.888 P=0.000).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hekimlerin Hepatit B'ye karşı aşılama düzeyleri 2007 ve 2011 yıllarında sırası ile %84 ve %82.0 olarak saptanmıştır(Ki kare=0.08 P=0.77).

Hepatitlerle ilgili olarak bilgi düzeyini yeterli bulanlar 2007 yılında %59.6 iken 2011 yılında %55.4 bulunmuştur(Ki kare= 0.32 P=0.56).Hepatit A virüsü ile karşılaşmamış erişkinlerin aşılama gerektğini belirtenler, 2007 yılında %25.5 iken 2011 de %48.5'e yükselmiştir(Ki kare=13.58 P<0.001). Gebeye HBsAg testi yapılması gerektğini belirtenler, 2007 yılında %94.7 iken 2011 de %97.4 olarak saptanmıştır(Fisher'in Kesin Testi P=0.30). Gebeye hepatit B aşısı uygulanabileceğini belirtenler, 2007 yılında %64.9, 2011 de %75.8'i olarak saptanmıştır(Ki kare= 3.43 p=0.06). Hepatit B taşıyıcısı olan annenin bebeğine aşı ile Hepatit B hiperimmünglobulin uygulanması gerektğini belirtenler, 2007 yılında %89.4, 2011 de %88.4 olarak saptanmıştır(Ki kare= 0.003 p=0.95).

Kronik viral hepatit B'nin tedavisinin başarısının çok yüksek olduğunu belirtenler, 2007 yılında %21.7, 2011 de %30.5 olarak saptanmıştır(Ki kare= 2.38 p=0.12). Kronik viral hepatit C'nin tedavisinin başarısının çok yüksek olduğunu belirtenler, 2007 yılında %9.6, 2011 de %12.4 olarak saptanmıştır(Ki kare= 0.29 p=0.58). Akut viral hepatitlerin bildirilmesi gerektğini belirtenler, 2007 yılında %73.4 iken 2011 de %79.4 olarak saptanmıştır(Ki kare= 1.06 p=0.30).

TARTIŞMA ve SONUÇ:2007 yılında katılımcılar daha genç yaşlarda ve meslekte geçirilen süre daha az iken 2011 yılında beklenildiği gibi yaş ve meslekte geçirilen süre artmıştır. 2011 yılında katılımcı kadın hekim düzeyi düşmüştür. Bu durum, Şanlıurfa'daki kadın hekim dağılımı ile ilgili olabilir.

Çetin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada meslekte geçen sürenin deneyimi arttırmasına ve hizmeti içi eğitim alma olasılığının artmasına bağlı olarak bilgi düzeyinin arttığını bildirmişlerdir(2). Ancak, bu çalışmada 4 yıllık bir sürede hekimlerde önemli bir bilgi değişikliği olmadığı gözlenmektedir. Bu, hem 2007 ve hem de 2011 yıllarında hekimlerin meslekte geçirilen sürelerinin çok fazla olmaması ile ilgili olabilir.

Hekimler tarafından bilinen hepatit tipleri 2007 ve 2011 yılları arasında önemli bir değişiklik göstermemiştir. En çok bilinen hepatit etkenleri A, B ve C virusleridir. Akgül ve arkadaşları da bu üç etkenin en çok bilindiğini bildirmişlerdir (3). Ancak en az bilinen hepatit etkeni olan Hepatit G'yi bilenler 2011 yılında daha da düşük bulunmuştur. Etkenin bilinmesi, muhtemelen bu etken ile karşılaşılma sıklığı ile ilgilidir.

Hekimlerin son 4 yıl içerisinde hekimlerin bilgi düzeylerinde önemli bir değişiklik olmamakla birlikte, bazı konularda önemli bilgi eksiklikleri devam etmektedir. Doğru cevaplama düzeyi düşük olmakla birlikte sadece hepatit A aşısı endikasyonunu bilenlerde artış olmuştur. Bunda ilde bu etkenle sık karşılaşılması bir neden olabilir.

Hem 2007 hem de 2011 yıllarında, gebelere HBsAg taraması yapılmasının gerekliliği ve hepatit B taşıyıcısı olan annenin bebeğine Aşı + Hiper Ig uygulanması gerekliliği yönünde oldukça yüksek cevaplar verilmiştir. Muhtemelen bu nedenle önemli bir değişiklik gözlenmemiştir. Çetin ve arkadaşları da bu konuda bilgi düzeyini oldukça yüksek bulmuşlardır².

Kronik viral hepatit B nin ve kronik viral hepatit C nin etkili tedavisi olduğu yönündeki cevaplar oldukça düşük bulunmuştur. Yıllar içerisinde de bilgi düzeyinde bir değişiklik olmamıştır. Çetin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hepatit B'nin tedavisi ile ilgili doğru cevap verenler oldukça düşük bulunmuştur².

2007 ve 2011 yıllarında hekimler arasında hepatit B aşılama %80 düzeyindedir. Ancak risk altındaki bir grup olarak bu düzeyin daha da yükseltilmesi önemlidir.

Sonuç olarak hekimlerin bu konudaki bilgi eksiklikleri devam etmektedir. Eksiklik hizmet içi eğitimlerle tamamlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Hizmet içi eğitim, hekim, viral hepatit

KAYNAKLAR:

1. Tekin Koruk S, Alpua Z, Koruk İ. Şanlıurfa İl Merkezinde Pratisyen Hekimlerin Viral Hepatitlerle İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Viral Hepatit Dergisi 2009; 14: 21-26
2. Çetin M, Temiz M, Aslan A, Turhan E. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi araştırma görevlilerinin hepatit B virusu enfeksiyonuna ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Viral Hepatit Derg 2007; 12: 121-7
3. Akgül S, Gündüz T, Borand H, İspir B, Ötnü AV. Hastane personellerinin hepatit B hakkında bilgi düzeyleri ve HBV serolojik markerlerinin araştırılması. Viral Hepatit Dergisi 2005; 10: 54-7.

789

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN TIPTA UZMANLIK TERCİHLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Çiğdem Öz, Gülsen Güneş, Elvan Türkol, Erdem Yılmaz

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Tıpta uzmanlık eğitimi sonucunda uzman hekim olanların, insan sağlığı, hastalık tanı ve tedavisinde doğrudan yetkinlik kazanması nedeniyle uzmanlık eğitimi büyük öneme sahiptir. Böylesine önemli olan bir konuda yapılacak olan seçim, hekimler açısından doğrudan, sağlık hizmeti alacak olan toplum için de dolaylı etkiler yaratacaktır.¹

Her tıp dalı farklı bilimsel ve sanatsal özellik gerektirmektedir. Bazı branşlar birbirlerine yakın özellikler gösterirken, bazıları ise birbirlerinden oldukça farklı faaliyetler içermektedirler. Bireysel özelliklere ve kişilerin beklentilerine göre farklı tıp dallarında başarı ve mutluluk oranları değişebilir. Kişilerin tıp eğitimi sırasında edindikleri deneyimler bu kararı verirken önemli bir avantaj oluşturmaktadır.²

Bireysel farklılıklar, eğitim, aile yapısı ve diğer birçok faktör sebebiyle kişiler, farklı düşünce, istek ve ilgilere sahip olabilirler. Bu farklılık meslek seçimi için geçerli olduğu gibi uzmanlık seçimi için de geçerlidir. Yani her hekimin her alana bakış açısı ve beklentisi farklıdır.²Yapılan birçok araştırmada, özellikle kariyer seçiminde bireylerin kişisel özellikleri üzerinde yoğunlaşmıştır.³

Tıp alanında yapılan kariyer tercihi ve alan seçimi öğrencinin akademik başarısını, performansını ve dolayısıyla toplum sağlığını etkileyen bir unsur olarak görülmüş ve bu konuda bir araştırma planlanmıştır. Bu çalışma ile İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem I, II, III, IV, V ve VI öğrencilerinin mezuniyet sonrası yaşamlarında önemli yeri olan TUS alan tercihleri ve tercihlerini etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Araştırma İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2011-2012 Eğitim ve Öğretim yılında devam eden öğrencilerin, Tıpta Uzmanlık Sınavı tercihleri ve etkileyen faktörlerin araştırılması amacıyla yapılan kesitsel tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini 2011-2012 Eğitim Öğretim yılları arasında, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinde okuyan dönem I, II, III, IV, V, VI öğrencilerinin oluşturduğu 242 kız, 321 erkek olmak üzere toplam 563 öğrenci oluşturdu. Örneklem seçme yoluna gidilmeden tüm popülasyon çalışmaya dahil edildi. Anket formları, uygulama yapıldığı anda derse devam eden öğrenciler tarafından dolduruldu. Araştırmaya katılım oranı % 75'tir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri: sosyo-demografik özellikler, tercihi etkileyecek faktörler, genel sağlık durumları (GSA puanları), bağımlı değişkenleri: branşların tercih edilme durumlarıdır. Bu araştırmada öğrencilerin, demografik özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen; içerisinde uzmanlık sınavında branşların tercih edilme durumları ve etkileyen faktörlerin sınıdığı (beşli likert tipi) "Demografik Bilgi Formu" ve öğrencilerin genel sağlık durumlarını belirlemek üzere Goldberg (1972) tarafından geliştirilen, Kılıç (1996) tarafından ülkemize uyarlanan GSA-12 anket formu kullanıldı. Branşların tercih edilme durumları "kesinlikle hayır, fikrim yok, belki, büyük olasılıkla, kesinlikle evet" olarak kodlandı.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

GSA-12 anket sorularından a ve b şıklarına "0", c ve d şıklarına ise "1" puan verilmekte ve katılımcılar maximum 12, minimum 0 puan alabilmektedirler. GSA-12 birçok ülkede farklı dillerde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve DSÖ tarafından çok merkezli bir araştırmada tarama testi olarak kullanılmıştır.⁴

Araştırmayla ilgili veri toplama araçları gözlemsel anket olarak uygulandıktan sonra, her bir veri seti araştırmacı tarafından kontrol edilerek, bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Elde edilen veriler, SPSS 15.0 versiyonu ile analiz edilmiştir. İstatistiksel analizler için yüzde dağılımları, ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi ve One Way Anova Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına giren 420 öğrencinin %53,1'i erkek, %46,9'u kadın, %55,5'i 21-23 yaşları arasında ve yaş ortalaması 21,78±2,01'dir. Yüzde 98,8'i bekar olan öğrencilerin %18,3'nün aylık geliri 100 TL'nin altındadır. Öğrencilerin %21,7'si dönem I, %24,3'ü dönem II, %26,2'si dönem III, %16,4'ü dönem IV, %7,6'si dönem V, %3,8'i ise dönem VI öğrencisidir.

Göz hastalıkları ilk tercih olarak öğrencilerin %15,47'si tarafından en çok istenen bölüm olmuştur. Diğer bölümler ise istenme sırasıyla; Kardiyoloji, Kadın Hastalıkları Doğum ve Psikiyatri, Pediatri, Kulak Burun Boğaz olmuştur.

Araştırma kapsamına giren dönem I, II, III öğrencilerinin %18,7'si, dönem IV, V, VI öğrencilerinin ise %6,2'si Kadın Hastalıkları ve Doğumu tercih edebileceklerini belirtmişlerdir (p<0,05). Dönem I, II, III öğrencilerinin %18'i, dönem IV, V, VI öğrencilerinin ise %9,8'i Pediatriyi tercih edebileceklerini belirtmişlerdir (p<0,05). Dönem I, II, III öğrencilerinin %20,2'si, dönem IV, V, VI öğrencilerinin ise %11,6'sı Psikiyatriyi tercih edebileceklerini belirtmişlerdir (p<0,05). Araştırma kapsamına giren erkek öğrencilerin %38'i, kız öğrencilerin ise %23,9'u Cerrahi Bölümleri tercih edebileceklerini belirtmişlerdir (p<0,05). Erkek öğrencilerin %9,7'si, kız öğrencilerin ise %21,2'si Kadın Hastalıkları ve Doğum branşını tercih edebileceklerini belirtmişlerdir (p<0,05). Erkek öğrencilerin %13,5'i, kız öğrencilerin %4,2'si Aile Hekimliğini tercih edebileceklerini belirtmişlerdir. Halk Sağlığı erkek öğrencilerin %7,7'si, kız öğrencilerin %1,1 tarafından tercih edilmiştir (p<0,05).

Yaşları 18-20 arasında olan öğrencilerin %1,9'u, 21-23 arasında olan öğrencilerin %2,3'ü, 23 yaşından büyük olanların ise %9,5'i Temel Tıp bölümlerini tercih edebileceklerini belirtmişlerdir (p<0,05).

Cerrahi Bölümleri tercih etmede asistanlık süresi etkisinin puan ortalaması 2.85±1.20 olup, önemli bulunmuştur. Temel Tıp Bölümlerini tercih etmede, toplumun bakış açısı faktörü etkisinin puan ortalaması 3.53±1.24 olup, önemli bulunmuştur. Öğrencilerin kendi ifadelerine göre Temel Tıp Bölümlerini tercih etmede, sevilen hocaların etkisi puan ortalaması 2.26±1.48 olup, önemli bulunmuştur Temel Tıp Bölümlerini tercih etmede, hocaların asistanlara karşı olan tutumu puan ortalaması 1.73±1.16 olup, tercih etmeyenlerinkinden istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Cerrahi Bölümleri tercih etmede, tutulan nöbet sayısı etkisinin puan ortalaması 2.73±1.05 olup, önemli bulunmuştur. Kadın Hastalıkları ve Doğumu tercih etmede, maddi getirisinin yüksek olması faktörünün puan ortalaması 1.74±0.70 olup, anlamlı olarak faktörün etkisi yüksek bulunmuştur. Kadın Hastalıkları ve Doğumu tercih etmede, bölümün gelecekteki konumu faktörünün puan ortalaması 1.38±0.64 olup, önemli bulunmuştur. Pediatri Bölümünü tercih edenlerde, branşı sevme faktörünün puan ortalaması 1.13±0.34 olup, tercih etmeyenlere göre önemli derecede yüksek ve anlamlı bulunmuştur.

Pediatri Bölümünü tercih edenlerde, malpraktis davaların olması faktörünün puan ortalaması 3.05±1.05 olup, önemli bulunmuştur. Psikiyatri Bölümünü tercih etmede, bölümün maddi getirisi faktörü puan ortalaması 1.86±0.87 olup, anlamlı bulunmuştur. Psikiyatri Bölümünü tercih edenlerde, bölümün akademik kariyer açısından avantajı faktörünün puan ortalaması 1.94±0.98 olup, tercih etmeyenlere göre önemli derecede yüksek ve anlamlı bulunmuştur.

Öğrencilerden Temel Tıp Bölümünü tercih edenlerde, bölümün "yaşam stiline uyumu" faktörü puan ortalaması 1.26±0.45 olup, etmeyenlere göre yüksek bulunmuştur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Uzmanlık sınavında branşların tercih edilme durumlarıyla GSA Puanları arasında Anova yapıldı ve anlamlı bir fark bulunmadı.

Anahtar Kelimeler: Tıp Eğitimi, TUS, GSA

Tartışma, Sonuç ve Öneriler:Tıp öğrencilerinin en fazla tercih ettiği branş “Göz” bölümüdür. Diğerleri sırasıyla Kardiyoloji, Kadın Hastalıkları Doğum ve Psikiyatri, Pediatri, Kulak Burun Boğaz olmuştur.

Araştırma kapsamına giren dönem I, II, III öğrencilerinin Kadın Hastalıkları ve Doğum, Pediatri ve Psikiyatri bölümlerini tercih etme durumları, dönem IV, V, VI öğrencilerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu bize ilk üç yılda klinik çalışma şartları hakkında neredeyse hiç bilgisi olmayan öğrencilerin, IV. sınıf itibariyle klinik hayatla tanışmaya başlaması ve sonraki yıllarda eğitimlerini klinik branşlarda tamamlamaları sebebiyle bu branşlardan uzaklaşmış olma ihtimalini akıllara getirmektedir. Ayrıca öğrenciler IV. sınıf ve sonrasında artan ders yoğunluğu ile daha spesifik çalışmalar yapma gerekliliği düşüncesiyle bu branşları daha az tercih etmeye başlamış olabilirler.

Çalışmamızda araştırma kapsamına giren erkek öğrenciler, Cerrahi branşları kız öğrencilere göre daha fazla, tercih ederken, kız öğrenciler ise Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünü erkek öğrencilere göre daha fazla tercih etmişlerdir. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalarla uyum göstermektedir.^{5,6,7}

Temel Tıp bilimlerini tercih eden öğrencilerle tercih etmeyen öğrenciler kıyaslandığında Toplumun ilgili bölüme bakış açısı ve aile ekonomik düzeyi faktörlerinin etkisi düşüktür. Ancak hocaların asistanlara karşı tutumu faktörü Temel Tıp bilimlerini tercih etmede öğrenciler için olumlu yönde etki yapmıştır. Temel Tıp Bilimlerinin, öğrencilerin yaşam tarzlarına daha uygun olması tercih edilme sebebi olarak bulunmuştur.

Cerrahi bölümleri tercih eden öğrencilerin tercihlerini etkileyen faktörlerden asistanlık süresi ve tutulan nöbet sayısı daha az etkili iken daha fazla bilimsel araştırma yapabilme faktörü daha etkilidir.

Kadın Hastalıkları Doğumu ve Psikiyatri bölümünü tercih etmede, maddi getirisinin yüksek olması faktörü puan ortalaması, tercih etmeyen öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak tıp öğrencileri, ileride maddi getirisi çok olan ya da daha rahat olarak gördükleri branşları istemektedir. Tıp eğitimin, ülkenin gereksinimlerine uygun ve daha idealist doktorlar yetiştirilmesi amacıyla gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Ayrıca açılan Tıpta Uzmanlık Kadroları, hekimlerin yaşamlarını çok zorlayacak nitelikte olmaması için gerekli insan gücü planlaması yapılmalıdır.

KAYNAKLAR :

1. Tunç T, Özen KR.Role conflict, role ambiguity, and burnout in nurses and physicians at a university hospital in Turkey. *Nursing and Health Sciences* 2009; 11: 410-16.
2. Yoney H, Yavuz DG. Tıpta Uzmanlık Seçimi. Marmara Üniversitesi Yayınları 2010; 10-7
3. Saigal P, Takemura Y, Nishiue T, Feters MD: Factors considered by medical students when formulating their specialty preferences in Japan: findings from a qualitative study. *BMC Med Educ* 2007, 11:7-31.
4. Kılıç C, Rezaki M, Rezaki B, et. al. General Health Questionnaire: Psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 327-31.
5. Factors Affecting Choice of Specialty Among First-year Medical Students of Four Universities in Different Regions of Turkey.

6. Factors affecting medical students in formulating their specialty preferences in Jordan

7. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW: The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996–2003. *Acad Med* 2005, 80:791-6

669

İSTANBUL İLİ KAMU HASTANELERİNDE DÜZENLENEN HASTA OKULLARININ DEĞERLENDİRMESİ

Mukaddes Miral¹, İbrahim Topçu², Emine Ekici², Safiye Şahin³

¹İstanbul Sağlık Müdürlüğü²İstanbul Halk Sağlık Müdürlüğü, ³Kırkırelili Üniv.

GİRİŞ AMAÇ:Hasta eğitimi, bütün dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık sisteminin önemli bir parçası haline gelmiştir. Fakat ülkemizde yapılan çalışmalar hasta eğitiminin hala sistemli ve planlı olarak yürütülmediğini göstermektedir^{1,2,3,4,5,9}.

Hasta okulları, zamanları kısıtlı olan sağlık personeli eğitimcisine hastalarına daha uzun ve daha sık, daha organize ve daha eğitimsel bakım sunmaları için zaman tanır. Bu yöntemde aynı hastalığa sahip hasta ve yakınlarından oluşturulan grup belirlenen tarihlerde birlikte eğitime alınır. Sağlık personeli hastalarına eğitim verirken hastalar da deneyimlerini paylaşırlar. Böylece zaman tasarrufu sağlanırken eğitimci de eğitime odaklanabilir⁶.

İlk olarak 07 Kasım 2000 tarihinde İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından başlatılan Hasta Okulu bir çok kurum tarafından örnek alınmıştır. Ancak İstanbul Tıp Fakültesi dışında devamlılığı sağlanamamıştır. İstanbul Sağlık Müdürlüğü tarafından 2007 yılında hasta okulu programları başlatılmış olup, programlar geliştirilerek devam etmektedir.

2007 yılında hasta okulu programı başlatılma aşamasında, hasta okulu programı düzenleyen bütün kurumlarla görüşmeler yapılmış, devamlılığını sağlayamayan kurumlar ile yapılan görüşmelerde ise ana sorunun hasta katılımını sağlamakta olduğu belirlenmiştir. Eğitim verilecek kişiler dikkate alındığında sağlık eğitimini etkileyen birçok etmen olduğu görülmektedir. Eğitimcilerin bu etmenleri dikkate alması eğitimin başarısı açısından oldukça önemlidir⁷.

Hasta eğitiminin planlama aşamasından itibaren hedef grubun özelliklerini dikkate alınmalıdır. Bu nedenle, hasta okulunun katılımcı profilini ve ileriye dönük eğitim taleplerini belirlemek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM:Araştırma İstanbul ilinde 2010 yılında gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı olarak planlanan çalışmada, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı 17 Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 121 tane hasta okulu eğitimi yapılmıştır. Eğitim verilen 7076 kişiden anket doldurmayı kabul eden 2342 kişiye anket formu doldurtulmuştur.

Anket formu, katılımcıların sosyo-demografik verileri, hasta okuluna ilişkin düşüncelerini içeren sorulardan oluşmaktadır. Anketlerden elde edilen veriler bilgisayar aracılığı ile SPSS 11.5 programı kullanılarak tablo ve grafik haline getirilmiştir. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde frekans ve yüzdeler kullanılmıştır. Değişkenlerin arasındaki farklar ise K-Kare testiyle değerlendirilmiştir.

BULGULAR:Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında her yaş grubundan birbirine yakın oranlarda katılım olduğu görülmüştür. En küçük katılımcının yaşı 9, en büyük katılımcının 96'dır.

Katılımcıların %45 olmak üzere en büyük grubunu ilkökul eğitim düzeyine sahip hastalar oluşturmaktadır. Üniversite düzeyine sahip hastaların oranı %13'tür.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcıların %43'ü çalışmayan, % 37'si ise emeklilerden oluşmaktadır. Çalışan oranı ise %20'dir.

Katılımcıların gelir düzeylerine bakıldığında %53 oranla en büyük çoğunluğu 500-1000 TL gelir düzeyine sahip grup oluşturmaktadır. 2000 TL üzeri alan katılımcı sayısı % 4 ile en az gruptur.

Katılımcılar, en çok (%40) sağlık personeli yönlendirmesi ile hasta okullarından haberdar olduklarını belirtirken, %26 oranında afişler, %18 oranında ise arkadaşlarının tavsiyesi etkili olmuştur.

Katılımcıların % 80'i hasta okulunda sorularına cevap bulduğunu belirtirken, %93'ü hasta okulu programlarına tekrar katılmak istediklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların %81'i hasta okulu programlarının hastane ortamında yürütülmesini isterken, %12'si sağlık ocaklarında, %7'si ise halk eğitim merkezlerinde yapılmasını talep etmiştir. %1 oranında televizyon tercih edilirken, sadece 1 kişi internet ortamında, 2 kişi de okullarda yapılması yönünde öneride bulunmuştur.

Eğitimlerin ne şekilde anlatılmasını istedikleri sorulduğunda katılımcıların %87'si eğitim salonunda soru-cevap şeklinde, %9'u televizyon programı şeklinde, %2 oranında ise gazetede yazı dizisi ve internet ortamında web eğitimi şeklinde belirtmiştir.

Katılımcılar hasta okulu programlarını %51 oranında öğleden sonra, %20 oranında öğlen arasında, %29 oranında da öğleden önce yapılmasını talep etmişlerdir.

Katılımcıların çalışma durumları ve eğitim için talep ettiği saat incelendiğinde; çalışan, emekli ve çalışmama doğrultusunda öğleden önceyi talep oranı düşmekte, öğleden sonrayı talep oranı ise artmaktadır. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($X^2= 18,226$ $df=4$ $p=0,001$).

Katılımcıların eğitim durumları ve hasta okulunda sorularına cevap bulabilme durumları incelendiğinde, eğitim düzeyinin yükselmesi ile hasta okulunda sorularına cevap bulabilme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($X^2=8,547$ $df=4$ $p=0,073$).

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile hasta okulundan haberdar olma şekilleri karşılaştırıldığında; okuma yazması olmayan grubun en çok sağlık personeli yönlendirmesi (%58) ile, üniversite mezunu katılımcıların ise en çok afişler (%43) sayesinde hasta okulu programından haberdar oldukları belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık personeli ve arkadaş yönlendirmesi etkisini düşürmüş, afişin etkisi artmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. ($X^2=145,683$ $df=24$ $p=0,000$).

Hasta okulu katılımcılarının hasta okulu hakkındaki düşünceleri sorulduğunda, katılımcıların %88'i hasta okulu eğitimlerini iyi olarak değerlendirirken, %12'si ise eğitimlerin geliştirilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Katılımcılar, hasta okulunda anlatılmasını istediği konular sorusuna, ilgi alanları doğrultusunda tüm hastalıklar ve sağlık konularında bilgi sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir.

Genel görüş ve öneriler kısmında ise eğitimlerin faydalı olduğunu, eğitim duyurularının daha etkin duruma getirilerek eğitimlerin yaygınlaştırılması gerektiğini dile getirmişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER:Çalışmamıza katılanların yaş dağılımı birbirine benzerdir. Bunun sebebi hasta okullarında her yaş dönemine ait konuların yer almasıdır. Aybey E.'nin yine İstanbul Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı hastanelerin hasta okullarında yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun ileri yaşlarda (≤ 40 yaş %58) olduğu belirlenmiştir¹¹. Karadenizli ve arkadaşlarının 19 Mayıs Üniversitesi Hastanesinde yapmış olduğu çalışmada da benzer (≤ 45 yaş %60,4) sonuca ulaşılmıştır¹². Bu çalışmalarda anlatılan konular incelendiğinde daha çok orta yaş ve üzerine hitap eden konular olduğu görülmektedir.

En büyük katılımcı grubu (%45) ilkökul eğitim düzeyine sahip bireylerin oluşturduğu görülmüştür. Aybey E.'nin çalışmasında da benzer bir sonuç (%52 ilkökul) elde edilmiştir¹¹. Ancak Karadenizli D. ve arkadaşlarının yapmış

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

olduğu çalışmada büyük çoğunluğun (%61) lise mezunu olduğu belirlenmiştir¹². Bu durumun sebebi çalışmanın üniversite hastanesinde yapılmış olması olabilir.

Çalışma durumunun hasta okuluna katılımı engelleyeceğini düşünmemize rağmen katılımcıların 1/5'i çalışan gruptan oluşmaktadır.

Katılımcıların eğitim için talep ettiği saat incelendiğinde % 51 oranında öğleden sonra eğitimi talep ettikleri, daha sonra öğleden önceyi, en son olarak öğlen arası saatleri tercih ettikleri görülmektedir. Bu durum, hasta okulu programları planlanırken dikkate alınmalıdır. Çalışan grup için mesai sonrası ve hafta sonu gruplarının olması katılımı daha da arttıracaktır.

Katılımcıların gelir düzeylerine bakıldığında en büyük grubu düşük gelir düzeyine sahip grup oluşturmaktadır. 2000 TL üzeri gelir düzeyine sahip katılımcı sayısı % 5 ile en az gruptur. Aybey E.'nin çalışması da bu durumu destekler tarzdadır. Bu durumun sebebi, katılımcı grubun gelir düzeyi doğrultusunda internet ortamına ulaşımındaki zorluk olduğu kadar, hastaların bireysel sorularını sormak üzere yüz yüze iletişimi tercih etmesi (Hasta okulu programları %87 oranında eğitim salonlarında soru-cevap şeklinde yürütülmesi talep edilmiştir.) de olabilir.

Hasta eğitiminin aile hekimliği birimlerinde verilebileceği düşünülse; hasta okulu programlarının yürütüleceği ortam olarak katılımcılarımızın %81'si hastaneyi, %12'si sağlık ocaklarını (Aile Hekimliği Birimi), %7'si halk eğitim merkezlerini, %2'si internet ortamını, %1'i televizyonu, 2 kişi de okulları tercih etmiştir. Bu durumun sebebi, hastaların bireysel sorularını sormak üzere yüz yüze iletişimi tercih etmesi, katılımcı grubun gelir düzeyi doğrultusunda internet ortamına ulaşımındaki zorluk, tedavi olduğu kurum olarak güvenilir bilgiye ulaşma isteği olabilir. Bununla birlikte, sağlık çalışanları tedavi edici ve önleyici hizmetlerde sağlık eğitiminin önemini kavramalı ve uygun her ortamda sağlık eğitimi vermelidir^{7,8}.

Katılımcıların eğitim durumları ve hasta okulunda sorularına cevap bulabilme durumları incelendiğinde, bir fark gözlenememiştir. Bu durumun sebebi, hasta okulu eğitimlerinde hastaların soruları için zaman ayrılmış olması olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların hasta okullarına yönelik yaptığı tek öneri; duyuruların artırılması ve yaygınlaştırılması yönünde olmuştur. Katılımcıların en fazla sağlık personeli yönlendirmesi, afiş ve arkadaş tavsiyesi ile programdan haberdar oldukları belirlenmiştir. Karadenizli D. ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuca ulaşılmıştır¹². Katılımcıların eğitim düzeyleri ve hasta okulundan haberdar olma şekilleri karşılaştırıldığında; okuma yazması olmayan grubun en çok sağlık personeli yönlendirmesi (%58) ile, üniversite mezunu katılımcıların ise en çok afişler (%43) sayesinde hasta okulu programından haberdar oldukları belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık personeli ve arkadaş yönlendirmesi etkisini düşürmüş, afişin etkisi artmıştır. Program duyurusu yapılırken bu durum dikkate alınmalıdır.

Katılımcı profilinde her yaş grubundan hastaların olması sebebiyle, hangi konularda eğitim talep ettikleri sorulduğunda, hemen hemen sağlıkla ilgili her konudan talep gelmiştir.

Sağlık personelinin hastaları ile daha olumlu bir bağlantı kurarak başarılı sonuçlar alması bu hasta okullarının sayı ve kalitesinin artması ile sağlanabilir¹⁰. Ülkemizde çok fazla olmayan bu okulların geliştirilerek yaygınlaştırılması ve sağlık eğitiminin etkinliğinin artırılması gerekmektedir. Bu programlar düzenlenirken katılımcı grubun özellik ve talepleri dikkate alınmalıdır.

KAYNAKLAR:Avşar G., Kaşıkçı M. "Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu" Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12: 3

1. Özcan H. "Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları" Yüksek Lisans Tezi Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD, Edirne – 2008
2. "Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler, Türkiye'de Diyabet Profili, Diyabet Bakım, İzlem ve Tedavisinde Mevcut Durum Değerlendirmesi Çalıştay Raporu" 2009

3. Avşar G. "Klinik Hemşirelerinin Uyguladıkları Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi" Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları ABD, Erzurum, 2006
4. Güneş P. "Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi." Sivas: Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Ens. Hemş. Prog.; 2001.
5. Yaman H., Akdeniz M., Katırcı E. "Birinci Basamakta Diyabet Eğitimi Ve 5 Dakikalık Yaşamsal Set" Nobel Medicus;2010;6:1
6. Kocaçal E."Hasta Eğitimi"<http://hemsireyiz.biz/forums/thread/34540.aspx>
7. Aktürk Z."Nedeni ve Nasılıyla Sağlık Eğitimi." Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. Sağlıkta Nabız Dergisi, 2005;17.
8. Batkın D., Çetinkaya F. "Diabetes Mellitus Hastalarının Ayak Bakımı ve Diabetik Ayak Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları" Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 2005;14:1
9. Göksoy T. "Hasta Okulu" <http://www.turgutgoksoy.com/detay.asp?pageid=653>
10. Aybey E. "İstanbul İlindeki Hasta Okullarını Değerlendirmeye Yönelik Bir Araştırma" Beykent Üniversitesi Yüksek Lisans Bitirme Projesi, İstanbul, 2009
11. Karadenizli D., Akpolat T, Karagöz F, Yalçın BM, Sarıkaya Ş "Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nce Düzenlenen Hasta Eğitim Seminerlerinin Değerlendirilmesi" I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı 09– 12 Kasım 2006 Marmaris, Muğla

933

İSTANBUL İLİNDE KADIN KANSERLERİNE YÖNELİK EĞİTİCİ EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Didem Kafadar, Fulya Ak Yıldız, Songül Yanık, Çiğdem Savaş, İbrahim Topçu

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Kadınlarda; en sık görülen kanserler arasında ilk sırada meme kanseri bulunurken, en sık ilk on kanser arasında da kadın genital kanserleri yer almaktadır. Tarama programlarında yer alan meme ve serviks kanserlerinin yanısıra endometriyum ve over kanserleri hakkında da sağlık personelinin ve halkın bilgilendirilmesi yoluyla meme ve kadın genital kanserlerinin morbidite ve mortalitesinin azalmasını sağlamak için eğitim faaliyetlerini arttırmak planlandı. Hizmetiçi ve halk eğitimlerini veren sağlık çalışanlarının da kadın kanserleri ve kendi kendine meme muayenesini (KKMM) de doğru uygulama konusunda bilgilerinin artırılması için çalışmalarına yeni kurulan İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Birimi olarak devam eden İstanbul Sağlık Müdürlüğü Kanser Kontrol Birimi tarafından eğitimler düzenlendi. Çalışmamızda eğitime katılanların eğitimlerle ilgili görüşlerini değerlendirmek ve Kanser Birimi tarafından daha ileride planlanacak sağlık eğitimi çalışmalarının etkinliğini arttırmak amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma 2011 Aralık ve 2012 Ocak-Şubat aylarında gerçekleştirildi. İlin toplum sağlığı merkezleri ve devlet hastanelerinde çalışan eğitimden sorumlu sağlık personeli her ay iki grup olacak şekilde 3 ay içerisinde 6 grup halinde meme ve kadın genital kanserleri konularında konunun uzmanları tarafından hazırlanan bir gün süreli eğitici eğitimlerine alındı. Eğitimlerde video sunumlar ve görsel materyal de kullanıldı. KKMM eğitimi için tasarlanmış 3 farklı maket eşliğinde katılımcılara birebir kendi kendine meme muayenesi teknikleri gösterildi ve katılımcıların da her 3 makette de teknikleri uygulamaları sağlandı. Eğitimi alanların bu eğitimleri; hizmetiçi ve halk eğitimleri halinde devam ettirmelerinin beklendiği bildirildi. Eğitimler sonunda Birimce hazırlanan 9 açık uçlu sorudan oluşan eğitim değerlendirme anket formları dağıtıldı. Anketler eğitimler sonlanınca toplu olarak değerlendirildi.

Bulgular: Eğitimlere 160 kişi katıldı, anketi 143(%89) kişi yanıtladı. Katılımcıların %50 si 1-4 yıl arası eğitimden sorumlu olarak çalıştığını bildirdi. Bir yıldan az eğitimle ilgilenenlerin oranı % 17 ve 10 yıl üstü eğitimle ilgilenenler yine % 17 olarak bulundu. Benzer bir eğitim aldığını ifade eden % 83 katılımcı bulunuyordu. % 72 katılımcı bilgilerinin güncellenmesi ve eğitimlerde faydalanacağı bilgileri arttırma beklentisiyle katıldığını, % 97 katılımcı eğitimin beklentilerini karşıladığını ve eğitime katılmaktan memnun olduğunu belirtti. Yapılan eğitim ile ilgili görüş ve önerileri sorulduğunda soruyu yanıtlayanlardan % 45 katılımcı eğitimi olumlu bulduğunu ve eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması gerektiğini belirtti. % 8 katılımcı eğitimin sadeleştirilmesi gerektiğini, %9

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

eğitimin daha çok görsel materyal ve vaka sunumu gibi eğitim teknikleri açısından desteklenmesi gerektiğini, % 5 katılımcı ise sağlık personeli ve halkın taramalarını gerçekleştirebilmesi için kurumlarca çeşitli girişimlerde bulunulması gerektiğini belirtti.

Tartışma,Sonuç ve Öneriler: Anket çalışmasında verilen eğitimin beklentileri karşıladığı ancak katılımcıların çoğunun benzer eğitimleri aldığı görüldü. Eğitimin küçük gruplar halinde verilmesi ve özellikle KKMM eğitimlerinin maket üzerinde gerçekleştirilmesi olumlu karşılandı. Meme kanseri ve kadın genital kanserleri eğitimlerinde geniş kitlelere ulaşmak için öncelikle bu eğitimleri verecek kişilerin eğitilmesi ve beklentilerinin karşılanması gerekmektedir. Sık karşılaşılan ve kanser taramalarında öncelik verilen bu kanserlere yönelik eğitimler birçok kere tekrarlanmaktadır. Farklı metodlar kullanılarak ve çeşitli eğitim teknikleri ile uygulamalı eğitimlerden faydalanılarak eğitimlerin zenginleştirilmesi gerektiği görüşüne varıldı. Sağlık çalışanları hem eğitim almış birey olmaları hem de işlerinde sağlıkla ilgili sorumluluk almış olmaları açısından toplumda uygun sağlık davranışları geliştirme yönünde örnek davranış sergiledikleri düşünülen bir grubu oluşturmaktadır.(1) Toplumun danıştığı bu gruba yönelik kanserde birincil korumayı hedefleyen farkındalık yaratılması ve arttırılmasına yönelik eğitimlere önem verilmelidir.(2) Sağlık eğitimine katılacak grubun eğitim ihtiyaçları, eğitim içeriği, öğretim ve öğrenme metodları, ve uygulama imkanları eğitimden önce araştırılıp planlanmalıdır.(3) Hizmetiçi ve halk eğitimlerinde de maket eğitimi gibi uygulamalı eğitimler yapılmalı görsel iletişimden faydalanılmalıdır. Toplumun özellikle erken tanı ve tarama konularında bilgilenip bilinçlendirilmesi, sağlık alışkanlık ve davranışlarının kanserden korunmaya yönelik değiştirilmesi için sağlık eğitimine de önem verilmesi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler:Genital kanser, KKMM, anket, maket, meme kanseri.

Kaynaklar:1.[Kadaoui N, Guay M, Baron G, St-Cerny J, Lemaire. Breast cancer screening practices for women aged 35 to 49 and 70 and older. J.Can Fam Physician. 2012 Jan;58\(1\):e47-53.](#)

2.[Gürdal SÖ, Saraçoğlu GV, Oran EŞ, Yankol Y, Soybir GR. The effects of educational level on breast cancer awareness: a cross-sectional study in Turkey. Asian Pac J Cancer Prev. 2012;13\(1\):295-300.](#)

3.[Mann KV, Sutton E, Frank B. Twelve tips for preparing residents as teachers. Med Teach. 2007 May;29\(4\):301-6.](#)

741

İSTANBUL'DA OKUL SAĞLIĞI EĞİTİM FAALİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mukaddes Miral¹, Emine Ekici², İbrahim Topçu²

¹İstanbul Sağlık Müdürlüğü , ²İstanbul Halk Sağlığı M.

AMAÇ: Okul çağı çocukların fiziksel,bilişsel ve sosyal yönden büyüme ve gelişimlerinin hızlandığı,beslenme alışkanlıklarının geliştiği ve sağlıklı yaşamın temellerinin atıldığı bir dönemdir. Bu çağlarda verilecek eğitim birey olma yolundaki çocuğun gelişimi için çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı sağlık eğitimi yoluyla öğrencilerin sağlık bilincini geliştirmek ve uzun vadede sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirmektir. Bu kapsamda İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından; 2006 yılından itibaren İstanbul'daki Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ilköğretim okullarında öğrenim gören öğrencilere belirli konularda sağlık eğitimleri başlatılmıştır. Bu çalışma 2006-2012 yılları arasındaki İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından ilköğretim okullarında yürütülen sağlık eğitimlerini kapsamaktadır.

GEREC VE YONTEM: Bu çalışma tanımlayıcı olarak planlanmıştır. 2006 yılında İl Milli Eğitim Müdürlüğü ile Sağlık Müdürlüğü arasında yapılan protokolle okul sağlığı eğitimleri başlamıştır. 2006 yılında İstanbul'daki tüm okullar çalışma kapsamına alınmıştır. Ancak sonraki yıllarda eğitimci personel sıkıntısı nedeni ile ulaşılabilen okullarda eğitimler yapılmıştır. Sağlık Grup Başkanlıklarında görevli eğitimden sorumlu hekim ve hemşirelerden

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

(78 kişi) okul sağlığı eğitim ekipleri oluşturulmuştur. Okul sağlığı eğitim ekipleri İstanbul Üniversitesi Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü tarafından Pedagojik Formasyon sertifika programından geçirilmiştir. Ayrıca her eğitim öncesinde ilgili konuda eğitici eğitimi verilmiştir Sağlık Müdürlüğü, Milli Eğitim Müdürlüğü ve Eğitim Fakültesi öğretim üyesinden oluşan bir komisyon tarafından İlköğretim öğrencilerine uygun 7 konu başlığı belirlenmiştir.

Konu başlıkları;

3. sınıflara Aralık ayında sunulmak üzere "Kişisel Temizlik"
4. sınıflara Kasım ayında sunulmak üzere "Sağlıklı Beslenme"
5. sınıflara Mayıs ayında sunulmak üzere "Hareketli Yaşam ve Fiziksel Aktivite"
6. sınıflara Ekim ayında sunulmak üzere "Grip"
7. sınıflara Ocak-şubat ayında sunulmak üzere "Ergeenin Dünyası ve İletişim"
8. sınıflara Nisan ayında sunulmak üzere "Kanser"
9. sınıflara Mart ayında sunulmak üzere "Stresle Başetme Yolları"'dır.

Her konu için çalışacak ayrı komisyonlar oluşturulmuş, komisyonlarda; okul sağlığı eğitimlerinden sorumlu bir hekim ve bir eğitim hemşiresi, konu hakkında uzman kişi, eğitim psikolojisi uzmanı, Sağlık Müdürlüğünden ve Milli Eğitim Müdürlüğü'nden bir yetkili yer almıştır. Eğitim materyalleri (eğitim sunusu, kısa film, afiş, broşür, etiket, veli mektubu, diş fırçalama takvimi vb.) bu komisyon danışmanlığında hazırlanmıştır.

Komisyon toplantıları sonucunda hazırlanan broşür, etiket, veli mektubu, temizlik paketi, diş fırçalama takvimi, buz dolabı magneti çoğaltılarak eğitimler sırasında dağıtılmıştır.

Yapılan eğitim çalışmaları geliştirilen standart bir formla her ay Sağlık Grup Başkanlıkları tarafından Sağlık Müdürlüğüne bildirilmistir.

Bu çalışmada 2006 yılından beri verilen sağlık eğitimlerinin sayıları paylaşılmaktadır.

Ayrıca eğitimlerin değerlendirilmesine yönelik öntest-sontest çalışmaları da yapılmıştır. Ancak uzun vadeli planlanan böyle bir eğitim programında değerlendirme noktasında sıkıntılar yaşanmıştır.

BULGULAR:

2006-2007 öğretim döneminde 4.310.005 öğrenciye,

2007-2008 öğretim döneminde 1.184.682 öğrenciye,

2008-2009 eğitim döneminde 1.146.936 öğrenciye,

2009-2010 öğretim döneminde 1.129.176 öğrenciye,

2010-2011 öğretim döneminde 628.560 öğrenciye,

2011-2012 öğretim döneminde 378.202 öğrenciye ulaşılmıştır.

Öğrenci eğitimleri, öğretmen ve veli eğitimleri ile desteklenmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

SONUÇ VE ONERILER ; Okul çocuklarında sağlık bilincinin oluşturulması sağlıklı nesiller oluşturulmasında önemli bir adımdır. İstanbul Sağlık Müdürlüğü okul sağlığı eğitimlerini geri bildirimler doğrultusunda her yıl revize ederek daha kaliteli eğitim hizmeti vermek üzere çalışmalarını sürdürmektedir. 2. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Sonuç Bildirgesi'nde de okul sağlığı hizmetlerinin proje düzeyinde değil, toplum sağlığı ve okul tabanında planlanıp, yürütülmesi ve bu hizmetin sağlık eğitimi ile birlikte çevre sağlığı hizmeti, beslenme, sağlık taraması, sağlık sorunu olan öğrencilerin takip edilmesi, psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde multidisipliner bir yaklaşım ile sürdürülmesi gerektiği belirtilmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: İlköğretim, Sağlık, Eğitim

8-Çevre Sağlığı

763

1.SANAYİNİN İNSAN VE ÇEVRE SAĞLIĞINA ETKİLERİ SEMPOZYUMU, EDİRNE, 2012

Muzaffer Eskiocak¹, Burcu Tokuç¹, Faruk Yorulmaz¹, Galip Ekuklu¹, Cumhuriyet Pekdemir², Gamze Varol Saraçoğlu³

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fak., ²TMMOB Makina Müh.Odası, ³ Namık Kemal Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Ondördüncü Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Sonuç Bildirgesinde, sanayileşmenin çevre üzerinde önemli değişikliklere neden olduğu ve çevredeki bu değişikliklerin insan sağlığı üzerine etkisini araştıran epidemiyolojik çalışmalara gereksinim duyulduğu, bu tür araştırmalara ağırlık verilmesi ve bu çalışmaların önündeki engellerin kaldırılması gerektiği bildirilmiştir. Ne yazık ki, Ülkemizde sanayileşmenin sağlık üzerindeki etkilerini değerlendiren çalışmaların sayısı yok denecek kadar azdır. Bu tür çalışmalara katkı sağlamak üzere, Marmara Bölgesinde sanayinin çevre ve insan sağlığına etkilerini saptamaya yönelik kısa, orta ve uzun erimde yapılabilecekler /yapılması gerekenlere ilişkin parametre ve yöntem önerilerini paylaşmak amaçlı "1.Sanayinin İnsan ve Çevre Sağlığına Etkileri Sempozyumu, Edirne, 2012" düzenlenmiştir. Bu çalışmanın amacı Sempozyumun hazırlık, gerçekleştirme ve sonuçlarına ilişkin bilgi paylaşımıdır.

Gereç ve Yöntem: Sempozyum 25 Mayıs 2012 tarihinde Edirne'de gerçekleştirilmiştir. Veriler sempozyuma hazırlık notları, sonuç bildirgesi ve Edirne'deki Düzenleme Kurulu üyelerinin sempozyum değerlendirmelerinden derlenmiştir.

Bulgular: Sempozyum Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne Tabip Odası, TMMOB Makine Mühendisleri Odası Edirne Şubesi ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği katkı ve katılımlarıyla gerçekleştirilmiştir. Sempozyum'a çeşitli meslek gruplarından 67 akademisyen ile birlikte toplam 104 dinleyici katıldı. Sempozyum 4 oturum ve 1 forum şeklinde düzenlendi. Sabah yapılan iki toplantıda sanayi ile ilişkili hava ve su kirliliği konuşulurken; öğleden sonraki oturumda ise sanayi ile toprak kirliliği ve sosyal yaşam arasındaki ilişki irdelendi. Forumda deneyimler paylaşıldı, çözüm önerileri neler yapılabileceği tartışıldı. Oturumlar ilgili bakanlığın il müdürünün ildeki izlemlerde kullanılan parametreler ve ölçüm sonuçları; halk sağlığı profesyonelinin kirleticilerin olası sağlık etkilerinin izlenmesi ve çevre/ziraat/jeoloji mühendisi/ sosyal bilimcinin izlem parametre ve yöntemlerine ilişkin ek/alternatif önerilerinin paylaşımı çerçevesinde kurgulandı. Bakanlıkların il yönetimlerinden katkı planlanan 3 oturumun yalnızca 1'ne katılım sağlanabildi.

Sempozyumda özetle:

1. İçinde yaşadığımız dönemde bilim insanı olma sorumluluğu vurgulandı.
2. Kirleticilere maruz kalanların ya da bu konuda çalışan bilim insanlarının bedel ödediği paylaşıldı.
3. Yaşam döngümüze giren kirleticilerin yeterince saptan(a)maması ve sağlıkla ilgili sonuçların-kanıtların ortaya kon(a)mamasının kirlenmenin sürdürülmesine dayanak olduğu bir süreçten geçildiği konuşuldu.
4. Çarpık kentleşme, akılcı olmayan tarımsal politikalar, uygun olmayan endüstriyel yapılanma ile sürdürülebilir bir kalkınmanın gerçekleştirilmesinin olanaklı olmadığı vurgulandı.
5. Hava, su ve topraktaki kirlenmenin belirlenmesi için bilimsel çalışmalar yapılması, sonuçlarının saptanması, çalışma yöntem ve gereçlerinin paylaşım tartışılması gerektiği belirtildi.
6. Endüstriyel yoğunlaşmanın insan, hayvan ve bitki sağlığını doğrudan ve/veya dolaylı olarak etkilediği bilimsel kanıtlar ile ortaya kondu.

Sempozyum'da belirlenen bu sorunlara yönelik olarak da aşağıdaki eylem planları önerildi;

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Sanayinin insan ve çevre sağlığına verebileceği zararın önlenmesi açısından ülkemizde çok sayıda olumlu deneyimler vardır. Bu deneyimler paylaşılmalıdır.
- İnsan ve çevre sağlığını korumak amaçlı mücadele anlamlıdır ve değerlidir.
- Bilim insanları kirlenme ve etkilenme boyutlarına ilişkin bilimsel kanıtları üretmekle uğraşırken, politik üstyapı insanlığın diğer ülkelerde yaşadığı felaketlerden ders alarak benzerlerinin bizim ülkemizde de yaşanmaması için; kirlenme öder yerine kirlenmemeyi, riski/kirlenmeyi önlemeyi kural haline getirmelidir.

Bu bağlamda;

1. Çevre sorun ve olaylarını izleyecek etkili sistemler kurulması için girişimlere başlanmalıdır.
2. Kirlilik kaynakları ve nedenleri zamanında saptanmalı ve akılcı çözüm önerileri geliştirilmelidir.
3. Karşı duruş yasal ölçüler içinde örgütlenilmelidir.
4. Minimum zarar, maksimum yarar anlayışı ile gerekli politikalar oluşturulmalıdır. Mevzuatın titiz biçimde uygulanması sağlanmalıdır.
5. Bu konuda halkın bilgi ve duyarlılığı artırılmalı, yasal çerçevede haklarını savunmak üzere harekete geçmeleri sağlanmalıdır. Duyarlılık geliştirmek için yasal sınırlar içinde protesto, etkinlik vb. yapılmalıdır.
6. Ormanlar sanayi, konut alanları ya da tarım arazileri için yok edilmemelidir.
7. Yeraltı su kaynaklarının tüketimi ya da kirlenmesinin önüne geçilmelidir.
8. Su kirliliğini, fiziksel, kimyasal ve biyolojik kirlilik boyutuyla ölçmek standart analizlerde kolaylık sağlayabilir. Ölçümlerin bu şekilde yapılması sağlanmalıdır.
9. Ergene Havzası'nda noktasal kaynakların (evsel ve endüstriyel) analizi öncelikli olmak üzere dağılan kolların kirliliği belirlenmeli, kirlilik analizleri yapılmalıdır. Ergene Nehrinin nehir olarak kalabilmesi için ekosistemle uyumluluk göstermesi gerektiği akılda tutulmalıdır. Arıtma sonrasında da, nehrin debisi üzerinden deşarj yapılması sağlanmalıdır.
10. Kalkınmanın sürdürülebilir olabilmesi için, gerekli sosyal ve yönetsel mekanizmaların oluşturulması gereklidir.
11. Zorunlu göç ve nedenlerinin ortadan kaldırılması için gerekli demografik ve epidemiyolojik çalışmaların yapılması ve sonuçların paylaşılması önemlidir.
12. Sağlık sorunları ve olaylarının nedenlerini çevresel zeminde inceleyen epidemiyolojik araştırmalar yapılmalıdır.
13. Yönetim çevre sağlığına yönelik yapılması hedeflenen bilimsel çalışmalarda kolaylaştırıcı olmalıdır. Bu şekilde bilimsel araştırmalardan elde edilen sonuçlar endüstri baskısının arttığı ülkemizde sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleşmesinde yol gösterici olacaktır.

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler: Kirleticilerin insan sağlığına etkilerini gösteren bilimsel kanıtların üretil(e)memiş yokluğu halkın sağlığını korumaya yönelik önlemlerin alınmaması için dayanak olmamalıdır. Kirleticilerin alıcı ortamlara arıtım olmadan salınmasının sonuçlarının her kirlenme sürecinde kanıtlanmasını beklemek, bir faaliyet insan sağlığına veya çevreye zarar verme tehdidi oluşturuyorsa, neden sonuç ilişkisi bilimsel olarak tam olarak kanıtlanmamış olsa bile gerekli önlemlerin alınmasını gerektiren ihtiyatlılık ilkesini (1) hiçe saymak anlamına gelecektir. Sanayinin alıcı ortamlara saldığı atıkların hastalık oluşturma sürecinin doğası ve bilimin kanıt üretme hızı ve insanlığa pahalıya mal olmuştur, halen de olmaya devam etmektedir. "Halen dünyada her yıl 12 milyon insan kansere yakalanmakta, 7 milyon kişi de kanserden ölmektedir" vurgusu yapan Austrias Deklarasyonu, hükümetleri toplumlarını endüstri ve çalışma alanı kaynaklı kanserlerden korumak için birincil koruma önlemleri almaya çağırılmaktadır (2). Kaldı ki sanayi atıklarının insan sağlığına olumsuz etkisi kanserle sınırlı değildir. Dünyadaki hastalık yükünün % 24'ü, ölümlerini %23'ü çevre kirliliğine yüklenmektedir (3).

Sonuç olarak sanayinin insan ve çevre sağlığına etkilerinin gündeme taşınması, ihtiyatlı davranışın savunuculuğunun yapılması, kanıtlarının üretilmesi ve politik erkin halkın sağlığına yönelik birincil koruma önlemlerini almaya yönlendirilmesi süreklilik gösterecek bir sistematik çabayı gerektirir.

Anahtar sözcükler: Sanayi, Çevre, İnsan sağlığı, İhtiyatlılık ilkesi, Edirne

Kaynaklar: Precautionary Principle. Wingspread Conference on the Precautionary Principle
<http://www.sehn.org/wing.html>, 17.06.2012

1. Austrias declaration. International Conference on Environmental and Occupational Determinants of Cancer: Intervention for Primary Prevention. Astruias, 17-18 March 2011, Spain,
http://www.who.int/phe/news/events/international_conference/Call_for_action_en.pdf, 18.07.2012
2. Prüss-Üstün A, Corvalán C.Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease, WHO, 2006

572

ANKARA İLİ MERKEZ İLÇELERİ'NDE BAZI SÜPERMARKETLER İLE BAZI SEMT PAZARLARINDA SATILAN BAZI KURU GIDA ÖRNEKLERİNDE BİYOSİT KALINTILARI BOYUTU

Bekir Kaplan¹, Songül Acar Vaizoğlu², Recai Oğur³

¹Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

³Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı AD

Giriş: Halk Sağlığı'nda "Gıda Güvenliği" son yıllarda önemi giderek artan konulardandır. Gıdaların neden olduğu sağlık sorunları içinde gıdalardaki kontrol edilmeyen kimyasal kirliliğe bağlı sağlık sorunları önemli bir yer tutmaktadır. Biyositler (Pestisit, canlıkıran) gıdalardaki kimyasal kirliliğin önemli nedenlerinden biridir. Bu çalışmanın amacı Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde haftalık olarak kurulan semt pazarlarında ve alışverişin yoğun olarak yapıldığı bazı süpermarketlerde satılan pirinç, kırmızı mercimek ve kuru fasulye örneklerini biyosit kalıntıları açısından incelemek ve bu yerlere alışveriş için gelen müşterilerin bazı alışveriş özelliklerini tespit etmektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini Ankara'da kuru gıda satan pazaryerlerindeki tezgahlar ve süpermarketler ile bu yerlere alışveriş için gelenler oluşturmaktadır. Araştırmada Mart-Ekim 2011 tarihleri arasında 52 pazaryerine ve 18 süpermarkete gidilmiştir. Toplam 282 örneğin laboratuvar analizleri yapılmış olup, 548 kişi ile de yüz yüze görüşülmüştür. Alınan ürünlerin laboratuvar analizi biyosit kalıntısı yönünden spektrofotometre ile ve biyosit alt tiplendirmesi için GC/MS ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı Laboratuvarı'nda yapılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler, Ki kare ve Fisher'in Kesin Ki kare testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık olarak $p < 0,05$ alınmıştır. Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Ankara Pazaryerleri Esnaf Odası'ndan yazılı, örnek alınan süpermarketlerden de sözel izin alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada tüm ürünlerin %2,1'si ($n=6$) biyosit kalıntısı yönünden pozitif, %6,0'ı da ($n= 17$) şüpheli olarak tespit edilmiştir. Biyosit kalıntısı olanlardan 5'i, şüpheli olanlardan 16'sı pazaryerlerinden alınan ürünlerdir. Sonucu pozitif veya şüpheli çıkan ürünlerin 7 günden fazla saklanma süresi, negatif çıkanlardan anlamlı olarak fazladır ($p < 0,05$). Pozitif veya şüpheli olan ürünlerin tamamı eski merkez ilçelerden alınmıştır. Araştırmada biyosit alt tiplendirilmesi yapılan 6 pozitif ve 6 şüpheli örneğin tamamında, her birinde en az iki çeşit olmak üzere, organoklorlu biyosit kalıntısı tespit edilmiştir. Tespit edilen biyosit türlerinin tamamı yasaklanmış olan biyositlerdir. Anket uygulanan katılımcıların %59,3'ü ($n=32$) erkek, %35,9'u ($n= 197$) 25-34 yaş arasında, %77,4'ü ($n= 424$) evlidir. Katılımcıların ürünleri satın alırken en çok dikkat ettikleri özellikler fiyat ve kalitedir. Katılımcıların %80'den fazlası her üç ürünü süpermarketten almaktadır. Katılımcıların %32,8'i ($n=180$) bu üç üründe kirlenici bulunabileceğini belirtmiş ve bunu belirtenlerin de %58,3'ü ($n= 105$) kirlenicilerin sağlığa olumsuz etkisi olabileceğini belirtmiştir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Araştırmada pazaryerlerinden alınan ürünlerin %13'ünde, süpermarketlerden alınan ürünlerin %1,5'inde biyosit değerlendirme sonuçları pozitif veya şüpheli bulunmuştur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Süpermarketlerden alınan ürünlerde pozitif veya şüpheli sonuç daha azdır. Bu durum paketlenen ürünlerin taşıma ve depolama aşamalarında biyosit kalıntılarında daha az etkilendiğini düşündürmektedir. Ayrıca süpermarketlerde satılan ürünlerin bazı kontrollerden geçmesinin biyosit kalıntılarının daha az bulunmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Ancak yine de süpermarketlerde satılan ürünlerde pozitif sonuç çıkması, kontrollerin biraz daha ayrıntılı yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Avrupa Biyosit İzleme Komitesi'nin yaptığı çalışmalarda Nisan-Haziran 2009 döneminde incelenen 24 farklı fasulyenin beşinde izin verilen değerin üzerinde biyosit kalıntıları saptanmıştır (9).

Avrupa Birliği komisyonunun direktifleri doğrultusunda 2000 yılında biyosit kalıntı izleme programı çerçevesinde üye ülkelerin yaptıkları çalışmalarda Türkiye'de 869 pirinç örneğinde kalıntı analizleri yapılmış, bu örneklerin 13'ünde izin verilen değerin üzerinde olmak üzere toplam 86 örnekte biyosit kalıntıları saptanmıştır (69).

Araştırmada alt tiplendirilmesi yapılan 12 ürünün tamamında organik klorlu biyosite rastlanılmıştır. Tespit edilen biyositler Alfa HCH, Alfa-Endosülfan, Dieldrin ve Endrin'dir. Bu biyositlerin tamamının kullanımı yasaktır. En son yasaklanan ürün ise 01.01.2009 tarihinde yasaklanan endosülfandır (31). Alt tiplendirilmesi yapılan ürünlerin neredeyse tamamına yakınında bu biyosit tespit edilmiştir. Bu durumun nedeni olarak, ürünün yasaklandığı dönemde endosülfan biyositlerin son kullanım tarihine kadar izin verilmesinden dolayı olduğu düşünülmektedir. Ancak diğer tespit edilen biyositlerin yasaklı olmalarına rağmen halen kullanıldığı düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılında yayınlanan 7142 sayılı genelgesinde piyasada izinsiz satılan biyositler ile ilgili şikayetlerin olduğu ve bu konuda denetimlerin daha dikkatli yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (138). Konya'da yapılan bir çalışmada Konya ana tahliye kanalından alınan su ve sediment numunelerinde lindan, mirex, aldrin, heptachlor, metoxychlor, DDT, dieldrin gibi kullanımı yasak olan biyositler bulunmuştur (32).

Katılımcıların kuru fasulye, kırmızı mercimek ve pirinç satın alırken en çok dikkat ettikleri özelliklerin fiyat, kalite, marka ve son kullanma tarihi olduğu görülmüştür (Tablo 5.3.4). Okumuş'un Ankara'da yaptığı çalışmada tüketicilerin gıda alırken dikkat ettikleri özellikler sırasıyla ürünün son kullanma tarihi, sağlıklı olması, markası ve fiyatı olduğu bulunmuştur (121). Yılmaz'ın yaptığı bir çalışmada ailelerin gıda alımında dikkat ettikleri en önemli özelliklerin ürünün üretim ve son kullanma tarihi olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada diğer önemli özellikler ise gıdanın tadı, lezzeti, gıdanın işlenmesi, hijyeni ve fiyatı olarak bulunmuştur (122).

Araştırmada katılımcıların ürünlerde kirletici bulunabileceğini ve bu kirleticilerin sağlığa olumsuz etkisi olabileceğini belirtme durumu düşüktür, bu nedenle toplum bu konuda bilgilendirilmelidir. Özellikle pazaryerlerinde satılan ürünler olmak üzere bu tür gıdalarda bulunabilecek kirleticiler açısından denetimlerinin artırılması önerilmektedir. Gıdalarda biyosit kalıntılarına yönelik bu tür çalışmaların sürekli yapılması gerekmektedir. Biyosit kalıntılarına yönelik ileride yapılacak çalışmalarda İl Kontrol Laboratuvarı ile ortak proje yürütülerek biyosit kalıntıları GC/MS veya HPLC gibi ileri analiz yöntemleri ile tespit edilebilir ve miktar tayini yapılabilir. Gıdalarda biyosit kalıntıları tespiti önem taşımaktadır. Ancak bu çalışmalarda bireyin bir günde gıdalar ile aldığı biyosit kalıntıları tespit edilememektedir. Gıdalarla günlük maruz kalınan biyosit miktarını ölçen çalışmalar ile kalıntı çalışmalarının birlikte yapılması daha yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Pazaryeri, Süpermarket, Biyosit Kalıntısı

305

ÇEVRESEL ASBESTE MARUZ KALAN ERİŞKİN BİREYLERDE KAYGI VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ

Gülhan Yiğitalp¹, Günay Saka²

¹Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, ²Dicle Üniversitesi Tıp Fak.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

GİRİŞ VE AMAÇ:Kaygı, insanın temel duygularından biridir ve tehlikeli görülen durumlarda kaygı duyulması normaldir. Kaygı yoğun yaşanmadığı sürece herhangi bir problem oluşturmayıp bazı durumlarda kişinin performansını artırabilir.¹

Umutsuzluk ise şimdiki olumsuz algıların geleceğe yansımaları olarak tanımlanabilir.²

Asbest doğada yaygın olarak bulunan lifsel yapıda bir mineraldir. Yeryüzünde milyonlarca insan asbeste maruz kalmaktadır.³ Birleşik Devletler Çevre Koruma Dairesi (EPA), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Uluslar arası Kansere Araştırma Dairesi (IARC) ve Ulusal Toksikoloji Programı (NTP) tarafından 20 yılı aşkın bir süreden beri asbestin insanlar için karsinogen olduğu ilan edilmiştir.⁴ Türkiye'de ise sorun esas olarak çevresel olup, Orta ve Güneydoğu Anadolu'da önemli bir halk sağlığı problemi oluşturmaktadır. Güneydoğu Anadolu bölgesinde 1990-1999 yılları arasında Maling plevral mezotelioma insidansının 42.9/ 1,000,000 olduğu tahmin edilmektedir.⁵

Daha önce yapılan asbestle ilgili yayınlarda, daha çok asbestin neden olduğu sağlık sorunları ve hastalıklar, asbestin yoğun olduğu bölgeler gibi durumlar belirlenmiş olup bu çalışmayla asbestin yoğun olduğu bölgelerde yaşayan insanların asbeste maruz kalmanın onlarda ne tür bir kaygı ve umutsuzluk oluşturduğunu belirleyerek konunun ruhsal ve toplumsal yönüyle ilgili farklı bir boyut elde edilmeye çalışılmıştır.

Çalışma Diyarbakır İli Çermik ilçesine bağlı asbeste bağlı hastalıkların (asbestozis, maling mesotelyoma vs.) en sık görüldüğü bir bölgede yaşayan insanlarda, bu bölgede yaşıyor olmanın onlarda oluşturduğu kaygı ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM:Bu çalışma, kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmaya Diyarbakır İli Çermik ilçesine bağlı asbeste bağlı hastalıkların (asbestozis, maling mesotelyoma) en sık görüldüğü Yukarışehir bölgesinde Temmuz 2010 tarihinde başlanmıştır. Burada yaşayan 35 yaş üzeri 355 kişiden 292'sine ulaşılmıştır. Aynı özelliklere sahip asbeste maruz kalmayan Diyarbakır'ın Çarıkli yerleşim bölgesinde de Aralık 2010 tarihine kadar aynı anket formuyla 305 kişiyle görüşülmüş veri toplama tamamlanmıştır.

Araştırmaya katılan kişilere demografik özelliklerini belirleyen araştırmacı tarafından hazırlanan anket formuyla, "Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri" ve "Beck Umutsuzluk Ölçeği" kullanılarak kişilerle yüz yüze görüşülmüştür. Kişiler çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış, onayları alınmıştır.

Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Öner ve LeCompte (1985) tarafından Türkçeye uyarlanmış 40 sorudan oluşan bir ölçektir.¹ Sorulardan 20'si durumluk, 20'si süreklilik kaygı düzeyini belirlemektedir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ); ilk olarak Beck ve arkadaşları (1974) tarafından uygulanmış ve Seber tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Ölçek 11 doğru, 9 yanlış önermeden oluşan toplam 20 maddelik bir ölçektir.

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Değişkenlerin frekans ve yüzde tabloları çıkarılmıştır. Analizlerde χ^2 (khi-kare) testi kullanılmıştır. Umutsuzluk ve durumluk/süreklilik kaygı arasındaki ilişki; eğer varsa ilişkinin şiddeti ve yönü pearson Korelasyonu (Simple/Bivariate Correlation: Pearson Correlation Coefficient) ile elde edilmiştir. Her iki grubun durumluk-süreklilik kaygı ve umutsuzluk puanlarının aritmetik ortalamaları ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. İki grup arasındaki farkları incelemek için t testi (Independent Samples t Test), ikiden fazla grubu karşılaştırmak için varyans analizi (one-way Anova) uygulanmıştır. Elde edilen farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizinden Tukey HSD testi uygulanmıştır. Değerlendirmede anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ ve %95 GA kabul edilmiştir.

BULGULAR:Asbeste maruz kalan bireylerin ve asbeste maruz kalmayan bireylerin yaş ve cinsiyet dağılımının farklı olmadığı gözlenmiştir ($p=0,112$, $p=0,825$).

Asbeste maruz kalan bireylerin toplam durumluk kaygı puanları ($43,2 \pm 9,6$), asbeste maruz kalmayanlara göre ($37,9 \pm 7,9$) daha yüksektir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($GA(\%95)=3,92-6,76$). Cinsiyetin iki grup arasında hem kadınlarda hem de erkeklerde durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($GA(\%95)=2,80-6,19$, $GA(\%95)= 4.16-8.82$). Her iki grupta da eğitim düzeylerinin

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

düşük olması bireylerdeki durumluk kaygı düzeyini anlamlı derecede arttırdığı belirlenmiştir (GA(%95)=3.79-7.35, GA(%95)=3.18-12.01, GA(%95)=2.21-7.49).

Asbeste maruz kalan ve kalmayan bireylerin toplam sürekli kaygı puanları arasında (sırasıyla 47,7±8,9;43,4±8,8) anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,000, GA(%95)=2,82-5,68). Sosyoekonomik durum açısından da aralarında önemli fark olduğu gözlenmiştir. (GA(%95)=1.52-10.26, GA(%95)=2.03-5.82, GA(%95)=3.23-8.71). Asbeste maruz kalanlarda sosyoekonomik duruma göre sürekli kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Her iki grup arasındaki toplam umutsuzluk puanları arasında (sırasıyla 7,5±5,1;5,5±3,9) anlamlı fark saptanmıştır (p=0,000, GA(%95)=1,26-2,74). Cinsiyetin her iki grupta da umutsuzluk düzeyleri üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır (GA(%95)0,071-2.03, GA(%95)=2.16-4.33).

Umutsuzluk ve durumluk/sürekli kaygı arasındaki ilişkiyi saptamak için gerçekleştirilen korelasyon analizi sonuçlarına göre her üç değişken arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Durumluk kaygıyla sürekli kaygı arasında anlamlı ve doğru orantılı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (r=,710, p<0.01).

Ayrıca Asbeste maruz kalan bireyler kendi içinde değerlendirilmiştir. Sosyoekonomik durumun durumluk kaygı düzeyleri üzerinde anlamlı farklılıklar oluşturduğu saptanmıştır (p=0,002). sosyoekonomik durumu kötü olanların durumluk kaygı düzeylerinin (46,9±9,1) iyi olanlara göre (40,8±9,2) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyleri yönünden okur-yazar olmayanların sürekli kaygı puanı ortalaması 49.7 iken ilkököl ve üzeri eğitim almış olarda bu puan 45.8' dir, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmıştır (p=0.001).

Medeni durumun umutsuzluk düzeyini etkilediği ve bekarlarda umutsuzluk düzeyinin (9,9±5,0) evlilere göre (7,3±5,1) daha yüksek olduğu gözlenmiştir, aralarında önemli fark olduğu anlaşılmıştır (p=0,018).

TARTIŞMA/SONUÇ ve ÖNERİLER:Çalışmamızda, Araştırmaya alınan gruplar yaş ve cinsiyet dağılımı açısından benzerdir. Her iki grupta da eğitim düzeyinin düşük olması aynı zamanda sosyoekonomik durumlarının düşüklüğünü de göstermektedir. Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yapılan başka çalışmalarda da okur yazar olmama yüksek bulunmuştur.⁶

Çalışmamızda araştırmaya katılan asbeste maruz kalan bireylerin ortalama durumluk-sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin asbeste maruz kalmayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Amerika'da asbeste maruz kalmış ve yardım almak için kliniğe başvurmuş kişilerin psikososyal sağlık durumlarını araştıran bir çalışmada bireylerin %34,5'inde psikososyal bozukluk olduğu ortaya konmuştur.⁷

Araştırmaya alınan yetişkin bireylerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde, asbeste maruz kalan bireylerin başta kadınlar olmak üzere her iki cinsiyette de durumluk-sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu anlaşılmıştır. Bunun nedeni kadınların stres etmenlerine daha duyarlı olması ve gelecek kaygısının daha fazla olması olabilir. Her iki grupta da eğitim düzeyi arttıkça kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin stresle baş etmede etkin beceriler geliştirebilmeleri bunun nedeni olarak gösterilebilir. Asbeste maruz kalan bireylerde sosyoekonomik durumu kötü olanlarda durumluk-sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin asbeste maruz kalmayanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Ekonomik güçlük, bireylerce sık yaşanan bir stres faktörüdür. Bu bağlamda, araştırmamızda her iki grupta da ekonomik durumun kötü olduğunu belirtenlerin kaygı puanlarının yüksek bulunması şaşırtıcı değildir.

Asbeste maruz kalan bireylerde durumluk-sürekli kaygı düzeyinin yaş, cinsiyet, eğitim gibi değişkenler bakımından yüksek olması beklenen bir bulgudur. Çünkü bu bölgede yaşayan insanların birçoğu bu hastalığa yakalanmakta ve çevrelerinde yakınları/komşularından bu hastalıktan dolayı hayatını kaybedenler olmuştur ve olmaktadır.

Asbeste maruz kalan bireyler kendi içinde bazı değişkenlere göre değerlendirildiğinde durumluk ve sürekli kaygı puanlarının ve umutsuzluk düzeyi puanlarının yaşa göre farklılık göstermediği gözlenmiştir. Erkeklerle göre kadınlar daha fazla kaygılı bulunmuş fakat durumluk kaygı puanı açısından istatistiksel bir fark saptanmamıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Umutsuzluk düzeyi açısından da cinsiyetler arası fark belirlenmemiştir. Weinert ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da yaş ve cinsiyetin depresyon ve stres düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Genç yaşta olanların ve kadınların depresyon ve stres düzeylerinin daha yüksek olduğu hesaplanmıştır.⁷ Eğitim düzeyi düşük olanların daha fazla kaygılı ve umutsuz olduğunun belirlenmesine karşın sadece sürekli kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, bireylerin umutsuzluk düzeyi ile kaygı düzeyleri arasındaki anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bireylerin kaygı düzeyleri arttıkça umutsuzluk düzeyi de doğru orantılı bir şekilde artis göstermektedir. Ehtiyar ve Üngüren'in yapmış olduğu çalışma da çalışmamızı desteklemektedir.⁸

Sonuçta bu çalışma çevresel asbeste maruz kalmanın bireylerde kaygı ve umutsuzluk düzeylerini artırdığını göstermiştir. Asbeste maruz kalan bireyler kendi içinde bazı değişkenlere göre karşılaştırıldığında kadınların, eğitim düzeyi düşük olanların ve sosyoekonomik düzeyi kötü olanların daha kaygılı olduğu görülmüştür. Umutsuzluk düzeyinin ise sadece medeni durumdan etkilendiği, bekarların daha umutsuz olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınan bireylerin kadın olması, eğitimsiz olması, bekar olması ve ekonomik durumun düşük olması kaygı ve umutsuzluk seviyelerinin yükselmesinde etkili olduğundan bu gruplara yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Bu gruplara sağlık hizmetlerinde öncelik verilmelidir. Bu bölgelerde yaşayan bireylerin ruhsal durumlarını ortaya koymak için daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır. Asbestin yoğun olarak bulunduğu yerleşim yerlerinden ayrılmak isteyenlere yardımcı olmak amacıyla yasal ve ekonomik her türlü destek verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Asbest maruziyeti, durumluk kaygı, sürekli kaygı, umutsuzluk

KAYNAKLAR:

1-Öner N, LE Compte A. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi yayınları, 1998; 1-26

2-Beck AT, Ster RA, Beck JS. Hopelessness, depression. *SuicideLife Threat Behav.*,1993; 32:139-145

3-Clements M, Bery G, Shi J, Ware S, Yates D, Johnson A. Projected mesothelioma incidence in men in New South Wales. *Occup Environ Med* 2007;64:747-52

4-Welch LS. Asbestos exposure causes mesothelioma, but not this asbestos exposure: an amicus brief to the Michigan Supreme Court. *Int Occup Environ Health* 2007;13:318-327

5-Şenyiğit A, Babayiğit C, Gökırmak M, Topçu F, Asan E, Coşkunsel M, et al. Incidence of malignant pleural mesothelioma due to environmental asbestos exposure in the southeast of Turkey. *Respiration* 2000;67:610-14

6-TNSA 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf/11.10.2011>

7-Weinert C, Hill WG, Winters CA, Kuntz SW, Rowse K, Hernandez T, et. al. Psychosocial health status of persons seeking treatment for exposure to libby amphibole asbestos. *ISRN Nursing*. Volüme 2011
<http://www.isrn.com/journals/nursing/2011/735936/ref//12.11.2011>

8-Ehtiyar R, Üngüren E. Turizm eğitimi alan öğrencilerin umutsuzluk ve kaygı seviyeleri ile eğitime yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2008; 4:159-181

BAZ İSTASYONLARININ OLASI SAĞLIK ETKİLERİNE İLİŞKİN BİR GÜNCELLEME

Hür Hassoy, Raika Durusoy¹, Ali Osman Karababa

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

GİRİŞ ve AMAÇ:Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumunun 2012 raporuna göre, mobil abone sayısı 65,8 milyona ulaşmıştır (1). Geliştirilen 3G gibi teknolojilerle daha büyük boyutlarda veri transferi yapılmaktadır. Şehir merkezlerinde ve yapılaşmanın yoğun olduğu alanlarda baz istasyonu sayısı fazladır. Mobil iletişimde, haberleşmenin yapılacağı alan hücre adı verilen küçük bölümlere ayrılmıştır. Her hücrenin merkezinde haberleşmeyi sağlayan bir baz istasyonu bulunur. Baz istasyonları birbirlerine bir ağ yapısı şeklinde bağlıdır ve herhangi bir mobil telefondan gelen çağrı isteğinin ilgili kullanıcıya ulaştırılması bu ağ yapısı tarafından gerçekleştirilir. Mobil telefonlarla baz istasyonları arasındaki iletişim, elektromanyetik dalgalar yoluyla gerçekleştirilmektedir. Hücresel yapı sayesinde aynı anda birden çok kullanıcı haberleşebilir(2). Ancak her baz istasyonunun sağlayabileceği bağlantı kapasitesi sınırlıdır. Görüşmelerin ve 3G teknolojisi ile veri aktarımının artması, baz istasyonlarının kapasitesinin yetmemesine ve yeni baz istasyonlarının kurulması sonucunu doğurmaktadır. Baz istasyonunun kapsadığı alanın içinde ne kadar çok abone iletişim halinde ise, veri iletim hızı da o ölçüde düşmektedir. Veri iletim hızının çok büyük önem kazandığı günümüzde, GSM operatörleri hem hizmet konusundaki taahhütlerini yerine getirmek, hem de ticari rolleri gereği baz istasyonu sayısını hızla artırmaktadır. Baz istasyonlarının sağlık etkilerinin incelendiği güncel bir derlemede; sağlığa yönelik olumsuz etkiler konusunda bulguların henüz yeterli olmadığı ancak bulgu olmamasının herhangi bir riskin bulunmadığı anlamına gelmediği bildirilmiştir. Çalışmaların çocuklar ve ergenlere odaklanıp, ileriye dönük olarak yapılması gerektiği bildirilmektedir(3). Ülkemizde bir çok kişi mahallelerinde bulunan baz istasyonlarının kaldırılması için imzalar toplamakta ve/veya asliye hukuk mahkemelerine dava açmaktadır. Oyun parkları, pazar yerleri, okullar gibi toplu yaşam alanlarının çevresindeki baz istasyonları da kamu sağlığını korumakla görevli kişilerin tartışma konusu haline gelmiştir. Kamuoyunda baz istasyonlarının sağlığa etkileri konusunda çelişkili bilgiler bulunmaktadır. Gerek GSM firmalarının baskıları gerekse bu alandaki bilgi yetersizliği ve yakın zamanda Yargıtay'ın baz istasyonlarının şehir dışına çıkarılması kararı konuyu içinden çıkılması zor bir noktaya taşımıştır. Bu derlemenin amacı baz istasyonlarının sağlık etkilerini inceleyen ve insan sağlığına etkilerine vurgu yapan uluslararası ve güncel bilimsel yayınları derleyerek bu konudaki bilimsel bilgi gereksinimini karşılamaya katkıda bulunmaktır.

GEREÇ YÖNTEM:Pubmed, google gibi arama motorlarına baz istasyonu sağlık etkileri gibi anahtar kelimeler yazılarak uluslararası bilimsel hakemli dergilerde yayınlanmış makaleler taranmıştır. 1999-2012 yılları arasında bu alanda yayınlanmış 14 araştırma derlemeye dahil edilmiştir.

BULGULAR:Cherry 1999'da baz istasyonuna yakın bulunma ile kanser arasında birilişki olabileceğini ilk gösteren araştırmacılarıdır(4). Santini 2002 ve 2003 yıllarında Fransa'da baz istasyonu yakınında yaşayanlarda bazı semptomların baz istasyonuna olan mesafeyle ilişkisini incelenmiştir. İlk çalışmaya toplam 530 kişi dahil olmuştur. Baz istasyonundan 200-300 metreda oturanlarda sadece yorgunluk anlamı olarak daha fazla görülürken 200 metreye dek baş ağrısı, uyku bozukluğu, huzursuzluk, 100 metreye dek iritabilite, depresyon, hafıza kaybı, baş dönmesi, libido kaybı anlamı olarak daha sık görülmüştür. Baz istasyonlarının çevresinde yaşayan insanlarda görülen semptomları inceleyen bu ilk çalışmada radyasyondan korunmak için, insanların, baz istasyonlarından en az <300 metre uzakta olması gerektiğini bildirmiştir (5). Aynı çalışmanın başka bir bölümü 2003 yılında yayınlanmıştır. Aynı örneklem üzerinde yapılan bu çalışmada yaşlı kişilerin semptomlar açısından daha duyarlı olduğu

saptanmıştır. İstasyona bakan lokalizasyonlar ve 100 metreye kadar mesafede oturanlarda semptomların en kötü olduğu görülmüştür. Maruz kalma süresi ile semptom sıklığı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Bu açıdan tek istisna iritabilitedir, 5 yıllık maruz kalma ile anlamlı olarak daha sık görülmüştür (6).

Navarro'nun 2003 yılında İspanya'da yaptığı çalışmada araştırma grubu ikiye ayrılmıştır. Birinci grup 47 kişiden oluşmaktadır ve baz istasyonuna 150 (107±57) metreden daha kısa mesafede oturmaktadırlar, baz istasyonu maruziyetleri ortalama 1.1 µW/cm² dir. İkinci grubun ise baz istasyonuna uzaklıkları 250 (284±24) metreden daha fazladır ve ortalama maruziyetleri 0.1 µW/cm² dir. Her iki gruba da sağlık belirtilerinin varlığı ve şiddeti sorulmuştur. Sorgulanan sağlık belirtileri 4 grupta toplanmıştır. Sinirlilik, baş ağrısı, bulantı, iştah kaybı, huzursuzluk gibi 'astenik' semptomların, uyku bozukluğu, depresyon, konsantrasyon güçlüğü, hafıza kaybı, baş dönmesi gibi 'diansefalik' semptomların, ciltte değişiklik, görsel ve işitsel fonksiyon bozukluğu gibi 'duyusal' semptomlar ve 'kardiyovasküler' semptomların şiddeti birinci grupta anlamlı oranda daha yüksek olarak

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bildirilmiştir, bu alanda hem mesafe hem de ölçümün kullanıldığı bir araştırma olmasından dolayı da dikkat çekicidir(7).

2004 yılında Eger ve arkadaşlarının(8) Almanya'nın Naila şehrinde yaptıkları araştırmada baz istasyonlarına yakın oturanların kötü huylu tümörlerle olan ilişkisini incelemişler. 1994-2004 yılları arasındaki 1000 kadar hasta incelenmiş. Analizler sonucunda baz istasyonuna 400 metreden yakın oturanlarda, 400 metre den uzak oturanlara göre anlamlı oranda daha yüksek oranda yeni kanser vakasının oluştuğunu tespit etmiştir. 400 metreden daha yakında oturanlarda yeni kanser sıklığı 3 kat fazla bulunmuştur. Bu araştırma, yasal limit değerlerin altında maruziyet durumunda bile, bir hastalığın klinik olarak gelişimine ve genel olarak kanser gelişimine katkıda bulunabileceğini göstermesi açısından, bu alanda önem taşımaktadır. 2004 yılında Wolf'ün İsrail'in Netanya şehrinde yaptığı çalışmaya(9) bir baz istasyonunun 350 metrelik yarıçaplı bir bölgede yaşayan (A bölgesi) ve aynı sağlık kurumundan hizmet alan 622 kişi çalışmaya alınmıştır. Yakın bir klinikten hizmet alan 1222 kişilik bir başka grup ise (B bölgesi) çevre, çalışma yerleri ve koşulları göstergeler açısından sıkı bir şekilde eşleştirilerek karşılaştırma grubu olarak ele alınmıştır. A bölgesinde yaşayanlarda son bir yıldaki kanser insidansı onbinde 129 olarak tespit edilmiştir. B bölgesinde ise onbinde 16 olarak bulunmuş. Şehirdeki kanser insidansı ise onbinde 31 dir. Baz istasyonuna 350 metreden yakınında yaşayanlarda (A bölgesi), daha uzak mesafede yaşayanlara

göre kanser insidansının 4.15 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir.

2006 yılında Polonya'da Gadzicka ve arkadaşlarının yaptığı nöro-davranışsal klinik çalışmaya Lodz kentindeki 5 bölgeden 500 kişi dahil edilmiştir. Bu kişilerin baz istasyonlarına mesafeleri <50 metre, 50-100m, 100-150m, 150-200m, >200m dir. Bu mesafeler elektromanyetik alan maruziyetinin tahmini değeri olarak ele alınmıştır. Bazı sağlık semptomlarının görülmesi ile baz istasyonuna olan mesafe arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Her gün görülen baş ağrısı sıklığı baz istasyonuna 100-150 metrelik mesafede oturanlarda daha uzak mesafelerde oturanlara göre anlamlı olarak daha sık görülmüştür (10).

Avusturya'da yapılan kesitsel bir çalışmaya ise kırsal ve kentsel alandan 10 baz istasyonuna 1 yıldan uzun süredir yakın bir mesafede oturan 365 kişi incelenmiştir. Bu kişilerin var olan sağlık durumları ve uyku kaliteleri değerlendirilmiş ve bazı bilişsel testler uygulanmıştır. 336 hanede de elektromanyetik alan düzeyinin ölçümleri yapılmıştır. Ölçümler önerilen sınır değerlerin altında çıkmıştır ortalama güç yoğunluğu kırsalda 0,05mW/m², kentsel alanda ise 0,02mW/m² dir. Baz istasyonlarının yakınında (kırsal 24-600m, kentte 20-250m) özellikle baş ağrısı olmak üzere, konsantrasyon güçlüğü gibi semptomlar anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ve bu bulguların elektromanyetik alanların sağlık etkileri ile ilgili kişilerin duyduğu evham veya endişeye atfedilemeyeceği bildirilmiştir(11).

2006 yılında yayınlanan Mısır'ın Menoufia şehrinde yapılan kesitsel bir araştırmada, bir baz istasyonunun yakınında oturan 85 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Yaş, cinsiyet, iş ve eğitim düzeyine göre eşleştirme yapılarak, 80 kişilik bir kontrol grubu seçilmiştir. Baş ağrısı %23.5, hafıza bozukluğu %28.2, , baş dönmesi %18.8, titreme %9.4, depresyon bulguları %21.7 ve uyku bozukluğu %23.5 gibi sorunların kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Baz istasyonuna yakın oturan olgu grubunda, dikkat, kısa dönem hafıza gibi nörodavranışsal testlerde performanslarının anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür(12).

2011 yılında yayınlanan Brezilya'da yapılan çalışmada, 1996-2006 yılları arasında bir şehirde görülen 7191 kansere bağlı ölüm olgusunun baz istasyonlarına olan uzaklıkları incelenmiştir. Baz istasyonuna 500 metre uzaklıktaki bir zon içinde kanserden ölüm hızının onbinde 34,76 bulunmuştur. Bu alanın dışına çıldıkça kanserden ölümlerin sıklığının azaldığı saptanmıştır(13).

Almanya'da yapılan ve 2011 yılında yayınlanan bir başka bilimsel araştırmada limit değerlerin altında olan, baz istasyonuna bağlı yayılan elektromanyetik ışımanın, vücudun katekolamin sisteminde (adrenalin gibi hormonların düzenlendiği sistem) kronik deregülasyon (düzensizlik) neden olduğu gösterilmiştir (14).

Kasım 2011 tarihinde Clinical Biochemistry dergisinde yayına kabul edilen bir başka çalışmada benzer elektromanyetik ışımanın çeşitli hormonları etkilediği gösterilmiştir(15).

TARTIŞMA SONUÇ ve ÖNERİLER: Uluslararası Elektromanyetik Alanlar Güvenlik Komisyonu'nun 2006 tarihinde "Elektromanyetik Alanlara İhtiyatlı Yaklaşım: Mantıksal Temel, Yasal Düzenlemeler ve Uygulama" başlıklı toplantısının

bildirgesinde(16), elektromanyetik alanların olumsuz sağlık etkilerine yönelik kanıtların arttığı, bu kanıtların halk sağlığı sorunu olarak ele alınması ve incelenmesi gerektiği belirtilmiştir. Endüstrinin, araştırma sonuçları analiz ve yorumlarını kabul etmeme eğiliminde olduğu da yer almaktadır. Bildirgede, 1992 Rio Bildirgesi'nde de belirtilen, sağlığa ve çevreye ciddi ya da geri dönüşümsüz hasarların olabileceği, ancak bilimsel belirsizliklerin olduğu durumlarda korunmaya yönelik tüm önlemlerin alınması olarak tanımlanan 'Önlem İlkesi' (ihtiyat prensibi) nin, EMA maruziyetleri için de, uygulanması önerilmektedir (17,18).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Baz istasyonlarıyla ilgili maruziyet limit değerler akut (kısa dönemli) etkiler üzerinden yapılmıştır. Kronik uzun erimli etkilerle ilgili henüz veriler oluşmadığı için limit değerlere yansımamıştır. 1998 yılında ICNIRP, halkı ve çalışanları korumaya yönelik uluslar arası standartlar oluşturmuştur. Standartların oluşturulmasında radyasyonun yalnızca ısıl etkisi göz önüne alınmış, canlılar üzerindeki diğer biyolojik etkileri dikkate alan standartlar henüz oluşturulmamıştır. Bu nedenle çeşitli ülkeler arasında farklılıklar mevcuttur.

Baz istasyonlarına bağlı olabilecek sağlık etkileri; uzun erimde, baz istasyonu antenlerinin ışıma açısı içinde kalan kişilerde, maruziyetin süresi, baz istasyonunun olan mesafe, yayılan elektromanyetik alanın şiddeti ve kişisel vücut dirençleri ile ilişkili olarak gelişebilir.

Anten ve kulelerin kurulacağı yerlerin, insanların maruziyetini en aza indirgeyecek şekilde planlanmalıdır. Elektromanyetik kirliliği denetimi, cihazların kuruluş yeri seçimi gibi çalışmalarda, üniversiteler, meslek odalarının görüş ve önerilerinden faydalanılmalıdır. Hastane, okul, kreş ve çocuk oyun alanı gibi yerlerin yakınına kurulacak baz istasyonlarına ruhsat verilmemelidir. Baz istasyonlarının, periyodik ölçüm ve denetlenmeleri yapılmalıdır, güvenlik sertifikası ve ölçüm değerleri halkın görebileceği yerlere asılmalıdır. Elektromanyetik alanlar ile ilgili mevcut yönetmelikler bilimsel çalışmalar ışığında yeniden düzenlenmeli, Birleşmiş Milletler "ihtiyatlılık ilkesi" tam olarak uygulanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Baz istasyonu, sağlık etkisi, ihtiyat prensibi, elektromanyetik ışıma
KAYNAKLAR:

1. Türkiye Elektronik Haberleşme Sektörü Üç Aylık Pazar Verileri Raporu 2012 Yılı 1. Çeyrek Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu 2012 http://www.btk.gov.tr/kutuphane_ve_veribankasi/pazar_verileri/ucaylik12_1.pdf
2. Elektromanyetik dalgalar ve insan sağlığı Sıkça sorulan sorular ve yanıtları TÜBİTAK-BÜLTEN 2001 <http://www.biltek.tubitak.gov.tr/sandik/gsm.pdf>
3. Rösli M et al. Systematic review on the health effects of exposure to radiofrequency electromagnetic fields from mobile phone base stations Bull World Health Organ 2010;88:887
4. Cherry N. Scientific evidence of the risk of adverse health effects from chronic exposure to low-level electromagnetic radiation — EMRAA, Electromagnetic Radiation Alliance of Australia, E-mail: emraa@ssec.org.au, Sept. 1999.
5. Santini R, Santini P, Danze J, Ruz PL, Seigne M. Enquête sur la santé de riverains de stations relais de téléphonie mobile : I/Incidences de la distance et du sexe. Pathol Biol. 2002;50:369-73.
6. Santini R, Santini P, Danze JM, Le Ruz P, Seigne M. Enquête sur la santé de riverains de stations relais de téléphonie mobile: II/Incidences de l'âge des sujets, de la durée de leur exposition et de leur position par rapport aux antennes et autres sources électromagnétiques. Pathol.Biol. (Paris) 2003;51:412-5.
7. Navarro EA, Segura J, Portolés M, Gómez-Perretta C. The microwave syndrome: a preliminary study in Spain. Electromagn BiolMed 2003;Vol. 22(N. 283):161-9. USA.
8. Eger H, et al. The influence of being Physically Near to a Cell Phone Transmission Mast on the Incidence of Cancer. Umwelt Medizin Gesellschaft 17,4, 2004.
9. Wolf R, Wolf D. Increased incidence of cancer near a cell-phone transmitter station. Int J Cancer Prevention April 2004;1(2).
10. Gadzicka E, Bortkiewics A, Zmyslony M, Szymczak W, Szykowska A. Assessment of subjective complaints reported by people living near mobile phone base stations [Abstract]. Biuletyn PTZE Warszawa 2006;14:23-6
11. Hutter HP, Moshammer H, Wallner P, Kundi M. Subjective symptoms, sleeping problems, and cognitive performance in subjects living near mobile phone base stations. Occup Environ Med 2006;63:307-13.12.
- Abdel-Rassoul G, et al. Neurobehavioral effects among inhabitants around mobile phone base stations. Neurotoxicology. 2007 Mar;28(2):434-40.
13. Dode AC, et al. Mortality by neoplasia and cellular telephone base stations in the Belo Horizonte municipality, Minas Gerais state, Brazil. Science of the Total Environment 409 (2011) 3649-3665.
14. Buchner K at al. Changes of Clinically Important Neurotransmitters under the Influence of Modulated RF Fields-A Long Term Study under Real-Life Conditions. Umwelt-Medizin-Gesellschaft 2011 24 (1): 44-57.
15. Eskander EF et al. How does long term exposure to base stations and mobile phones affect human hormone profiles? Clinical Biochemistry doi:10.1016/j.clinbiochem.2011.11.006. Accepted: 6 November 2011.

16. Benevento Resolution The International Commission for Electromagnetic Safety (ICEMS) 2006 http://www.icems.eu/docs/Resolution_OCT19_06.pdf

http://www.icems.eu/docs/Resolution_OCT19_06.pdf 17. Report of the United Nations Conference On Environment and Development Rio de Janeiro, 3-14 June 1992 <http://www.un.org/documents/ga/conf151/aconf15126-1annex1.htm>

18. Türkkan A, "Elektromanyetik Alanlar, Sağlık ve Korunma" STED 2010 cilt 19 sayı 3 syf: 114-7

514

BİR ÜNİVERSİTENİN DERSLİKLERİNDE İÇ ORTAM HAVA KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Emel Önal¹, Nilgül Yalçınoğlu, Suna Erbil, Neşe Sönmez, Kaya Nizamoglu, Özkan Ayvaz, Yusuf Kıranlıoğlu, Özden Boral, Günay Güngör

¹İstanbul ÜNİV. ,İstanbul Tıp Fak. Halk Sağlığı

Giriş ve Amaç: İç ortam hava kalitesinin insanların sağlığı ve verimi ile doğrudan ilişkisi nedeniyle son yıllarda önemi artmaktadır. İnsanlar zamanlarının büyük bölümünü (%80'den fazla) konutlar, okullar, resmi binalar, kapalı spor salonları ve taşıtlar gibi kapalı ortamlarda geçirmektedir. Bu nedenle iç ortam havasının insan sağlığı üzerine büyük etkileri vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) iç ortam hava kirliliğinin küresel hastalık yükünün %2,7'sinden sorumlu sekizinci neden olduğunu bildirmiş olmasına rağmen, iç ortam hava kalitesi için kesin sınırlar çizmek ve tanımlamak oldukça zordur (1). Bundan dolayı "kabul edilebilir iç ortam hava kalitesi" terimi ortaya çıkmıştır. ASHRAE (American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers, a professional organization) 62-1989 ve 2001 Standardında "kabul edilebilir iç ortam hava kalitesi içinde aşağıda belirtilen kirleticilerin standartlarda belirtilen oranların üstünde bulunmadığı ve bu havayı soluyan insanların hava kalitesiyle ilgili herhangi bir memnuniyetsizlik hissetmediği havadır" olarak açıklamaktadır (2).

İç ortam havası; bakteriler, mantarlar, mantar sporları, virüsler, polenler ve bunların parçacıkları olan biyolojik kökenli organik tozlarla ve yemek pişirme, sigara içimi, ısıtma, soğutma sistemleri, bina yapı malzemeleri, mobilyalardan kaynaklanan biyolojik olmayan tozlarla kirlenmektedir. Biyoaerosol denen bu biyolojik canlılara ve onların endotoksin, mikotoksin ve mikrobiyal metabolitlerine maruz kalınması, sağlığı açısından olumsuz etki yaptığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Ayrıca bu tür kirleticilerin bulunduğu kapalı ortamlarda astım krizlerinin sıklaşması ve kronik solunum yolu hastalıkları arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (1).

İç ortam hava kalitesi ile ilgili yurt dışı çalışmaların çok olmasına rağmen ,Türkiye'de bu konuda çalışmalar oldukça sınırlıdır.Yapılan literatür çalışmasında Üniversitede ve okul dersliklerinde iç ortam hava kalitesi ile ilgili çalışmalar daha çok sıcaklık, bağıl nem, partikül madde miktarları gibi parametreler üzerinde yapılmıştır. İç ortam hava kalitesinin günümüzde insan sağlığı ve performansı üzerinde doğrudan etkisi nedeniyle önemi artmaktadır. Özellikle de öğrencilerin ilk öğretimden üniversiteyi bitinceye kadar zamanlarının büyük kısmını okullardaki dersliklerde geçirmesi nedeniyle, iç ortam hava kalitesinin öğrenme performansları ve sağlık üzerinde önemli oranda etkileri bulunmaktadır. Dersliklerin kalabalık olması, ders aralarındaki sürenin kısa olması, bu arada yeterli havalandırmanın yapılmaması, pencerelerin açılmaması vb. nedenlerden dolayı ortam havası aşırı kirlenmektedir. Bu çalışmada İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi öğrenci dersliklerinde iç ortam hava kalitesinin önemli parametrelerinden biri olan mikrobiyolojik ölçümleri ile birlikte eş zamanlı olarak ısı ve nem ölçümleri de yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde yapılmış olan bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırma olup, 2011 yılı Haziran ayında öğrencilerin eğitim gördüğü dersliklerin ortam havası mikrobiyolojik

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

açından incelenmiştir. Havanın mikrobiyolojik olarak değerlendirilmesi için AES marka Hava Örnekleme Cihazı (AESAP1075/1078) ve besiyeri olarak Standart Plate count Agar (APHA-oxid) ve Sabouraud Agar kullanılmıştır. Ortamdan alınan hava örnekleri toplam küf mantarı için Sabouraud Agar besiyerlerinde, 25°C oda ısısında yedi gün, toplam bakteri için APHA besiyerlerinde etüvde (37°C) iki gün bekletildikten sonra toplam koloni sayımları yapılmıştır. Sonuçlar Colony Forming Units (CFU/m³/1dak/100lt) olarak belirlenmiştir (3).

İstanbul Tıp Fakültesinde öğrencilerin eğitim gördüğü sekiz dersliğin hepsinde sabahları dersten önce ve dört derslikte dersten sonra havanın mikrobiyolojik analizi için örnekler alınmıştır. Örnek alınan her ortamdan Thermo METER ile ısı ve nem ölçümleri yapılmıştır. Çalışma 4 hafta boyunca, pazartesi günleri örnek olarak ve değerlendirmeleri haftanın takip eden günlerinde yapılacak şekilde yürütülmüştür. WHO ve ASHRAE Standartlarına göre kabul edilebilir iç hava kalitesi için, Toplam bakteri ve küf mantarı sayımı sınırı 500 CFU/ m³ olarak alınmıştır (2).

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için elektronik ortamda SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Bütün veriler sayı ve yüzde oran olarak tanımlanmıştır. Dersliklerin izole edilen Toplam bakteri ve küf mantarının ortalama koloni sayıları açısından karşılaştırılmıştır. Normal dağılıma uygunluk gösteren verilerde Student t testi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen verilerde Mann-Whitney U testi kullanılmış ve 0,05'in altındaki p değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Hava örneklerinin alındığı dersliklerin 44 alanında Toplam bakteri ve küf mantarı sayıları ile ortamda ölçülen ısı ve nem değerleri kaydedilmiştir. Dersten önce dersliklerin ısı ortalaması 25±0,83 °C (en düşük 24° C, en yüksek 27 °C), dersten sonra 25,1±1,3° C (en düşük 24 °C, en yüksek 27 °C) bulunmuştur (Mann-Whitney U Z= -0.3 p=0.98). Dersten önce dersliklerin nem ortalaması %58,4±2,9 (en düşük %54, en yüksek %65), dersten sonra %50,6±2,7 (en düşük %47, en yüksek %54) olarak ölçülmüştür (t=10.5 p=0.000). Dersten önce dersliklerin bakteri sayısı ortalaması 59,5±36,4 CFU/m³ (en düşük 10 CFU/m³- en yüksek 137 CFU/m³), dersten sonra 28,1±22,6 CFU/m³ (en düşük 2 CFU/m³- en yüksek 74 CFU/m³) olarak saptanmıştır (Mann Whitney U Z=-3.63 p=0.000). Örnek alınan tüm ortamlarda Toplam bakteri sayıları en fazla 137 CFU/ m³ ölçülmüştür. Bu değerler 500 CFU/ m³'ün altındaydı. Toplam küf mantarı sayısı 29 alanda 500 CFU/ m³'ün üzerindeydi ve sayılamayacak kadar çoktu.

Tartışma: İç ortamda bulunan biyoaerosoller mevsimler, aylar, bölgesel farklılıklar, kirlilik düzeyi, yağış rejimi, nem ve ısı faktörleri gibi birçok parametreye göre değişkenlik göstermektedir. Aynı zamanda sporların havadaki yoğunluğu günün farklı zamanlarında da değişmektedir. Yapılan çalışmalarda bina içi ve bina dışı mantar konsantrasyonunun yaz aylarında daha yüksek olduğu bildirilmiştir (4).

Önoğlu ve arkadaşlarının İstanbul'da bir anaokulunda Mart ayında yaptıkları çalışmalarında; sabah aldıkları hava örneklerinin %7'sinde, öğleden sonra aldıkları örneklerin %30'unda Toplam küf mantarı sayısı 1000 CFU/ m³'ün üzerinde olduğunu, Toplam bakteri sayısının ise sabah ölçümü yapılan alanların %55'i ve öğleden sonra ölçümü yapılan alanların %64'ünde 500 CFU/ m³'ün üzerinde bulduklarını bildirmişlerdir (4). Bizim çalışmamızda 8 amfinin 7 (% 87) 'sinde Toplam küf mantarı sayısı dersten önce ve 4 dersliğin 4 (%100)' ünde dersten sonra 500 CFU/ m³'ün üzerindeydi ve sayılamayacak kadar çoktu. Çalışma Haziran ayında ve İstanbul gibi nem oranı yüksek bir bölgede yapıldığı için, bu sonuçlar daha önceki çalışmaları doğrulamaktadır. Örneklem yapılan dersliklerde Toplam bakteri sayısının 500 CFU/ m³'ün altında bulunması, çalışmanın yapıldığı dönemin yaz ayı olması nedeni ile yeterli havalandırmanın yapılması ile açıklanabilir.

Keskin ve arkadaşlarının İstanbul'da bir lisede havanın mikrobiyolojik kalitesini inceledikleri çalışmalarında, havalandırması az olan odalarda daha fazla küf mantarı ürediğini bildirmişlerdir (5). Bizim çalışmamızda da, doğal havalandırması olmayan ve eski dersliklerde diğerlerine oranla çok daha fazla miktarda bakteri ve küf mantarı ürediği görülmüştür.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sonuçlar: Yapılan çalışmanın yaz döneminde gerçekleşmiş olması, küf mantarlarının büyümesi için uygun şartları sağladığı için yüksek sonuçların çıkmasına, bakteriler açısından bu dönemde havalandırmanın çok olması nedeniyle düşük çıkmasına sebep olmuştur. Doğal havalandırması bulunmayan eski dersliklerde Toplam bakteri ve küf mantarları sayısının en yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Dersten sonra yapılan ölçümlerde nem ve bakteri ortalamasında daha düşük olması, ders sırasında öğrencilerin doğal havalandırma bulunan dersliklerde pencerelerin açılmasına, penceresi bulunmayan dersliklerde ise klimaların daha uzun süre çalıştırılmasına bağlı olduğu düşünülmüştür.

Öneriler: Eğitim ve öğretimin daha verimli olması için Üniversite öğrencilerinin günün büyük bölümünü geçirdikleri dersliklerin derslerden önce ve sonra iyi havalandırılması gerekmektedir. Ayrıca dersliklerde iç ortam hava kalitesi standardı uygulamak için bütün yüksek eğitim kurumlarında bu tip çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Derslik, iç ortam hava kalitesi, küf, bakteri, iç ortam kirleticileri.

Kaynaklar:

- 1- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarının Önleme Ve Kontrol Programı, Eylül 2010, Ankara.
- 2- ASHRAE. Ventilation for acceptable indoor air quality. Atlanta: ASHRAE (ASHRAE Standart 62-1999), 1999.
- 3- EPA (U.S. Environmental Protection Agency) 1998.Sources of Information on Indoor Air Quality: In-door Air Quality in Schools: Why IAQ Is Important to Your School. EPA. Washington, D.C: <http://www.epa.gov/iaq/schools/index/html>
- 4- Önoğlu N, Önal A.E, Güngör G, Ayvaz Ö, Özel S: Microbiological evaluation of indoor air of kindergartens in Fatih district of İstanbul: Indoor BuiltEnviron 2011;20;6:618-625.
- 5- Keskin Y, Özyaral O, Başkaya R, Aslan H, Hayran O: A high school building indoor air considered as a sick building syndrome: Effects on teachers and students: Astım Allerji İmmünoloji 2005;3(3):116-130.

978

DENİZLİ 1 NOLU TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ BÖLGESİNDEKİ OKULLARDA ÇEVRE SAĞLIĞI DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zühre Alpua¹, İbrahim Demirciler, Şükrü Arpacı

¹Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü

GİRİŞ ve AMAÇ : Okul sağlığı, öğrencilerin , öğretmenlerin ve okul personelinin, ruhsal, bedensel ve sosyal açıdan tam iyilik halinde olmalarını hedefler, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik tüm uygulamaları kapsar(1). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi 21. yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinden biri de “ Gençlerin 2020 yılına kadar sağlıklı olmalarını ve toplum içindeki rollerini sağlıklı biçimde yerine getirebilmelerini sağlamaktır” der. Bu hedef önemli bir çevre oluşturan okul sağlığı üzerine yoğun bir şekilde eğilmemiz gerektiğini işaret eder (2). Okul sağlığı hizmetleri öğrencilerin ve okul sağlığı personelinin sağlığının değerlendirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye, ailesine tüm topluma sağlık eğitimi verilmesi için yapılan tüm çalışmalar olarak değerlendirilir. Okul çevresi deyimi ise okulun yeri, binası, etrafı, alt yapısı, oyun alanları, su temini, çöplerinin yok edilmesi, tuvaletler, ısıtma ve havalandırma aydınlatma sıralar sınıfın büyüklüğü gibi konuları içerir. Çocuğun okul hayatı boyunca karşılaştığı tüm fiziksel ve sosyal çevre okul çevresi kavramı içinde yer alır. Çalışmanın amacı Denizli ili 1 nolu Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesindeki tüm

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

okulların “Okul Sağlığı” açısından değerlendirilmesi ve tüm ildeki okulların okul sağlığı açısından değerlendirilmesi yönünde ön çalışma olarak yapılmıştır.

YÖNTEM : Tanımlayıcı bu çalışma 2010-2011 Eğitim Öğretim yılında 1 nolu Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde bulunan 16 ilköğretim okulu 4 lise toplam 20 okul araştırma kapsamına alınmıştır. 80 sorudan oluşan okul sağlığı değerlendirme formu, okul yetkilileri görüşülerek ve gözlem yapılarak uygulanmıştır. Veriler SPSS programında değerlendirilmiştir.

BULGULAR : Çalışmaya alınan 20 okulda 11181 (%50,2) erkek, 11067 (%48,8) kız olmak üzere toplam 22248 öğrenci mevcuttu. Okulların tamamı birden fazla kattan oluşmakta, kaloriferle ısınmakta ve % 70 (14) 'inde yakıt olarak doğal gaz kullanılmaktadır. 10 okulun (%50) depreme dayanıklılık belgesi mevcut, 3 okulda (% 15) depremle ilgili güçlendirme yapılmış 7 (%35) okulun ise depreme dayanıklılık belgesi yoktu. 12(% 60) okulda sığınak yoktu, sığınak bulunan okulların %50'sinde (4) sığınak amacına uygun olarak yapılmıştır. 3 (%15) okulda revir bulunurken hiçbirinde revirde çalışan sağlık personeli bulunmamaktadır. Okulların tamamında ilk yardım dolabı mevcut ve yeterli ilk yardım malzemeleri bulunmakta idi. 11 (%55) okulda, 238 (% 19) öğretmenin ilkyardım sertifikası bulunurken sadece 3 okulda öğretmenlerin tamamının ilk yardım sertifikası vardı.

17 (%85)okulun bahçesinin zeminini betondan oluşmuştu. Okullardaki bahçelerin tamamının etrafı çevriliyken sadece bir okulun bahçesine başıboş hayvanların girebileceği ve okul çevresinde seyyar satıcı bulunduğu tespit edilmiştir.

Okulların tamamının bahçesinde çöp kovası bulunurken çöp kovalarının tamamında kapak bulunan okul sayısı 7 (% 35) idi, 2 (%10) okuldaki çöp kovalarında ise kapak yoktu. 6 (% 30) okulda ana çöp koytenırı çocukların sürekli bulunabileceği bir yerde yer almaktaydı.

Okulların tamamında yangın söndürme tüpleri mevcut, ulaşılabilir bir yerde ve son kullanma tarihleri geçmemişti. 5 (%25) okulda yangın merdiveni var ve bu merdivenlerin tümü kullanılabilir durumda. 14 (%70) okulda yangın alarm sistemi mevcut ve çalışır durumda. 4 okulda (%20) acil yönlendirme işareti vardı. 11(%55) okulun acil çıkış kapısı var ve 9'unun (%81,8) kapısı dışa 2 (%18,2) okulun kapısı içe açılmaktadır.

Okulların tamamında hizmetli bulunmakta ve tüm okullarda günde ortalama 4 kez tuvalet temizliği yapılmaktadır. Tüm okulların derslikleri ve ortak alanların günlük temizliği çöplerin toplanma sıklığı günlük yapılmaktadır. Tüm okulların sınıflarında ve tuvaletlerinde çöp kovaları bulunmakta ve bir (%5) okulun sınıflarındaki çöp kovalarının kapağı yoktu.

İçme suyu olarak 13 (% 65) okulda şebeke suyu, 6 (%30) okulda şebeke ve damacana suyu , 1 (%5) okulda ise damacana suyu kullanıldığı tespit edilmiştir. Okulların tümünde sular sürekli akmakta ve suların kesik olduğunda su ihtiyacı 12 (%60) okulda su deposundan sağlanırken hepsinin yılda 1 kez su deposu temizlikleri yapılmıştır. Okullardan alınan su örneklerinde sadece 1 okulun mikrobiyolojik su analizi uygunsuz olarak gelmiştir. 14 okulda (%70) böcek ilaçlaması yapılmıştır.

6 (%30) okulun yakın çevresinde trafo bulunurken 1 (%5) okulda hem trafo hem de baz istasyonu yer almaktaydı. 11 (%55) okul ana yol üzerinde ve yoğun taşıt trafiğine 100 metre mesafede yer alırken 9 (%45) okulun önünde trafiği düzenleyen hiçbir sistem yoktu.

Sadece 3 okulda (% 15) yemek hane bulunurken, okulların tamamında kantin mevcuttu.4 (%20) okulda kantinde çalışan personelden portör muayenesi yaptırmamış personel bulunmakta idi. 1 (%5) okulun kantinin de son kullanma tarihi geçmiş gıdalar bulunmakta ve 1 (%5) okulun kantinin fiziki koşulları yetersiz olduğu görülmüştür.

2 (%10) okulda engelli öğrencilerle ilgili herhangi bir düzenleme bulunmazken 2 okulda sadece engelli tuvaleti (% 10), 3 (%15) okulda sadece engelli rampası 3 (%15) okulda ise hem engelli tuvaleti, hem engelli rampası ve hem de engelli asansörü bulunmakta idi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sadece 7 (%35) okulun erkek tuvaleti sayısı, 6 (%30) okulun kız tuvaleti sayısı, 3 (%15) okulunda pisuar sayısı yeterli olarak bulunmuştur. 3 (%15) okulun hem erkek hem de kız öğrencilerin tuvaletinde sabun yoktu. 4 (%20) okulun tuvaletlerinde ise tuvalet kağıdı ve kağıt havlu bulunmamakta idi.

TARTIŞMA : Okulların tamamında hizmetli bulunması ile okulların temizliği yeterince günlük olarak yapılmakta idi. Okulların % 65'inin erkek tuvalet sayısı, %70'inin kız tuvaleti sayısı %85'inin pisuar sayısı yetersiz bulunmuş. Baharlı ve Dönmez'in Antalya kent merkezinde yaptıkları bir çalışmada okulların %82.4'ün de kız tuvaleti sayısı, %46.2'sin de erkek tuvaleti sayısı ve %95.6'sın da pisuar sayısı yetersiz olarak bulunmuştur (3). Bu oranın yüksek olması bölgemizdeki okulların çok yıllık olması bununla birlikte öğrenci kapasitelerinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Bizim çalışmamızda tüm okullarda ilk yardım dolabı mevcut olup malzeme bakımından eksiklik yoktu. Zorba ve arkadaşlarının Adana'da yaptıkları çalışmada ise okulların hepsinde ilkyardım dolabı olmasına rağmen % 35.7'sinde malzemeler eksikti (4). Bizim çalışmamızdaki okullarda ilkyardım dolabındaki malzemelerin temini okul müdürleri tarafından sağlanmıştı.

SONUÇ : Bölgemizde bulunan okullarda okul çevre sağlığı açısından bazı eksiklikler tespit edilmiştir. Bu eksiklikler okul idarelerine bildirildi. Önümüzdeki Eğitim Öğretim yılında ilimizdeki tüm okullarda bu değerlendirmenin yapılması için gerekli çalışmalar yapıldı.

Anahtar Sözcükler:Denizli, Okul, Çevre Sağlığı

Kaynaklar:Pekcan H.,Bertan M.,Güler Ç.Okul Sağlığı Halk Sağlığı Temel Bilgiler Güneş Kitabevi, Ankara,1995:2 10-24

1. Aycan S,Afşar O,Demirören M,Evcı D. 21. Yüzyılda Herkes için Sağlık T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2000
2. 14. Baharlı N, Dönmez L. Antalya Kent Merkezindeki İlkokullarda Bazı Çevre Sağlığı Değerlerinin Durumu Sağlık ve Toplum 1998;8(2):20-25
3. Zorba H,Sütoluk Z,Akbaba M,Demirhindi H,Özdener N, Adana Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesindeki Okullarda Çevre Sağlığı Durumunun Değerlendirilmesi Sağlık ve Toplum Ocak–Mart, 2007. 17(1): 27-31

905

DİYARBAKIR KENT MERKEZİNDEKİ OKUL KANTİN VE KAFETERYALARINDA, ÖZEL SEKTÖRÜN YAPTIĞI HİZMET İÇİ EĞİTİM VE İÇ DENETİMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Çelik, Yılmaz Palancı, Ali Ceylan, Yunus Karadeniz, Perran Toksöz

D.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç:Ülkemizde tam gün hizmet veren ve yemek hizmeti sunan okul sayısının yetersiz oluşu ve öğrencilerin bu hizmetten yararlanmaları konusunda bir yaptırımın bulunmaması nedeniyle , çocuk ve gençlerin bir çoğu, özellikle beslenme konusunda kantin hizmetlerinden yararlanma yoluna gitmektedir. Üstelik pek çok okulda, okul kantinleri yıllık veya aylık ihale veya teklif yöntemleri ile, sözleşmeler dahilinde okul aile birlikleri veya özel sektörden hizmet ve mal satın alınması şeklinde işletilmektedir. Beslenme için tek seçeneğin okul kantinleri olduğu düşünüldüğünde bu kantinlerin ehil ellerde işletilmesi ve denetlenmesi çok büyük önem arz etmektedir. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı düzeyinde özellikle 2010 yılında yayınlanan genelgeler ve desteklenen projeler yolu ile bu konuda ciddi hazırlıklar yapılmış ve tedbirler alınmaya çalışılmıştır. Ayrıca çeşitli sivil toplum kuruluşları da özellikle büyük kentlerde sosyal sorumluluk projeleri kapsamında çalışmalar yapmaktadır. Bu genelgelerin ve projelerin de doğrultusunda, hizmet içi eğitim ve düzenli ve doğru denetleme yapmak pek çok işyerinin başarısında ve dolayısı ile okul sağlığının geliştirilmesinde çok önemlidir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

1. Ancak Diyarbakır gibi, kentleşmeye ve hızlı gelişmeye ayak uydurmakta zorlanan bir özel sektör yapısına sahip illerimizde, okul kantinlerinin işletilmesinde ciddi roller üstlenen sektörlerin özellikle bu genelgelerin ve projelerin sonrasında hizmet içi eğitim (beslenme, hijyen, sanitasyon, gıda *sağlığı* ve ilkyardım konularında) ve denetimde ne yaptıklarının il genelinde belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışma da , Diyarbakır kent merkezindeki okul kantinlerde çalışan personelin eğitimi ve kantin iç denetiminde mevcut durumu ortaya koymak amacı ile ayrıca sonuçta okul sağlığı açısından çok önemli olan kantinlerin işletilmesinde özellikle okul yönetimlerine ve konunun sorumlu ve yetkililerine yardımcı olmak ve ayrıca farkındalığı arttırmak amacı ile planlanmıştır.

Araç ve Yöntemler: Araştırma gözlemsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışma olup, 2011 yılı eğitim dönemi içinde Mart , Nisan , Mayıs aylarında okullarda eğitim sürerken , araştırma etiği açısından MEB ve Dicle Üniversitesinden gerekli onaylar ve izinler alındıktan sonra yapılmıştır. Diyarbakır kent merkezindeki 146 ilköğretim okulu, 14 Anadolu-Süper ve Fen lisesi, 27 düz lise olmak üzere tüm devlet okullarına ve 12 fakülte ve yüksek okula gidilerek ve okul yöneticileri ile görüşülerek, mekanlar ve kayıtlar, çalışanlarla yapılan tüm görüşmeler yetkililer eşliğinde gerçekleştirilmiş ve eldeki araştırma formları doldurulmuştur. İşletmenin okul aile birliği veya özel sektör tarafından işletilmesi bağımlı değişken olarak alınmıştır. Araştırma kayıt formu hazırlanırken MEB tarafından hazırlanmış kantin denetim formundan yola çıkılmış, ayrıca forma işletmelerin ve okul yönetimlerinin iç denetlenme yöntemleri ve hizmet içi eğitim bağımsız değişken olarak ve okul çevresine ilişkin sorular, yemekhane varlığı ve işletilmesi konuları da araştırılmıştır.

Araştırma kayıt formlarını her okul için ayrı ayrı olacak şekilde, bu konuda yeterli eğitim verilen, Halk Sağlığı stajındaki Tıp Fakültesi 6. dönem öğrencileri tarafından, kayıtlar incelenerek ve okul yöneticileri, kantin çalışanları ile tek tek görüşülerek doldurulmuştur.

Çalışmaya Diyarbakır'daki özel okullar işletmeleri doğrudan okul yönetimlerince yapıldığı için araştırma dışında tutulmuştur. Kent merkezindeki okulların 33 tanesinde okul sınırları içinde bir kantin de olmadığı için bu okullarda değerlendirme dışında tutulmuştur. Dört fakültede iki kantin vardır. 15 okulda da kantin haricinde çay ocakları da mevcuttur.

SPSS 15. 0 software programında istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır. Çapraz frekans tablolarında Chi kare analizi yapılmıştır.

Bulgular:Araştırmaya dahil olan okulların %70 i çift tedrisatlı ve % 27.5 i tek tedrisatlıdır. Fakülteler düzeyinde ikili öğretimin de yapıldığı bölümler mevcuttur. Okulların 25 inde kantin haricinde çevrede de herhangi bir alışveriş imkanı bulunmamaktadır. Çevresinde alışveriş olanağı bulunsa bile öğrencilerin %47.9'u güvenlik nedeniyle okul dışına çıkamıyorken ,%52.1' i alışveriş yapabilmektedir. Okulların %90.3 ünde yemekhane hizmeti de yoktur. Kantinlerin %8.7 sini okul aile birlikleri, %91.3 ünü özel sektör işletmektedir. Özel sektörün işlettiği kantinlerin %77.2 sinde hizmet içi eğitim hiç yapılmamışken, okul aile birliklerinin işlettiği kantinlerde eğitimin hiç verilmediği kantin oranı % 42.9'dur (P=0.009). Okul kantinlerinde kayıt altına alınması zorunlu olan, düzenli portör muayeneleri kayıtları araştırıldığında ise kantinlerin %43.7 sinde kayıt bulunamamıştır(P=0.078).Denetimlere ilişkin kayıtlar araştırıldığında kantinlerin % 23.9' da yapılan denetimlere ilişkin hiçbir kayıt bulunmamıştır. Kantinin iç denetiminde okul yönetiminin satılan ürünün ve kantinin denetlenmesi esnasında kullanıldığı yöntemlerin neler olduğu sorgulandığında; ısı ölçümleme, PH ölçümleme , böcek kemirgen yaygınlığı, kızartma yağlarının uygunluğu yöntemlerinin teker teker ve hepsi bir arada sorgulanmış, sıklıkla böcek kemirgen yaygınlığının kullanıldığı %29.3 , diğer yöntemlerden sıklıkla faydalanılmadığı, %39.5 inin ise bu yöntemlerle zaten denetlenmediği belirlenmiştir. Ancak denetimin yapıldığına dair kayıtların hem okul aile birliklerinin işlettiği kantinler için (% 85.7) hem de özel işletmeler için tutulduğu (%75.2) görülmüştür(P=0.521).

Okul yönetimleri haricinde, Tarım Bakanlığı denetimleri de sorulmuş ve tüm kantinlerin %65.6' sında denetim yapıldığına dair belge görülürken, %34.4 ünde denetime ilişkin bir kayda rastlanmamıştır.

Tartışma , Sonuç ve Öneriler :Okul kantin ve kafeteryaları *yaş grubu ne olursa olsun* diğer kantinlerden ayrı bir önem taşımaktadır. Çünkü okul kantinlerinden alışveriş yapan öğrenciler açısından beslenme, buldukları yaş

itibari ile diğer gruplara göre daha büyük önem arz etmektedir. Öğrencilerin büyük bir kısmının okul kantinlerinden alışveriş yaptıkları düşünüldüğünde de okul kantinlerinin çocuk ve gençlerin beslenmesinde ve satın alma davranışı geliştirmesinde önemli bir yeri olduğu bilinmektedir (1,2). Kaliteli ve sağlıklı besine ulaşmak ve uygun fiyatlarla satın alabilmek bir öğrencinin beslenmesinde ve bu konudaki farkındalığını geliştirmesinde çok önemli bir süreçtir. Ancak bölgemizdeki öğrencilerin satın alma gücünün de istenilen düzeyde olmayışı ve seçme şanslarının da olmayışı nedeniyle , öğrencilerimiz mevcut kantinlerden beslenmek zorundadır. Çalışmamızda Diyarbakır'daki kantin ve kafeteryaların işletilmesinde hizmet içi eğitim ve iç denetim faaliyetleri açısından ciddi bir eksiklik olduğu belirlenmiştir. Okul sağlığını geliştirerek kalitenin artırılması ve sürekliliğinin sağlanması iç denetim sistemine ilişkin sorunların yerinde tespit edilebilmesi ve sağlıklı bir şekilde karar vericilerin bu konuda önlemler alması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: okul kantini, hijyen , beslenme

1. Gündoğan, N.; **Okul Kantinlerinde Çalışan Personelin Beslenme, Hijyen Ve Sanitasyon Konularında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi**, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi Ve Beslenme Eğitimi, Ankara. 2008

2. Ateşoğlu,İ.; **İlköğretim Öğrencilerinin Okul Kantinlerinde Satın Alma Davranışları Üzerine Bir Araştırma**, SDÜ,Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , 13, 327-336, 2011

475

Endüstri Yoğun Bölgede Yaşayanlarda Ya da Birinci Derecede Yakınlarında Kansere Bildirenlerin Çevresel Risk Etmenlerine Göre Değerlendirilmesi: Çorlu Örneği

Faruk Yorulmaz¹, Ufuk Berberoğlu, Esin Seçgin Sayhan, Muzaffer Eskiocak, Gamze Varol Saraçoğlu, Can Behzat Demirkan

¹ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç:Ülkemizde sanayileşmenin, sanayi kuruluşlarında çalışanların dışındaki toplumun sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendiren çalışmaların sayısı, yok denecek kadar azdır. Giderek daha sık görülen bir sağlık sorunu olmanın yanında, ülke ekonomilerine oldukça fazla yük getiren çevresel kirlenmenin bir sonucu olarak ortaya çıkan kansere karşı koruyucu hekimlik stratejilerinin geliştirilebilmesi için, öncelikle hastalığın boyutunu ve nedenlerini ortaya koyacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı almış olanlarla, olmayanlar arasında çevresel kirlenmenin ne ölçüde birlikte olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:Tanımlayıcı kesitsel özellikte olan bu araştırma için, Tekirdağ Valiliği ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Araştırmaya alınacak bireyler, araştırmacıların ve Çorlu Toplum Sağlığı Merkezi hekimlerinin birlikte değerlendirmeleri sonucunda; Tekirdağ ili Çorlu ilçesindeki Ergene Çayı, Marmaracık Çayı ve Çorlu Çayına sınır olan iki Merkez mahalle ile yedi köy ve üç beldeden seçildi.Araştırma, Nisan 2010- Nisan 2011 tarihleri arasında yapıldı.

Tabakalı örneklem yapılması için örnekleme birimi olarak hane sayısı alındı. % 6.28 örneklem büyüklüğü esas alındı. Buna göre örneklem büyüklüğü 566 hane olarak belirlendi. 400'ü araştırmaya dahil edilen mahalle, belde ve köylerin dereye en yakın olan sokaklarından, 400'ü de en uzak olan sokaklarından olmak üzere 800 haneden veri toplanması planlandı. Yüz yüze görüşme metodu ile araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formları dolduruldu. Kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olan 33 kişi ile kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olmayan 608 kişinin verileri değerlendirildi. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde niteliksel verilerin karşılaştırılmasında c² testi kullanıldı ve sonuçlar sayı ve yüzde olarak verildi. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ise student t testi kullanıldı.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sonuçlar ortalama ve standart sapma olarak verildi. Sonuçlar % 95 lik güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi. Bu değerlendirilmelerde “ SPSS 15.0 standart paket programı” kullanıldı.Bağımlı değişken; kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı bildirenler, bağımsız değişkenler ise; kanser gelişimi için risk faktörleridir (çevrede fabrika bulunması, araştırmanın yapıldığı adreste oturma süresi, baz istasyonu mesafesi, yüksek gerilim hattı bulunması, hava kirliliği, sigara kullanımı...).

Bulgular :Çalışmada 33’ü kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı almış olan ve 608’i kendisinde veya aynı hanede yaşayan birinci derece akrabasında kanser tanısı olmayan toplam 641 kişinin verileri değerlendirildi. Bu hanelerin 316’sı (% 49,3) dereye yakın iken, 325’inin (% 50,7) dereye uzak olduğu tespit edildi. Araştırma kapsamındaki hanelerde kanser tanısı almış olma sıklığı % 5,15’tir. Anketi cevaplayanlar, 49’u erkek ve 28’i kadın olmak üzere 77 yakınlarının kanserden kaybedilmiş olduğunu bildirmişlerdir. Buna göre çalışma gurubundaki hanelerin % 12’sinde yaşayan aileler bir yakınlarını kanserden kaybettiklerini bildirmişlerdir.

Çalışmaya alınan kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı almış olan ve kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olmayan grupların yaş ortalamaları sırasıyla $53,2 \pm 12,2$ ve $45,5 \pm 15,4$ olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.052$).

Her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ev hanımlarının, memurlara göre fazla olduğu tespit edildi ($p=0,038$). Her iki grupta da sosyal güvence olarak SSK’lı olanların oranı yüksekti. Kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olanların % 62,5’i, kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olmayanların % 74,8’i SSK’lı olduğunu belirtmişti. Kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olanların % 63,6 sı, kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olmayanların % 66,6 sının ilkökul mezunu olduğu saptandı ($p= 0,243$).

Çalışmaya katılan kişilerin kendilerinde veya ailelerinde görülen kanser tanıları için risk faktörü olabilecek özellikler; yerleşim yerine yakın fabrika bulunması, yüksek gerilim hattı bulunması, baz istasyonu ve çöplük varlığının yanı sıra çevrede kötü koku, hava kirliliğinin olması ile ilgili, gruplar arasında istatistiksel farklılıklar tespit edilmedi. Gruplar arasında içme suyu kaynakları karşılaştırıldığında her iki grupta da en fazla şebeke suyu kullanıldığı görülürken, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p= 0,324$).

Çalışmaya dahil edilen kişilerin ikamet ettikleri yerlerin dereye olan uzaklıkları karşılaştırıldığında; kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olanlarda median değer 750 metre iken, kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olmayanlarda 1000 metre olarak tespit edildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,046$).

İkamet ettikleri yerde oturma süreleri karşılaştırıldığında; kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olanların %72,2 si 10 yılın üzerinde bir süredir aynı adreste bulunuyorken, kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olmayanların % 61,9 unun 10 yıldan daha uzun süredir aynı adreste ikamet ettiği tespit edildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.001$).

Kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olanların % 25,8’i sigara kullandığını belirtirken, kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olmayanların % 29,2’sinin sigara kullandığı tespit edildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p=0.682$).Evde ve işyerinde yanında sigara içilmesi konularında da, kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olanlar ile kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi (Sırasıyla $p=0,687$, $p=0,852$).

Kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olanların, aldıkları tanıların dağılımına bakıldığında % 21,2’ sinin AC kanseri, %15,2’sinin Meme kanseri, %12,1’inin Kolon kanseri, % 9,1 ‘inin nasofarenks ve cilt kanseri olduğu azalan oranlarda sırasıyla beyin, prostat, pankreas kanseri, löseminin geldiği tespit edildi.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tartışma:Tarih boyunca insan sağlığı fiziksel, kimyasal, biyolojik ve sosyo-kültürel açıdan çevreden etkilenmiştir . Çevre kirliliği iklim, toprak, su, hava ve doğal yapıyı olumsuz yönde etkileyerek yeniden üretilmesi mümkün olmayan doğal kaynakları kirletmekte, bozmakta ve azaltmaktadır. İçinde bulunduğumuz yüzyıldaki hızlı kentleşme ve endüstrileşme ile daha da artan çevre kirliliği ile insanlık kendi eliyle, yaşadığı dünyayı yaşanmaz duruma getirmiştir. Plansız, programsız bir şehirleşme, çevreyi tahrip etmede bilinçsiz insanların artması, aşırı üretim ve tüketim, çevreye karşı duyarsız yönetimler, çevre kirliliğinin bugün yaşadığımız boyuta ulaşmasına neden olmuştur . Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm kanserlerin %80'ninin doğrudan veya dolaylı olarak çevresel faktörlere bağlı olduğunu bildirmiştir. Ayrıca DSÖ'nün "Sağlıklı Çevre Yoluyla Hastalıkların Önlenmesi" adlı raporunda tüm dünyadaki kanserlerin yaklaşık %19 unda çevresel etmenlerin rol oynadığı ve bu nedenle yılda 1.3 milyon kişinin öldüğünü belirtilmiştir .

Bizim çalışmamızda kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olanların oranı % 5.1 iken, çalışma grubundaki hanelerin % 12'sinde yaşayan aileler bir yakınlarını kanserden kaybettiklerini bildirdi. Kanser oluşmasındaki en temel sorunlardan birinin çevre kirliliği olduğu gerçeğinden yola çıkarak endüstri yoğun bölgelerde faaliyet gösteren sanayi kuruluşlarında endüstriyel ürünlerin ve atıklarının tekrar kullanımını mümkün kılacak teknolojilerin geliştirilmesi, arıtma tesisleri olmayan ya da olduğu halde çalıştırmayan sanayi kuruluşlarının öncelikle ve sürekli biçimde denetlenerek çalışmasının engellenmesi, sanayi kuruluşları için doğru yer seçimleri ve planlamaları oldukça önem kazanmaktadır. Bu konu ile ilgili 2004 yılında yayımlanan 'Su Kirliliğini Kontrolü Yönetmeliği' endüstri kuruluşlarına çıkarttıkları atık suyun niteliğine göre ön arıtma koşulu getirmiştir.

Çalışmaya dahil edilen kişilerin ikamet ettikleri yerlerin, sanayi atıklarının boşaltıldığı su kaynaklarına olan uzaklıkları arasında kanser tanıları ile ilgili anlamlı ilişki tespit edildi.

Çalışmaya katılan kişilerin kendilerinde veya ailelerinde görülen kanser tanıları için risk faktörü olabilecek diğer faktörler incelendiğinde; yerleşim yerine yakın fabrika bulunması, yüksek gerilim hattı bulunması ve çöplük varlığının yanı sıra çevrede kötü koku, hava kirliliğinin olması ile ilgili, gruplar arasında istatistiksel farklılıklar tespit edilmedi. Endüstri yoğun bölgelerde kanser gelişiminde, çevresel kirlenmenin rolü konusunda daha geniş serilerde ve daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği'nin 2012 yılında yayımladığı Dilovası Raporu'nda endüstri yoğun bölgelerde yaşayanlarda kanser nedeniyle ölme riskinin 10 yıl ve daha uzun süredir Dilovası'nda yaşayanlarda, 10 yıldan az yaşayanlara göre 4.4 kat daha fazla olduğu vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızda ise; kendisinde veya aynı hanede oturan birinci derece akrabasında kanser tanısı olanların %72.2 si 10 yılın üzerinde bir süredir aynı adreste bulunuyorken, kanser tanısı olmayanların % 61,9 unun 10 yıldan daha uzun süredir aynı adreste ikamet ettiği tespit edildi.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bir başka sonuç ise; baz istasyonuna yakın mesafede yaşayanlarda, kanser görülme oranlarının daha uzakta yaşayanlara göre yüksek olmasıdır. Günümüzde elektromanyetik cihazların hayatımıza daha fazla girmesiyle birlikte yeni bir çevre kirliliği türü oluşmuştur. Manyetik alan doğrudan gözle görülemeyişi veya etkisinin çoğu zaman doğrudan hissedilemeyişi nedeniyle sonuçları çok değişken olabilen bir durumdur.

İnsanlar doğada var olan manyetik alan yanında kendi ürettikleri iletişim araçları, elektrikli ev aletleri ve yüksek gerilim hatları gibi manyetik alan kirliliği etkisi altındadırlar. Kesin olarak kanser yapıcı etkileri olduğu kanıtlanmamış olsa da, riske karşı ihtiyatlı olmak açısından manyetik alan kirliliğinin kaynakları saptanarak, önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması gerekmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Sanayileşme çevre üzerinde önemli değişikliklere neden olmaktadır. Çevredeki bu değişikliklerin insan sağlığı üzerine olumsuz etkilerini inceleyen daha geniş epidemiyolojik çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Sanayi kuruluşlarının yer seçiminde itibaren, gerekli titizlik gösterilerek, uygun biçimde çalıştırılmalarına varıncaya kadar tüm süreçte, çevre sorunlarına yol açmayan üretim tekniklerine yönelmesi, gereksiz kaynak kullanımının önüne geçilmesi, çevre ile ilgili hukuk kurallarının geliştirilmesi ve yaşama geçirilmesi sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Çevresel risk etmenleri, Sanayi kirliliği, Kanser, Çorlu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Kaynaklar:

1. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Sonuç Bildirgesi. 04-07 Ekim 2011 Trabzon.
2. Kahvecioğlu Ö, Kartal G, Güven A, Timur S, 2009. *Metallerin Çevresel Etkileri-I*, Metalurji, 136.Sayı, http://www.metalurji.org.tr/dergi/dergi136/d136_4753.pdf.
3. Selinus O, Alloway B, Centeno JA, Finkelman RB, Fuge R, Lindh U, Smedley P (Editors), *Essentials of Medical Geology, Impacts of Natural Environment on Public Health*, Elsevier Academic Pres, 2005.
4. Çiftlikli M. Çevre Kirliliğinin Ekonomik Boyutları. *Çevre Dergisi*. 46-8.
5. Vural H Ağır Metal İyonlarının Gıdalarda Oluşturduğu Kirlilikler. *Çevre Dergisi*.1993:8;3-8.
6. Önen P. Çevre ve Kanser. 199-210. <http://ukdk.org/pdf/kitap/15.pdf> Erişim Tarihi 17.04.2012.
7. Aksoy, M., 2002. Beslenme, çevre ve kanser etkileşimine genel bir bakış. *Beslenme, Çevre ve Kanser Sempozyumu*, 31Mart-3 Nisan, Ankara; Bildiri kitabı, 24-25.
8. Türk Tabipleri Birliği Dilovası Raporu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2012.
9. World Health Organization. Preventing disease through healthy environments. http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf. Erişim Tarihi 17.04.2012.
10. Bold, A., Toros, H. ve Şen O., 2003. Manyetik alanın insan sağlığı üzerindeki etkisi, III. Atmosfer Bilimleri Sempozyumu, 19-21 Mart, İTÜ, İstanbul. ISBN.975-561-236-X.

923

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE DÖNEM 5 ÇEVRE SAĞLIĞI STAJININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Nur Aksakal, Tuğba Özdemirkan, Önder Aydemir, Seçil Özkan, Remzi Aygün, Mustafa N. İlhan, M. Ali Bumin, Sefer Aycan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ: İnsan sağlığı çevre ile genetik örüntüsü arasındaki etkileşimin bir ürünüdür. Kişi daha doğumdan başlayarak doğumdan ölüme kadar birçok çevresel sorundan çok değişik boyutlarda etkilenmektedir. Organizmanın dışında bulunan ve onu etkileyen her şey olarak tanımlanan çevrenin boyutları sınırsızdır. Çevresel tüm etmenler insan sağlığını olumlu ya da olumsuz etkilemektedir. Bozulan sağlık ile çevresel etmenler arasındaki neden-sonuç ilişkilerinin aydınlatılmasına yönelik yapılan çalışmalar çevre sağlığı ve çevre hekimliği kavramlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Bir disiplin olarak Çevre Hekimliği; koruyucu hekimlik, iş hekimliği ve toplum hekimliğini esas alan bir uygulamalar bütünü, bir hekimlik yaklaşımıdır. Çevre hekimliği; "hekimlerin meslek yaşamlarında karşılaştıkları her türlü hastalığı (kanser, akciğer hastalığı, kontakt dermatit, diğer kronik ve akut hastalıkları) irdelemekte, çevresel etkilenim nedenli hastalıkların önlenmesine çaba gösteren hekimlere dayanak olmakta, hava su toprak ve gıdadan oluşan çevrenin dört ana ögesini inceleyen çevre bilimlerini kullanmakta ve insan-çevre ilişkisine odaklanmaktadır. Çevre hekimliği; hekimlerin, hastalara yaklaşım biçimidir. Bu nedenle çevre hekimliği hemen hemen tüm ana klinik dalları kapsayacak boyutta gelişmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Olumsuz çevresel etkilenimle birlikte artan hastalık yükü ve tanı koymada zorluk, hekimlerin, hastalıklar arasında bağ kurmada ve ayırıcı tanıda çevresel etkilenimi dikkate almalarının ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Yakın gelecekte gerek klinik dallar, gerekse halk sağlığının hemen tüm alanları; epidemiyoloji, iş sağlığı, ana sağlığı, çocuk sağlığı, sağlık ekonomisi, sağlık yönetimi, vb. dahil, çevre ile bağlantı kurma zorunluluğunu duyacaklardır. Bu öngörü, hekimlerin çevre sağlığı sorunlarıyla ilgili beceri ve bilgilerinin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkartmıştır.

Hekimlerin sorumluluklarını en iyi şekilde yerine getirebilmeleri için çevrede kimyasal ve fiziksel etkenlerin yarattığı risklerin farkına varmaları, çevre sağlığı sorunları ve insan sağlığına etkileri konusunda beceri ve bilgilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Ülkemizde, tıp eğitimi sırasında, çevre sağlığı ve çevre hekimliği konusuna önem verilmesi çağdaş hekimlik uygulamalarının ortaya konması için önemlidir. Çevre sağlığı ve çevre hekimliği alanında verilecek eğitimlerin değerlendirilmesi, bu konudaki eğitim programlarının eksikliklerinin giderilmesi ve geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmanın amacı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından verilmekte olan Çevre Sağlığı Stajı'nı alan Dönem 5 öğrencilerinin stajdan memnuniyetleri, mesleki uygulamaya sağlayacağı katkının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2011-2012 eğitim-öğretim yılında Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından verilmekte olan Çevre Sağlığı Stajı'nı seçen Dönem 5 öğrencilerinin katılımıyla yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 2011-2012 eğitim-öğretim yılında Çevre Sağlığı Stajı'nı seçen 142 Dönem 5 öğrencisi oluşturmaktadır. Evrenin tamamı çalışma kapsamında incelenmiştir. Katılımcılara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, olurları alındıktan sonra çalışma kapsamına dahil edilmiştir.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde genel tıp eğitimlerine devam etmekte olan Dönem 5 öğrencileri Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen Çevre Sağlığı Stajı ilk ve son günü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda, bir günü Ulusal Gıda Referans Laboratuvarı'nda, bir günü Ankara Su ve Kanalizasyon İdaresi İçme Suyu Arıtma Tesisleri'nde, bir günü Ankara Su ve Kanalizasyon İdaresi Atık Su Arıtma Tesisleri'nde olmak üzere teorik ve pratik içerikli 5 gün süren eğitim-öğrenim görmektedirler. Son gün Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda staj sınavı sözlü ve yazılı olarak yapılmakta ve sınavın geneli değerlendirilmektedir.

Öğrencilerin her bir staj gününü ve stajın genelini değerlendirdikleri, Anabilim Dalı'nca geliştirilen anket formu gözlem altında uygulanmış olup bir anketin uygulama süresi ortalama 5 dakikadır. Bu anket formu ile stajyerlerin eğitimcilerin iletişimi, fiziki ortam, içerik ve süreden memnuniyetleri, stajın mesleki uygulamaya katkısı, çevre hekimliği yapma istekleri, çevre sağlığı alanında çalışma istekleri ve önerileri değerlendirilmiştir.

Eğitimcilerin iletişimi, fiziki ortam, içerik ve süreden memnuniyetleri hiç memnun değil, memnun değil, az memnun, memnun, çok memnun şeklinde 5'li Likert Ölçeği kullanılarak sorgulanmıştır. Hiç memnun değil 1 puan, memnun değil 2 puan, az memnun 3 puan, memnun 4 puan, çok memnun 5 puan olarak puanlandırılmıştır.

Araştırma verisi SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra gruplar arasındaki farkın saptanmasında normal dağılıma uygunluk testleriyle değerlendirme sonrasında nonparametrik testlerden Kruskal-Wallis Testleri kullanılmıştır. Veriler ortalama(±)standart sapma, frekans dağılımı yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Araştırma kapsamında Çevre Sağlığı Stajı'nı seçen 142 Dönem 5 öğrencisinin staj memnuniyeti ve mesleki uygulamaya sağlayacağı katkı değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin eğitimcilerin iletişimlerinden memnuniyetlerinin ortalama puanı $4,5 \pm 0,7$, fiziki ortam memnuniyetlerinin ortalama puanı $4,5 \pm 0,7$, program içeriğinden memnuniyetlerinin ortalama puanı $4,5 \pm 0,8$, program süresinden memnuniyetlerinin ortalama puanı $4,5 \pm 0,7$ olarak saptanmıştır. Öğrencilerin eğitimcilerin iletişimlerinin yararlılıklarının ortalama puanı $4,5 \pm 0,7$, fiziki ortam yararlılıklarının ortalama puanı $4,5 \pm 0,6$,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

program içeriğinin yararlılıklarının ortalama puanı $4,5\pm 0,7$, program süresinden yararlılıklarının ortalama puanı $4,5\pm 0,7$ olarak saptanmıştır.

Öğrencilerin %94,9'u eğitimcilerin iletişiminden, %94.5'i fiziki ortamdan, %93.0'ı program içeriğinden, %93.3'ü programın süresinden memnun olduklarını belirtmiştir. Öğrencilerin %93.6'sı eğitimcilerin iletişiminden, %93.4'ü fiziki ortamdan, %92.8'i program içeriğinden, %92.2'si programın süresinden memnun olduklarını belirtmiştir.

"Bu stajın mesleki uygulamanıza katkı sağlayacağını düşünüyor musunuz?" sorusuna öğrencilerin %62.1'i evet, %34.3'i belki yanıtını vermiştir.

Öğrencilerin %17.9'u çevre hekimliği yapmak istediğini, %37.9'u bu konuda kararsız olduğunu, %43.3'ü çevre hekimliği yapmak istemediğini belirtmiştir.

Öğrencilerin %22.9'u çevre sağlığı alanında çalışmak istediğini, %45.7'si bu konuda kararsız olduğunu, %31.4'ü bu alanda çalışmak istemediğini ifade etmiştir.

Çevre sağlığı stajının mesleki uygulamaya katkı sağlayacağını düşünen öğrencilerin %26.4'ü çevre hekimliği yapmak istediğini, %43.7'si bu konuda kararsız olduklarını belirtmiştir.

Çevre hekimliği yapmak isteyenlerin %92.0'ı bu stajın mesleki uygulamalarına katkı sağlayacağını düşünmektedir.

Çevre sağlığı stajının mesleki uygulamaya katkı sağlayacağını düşünen öğrencilerin %32.2'si çevre sağlığı alanında çalışmak isterken, %51.2'si belki çalışabileceğini belirtmiştir.

Çevre sağlığı alanında çalışmak isteyenlerin %87.5'i bu stajın mesleki uygulamalarına katkı sağlayacağını düşünmektedir.

Öğrencilerin eğitimcilerin iletişimlerinden, fiziki ortamdan, program içeriğinden program süresinden stajının 5 günü için memnuniyetlerinin ortalama puanı $4,5\pm 0,7$, yararlı olduğunu düşünme ortalama puanı $4,5\pm 0,7$ 'dir. Öğrencilerin eğitimcilerin iletişimlerinden, fiziki ortamdan, program içeriğinden program süresinden stajın 5 günü için memnuniyet ve yararlı olduğunu düşünme puanlarının ortalaması ile stajın mesleki uygulamaya katkı sağlayacağını düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Önerilerde bulunan öğrencilerin %68.0'ı staj süresinin, %10.5'i, pratik uygulama sürelerinin, %21.5'i uygulama yapılan yerlerin artırılması gerektiğini belirtmiştir.

TARTIŞMA: Çevre Sağlığı Stajı'nı seçen 142 Dönem 5 öğrencisinin katılımıyla yürütülen bu çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun eğitimcilerin iletişiminden, fiziki ortamdan, içerik ve süreden çok memnun oldukları saptanmıştır.

Öğrencilerin büyük çoğunluğu stajın mesleki uygulamaya katkı sağlayacağını ifade etmiştir. Bu veriler ışığında stajın amacı doğrultusunda yürütüldüğü ve hekim adaylarının eğitimlerine katkı sağladığı ifade edilebilir.

Her beş katılımcıdan biri çevre hekimliği yapmak, her dört katılımcıdan biri ise çevre sağlığı alanında çalışmak istediğini, yaklaşık yarısı kararsız olduğunu belirtmiştir.

SONUÇ-ÖNERİ: Tüm insanların sağlıklarının en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları hekimlerin sorumluluğundadır. Hekimlerin bu sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için çevre sağlığı sorunları ve insan sağlığına etkileri konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir. Ülkemizde, tıp eğitimi sırasında, çevre sağlığı ve çevre hekimliği konusuna daha fazla önem verilmesi çağdaş hekimlik uygulamalarının bilimsel zemin üzerinden yapılabilmesi için önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: çevre sağlığı, çevre hekimliği, tıp eğitimi

ÇIKAR ÇATIŞMASI: Yazarların konuyla ilgili olarak herhangi bir kurum, kuruluş ve/veya yazar ile maddi veya manevi bir çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR:

Güler, Ç. , Çevre Hekimliği, STED, 11, 5, 166-171, 2002

1. Güler, Ç. , Çevre Hekimliği, Sağlık, Toplum ve Çevre Bülteni, 4, 37, 1-8, Ocak 1994
2. 3. Tekbaş F., **Çevre Sağlığı**, Gata Halk Sağlığı Ad,Ankara,2010
3. 4. Tekbaş F., **Çevre Hekimliği Kavramı**, GATA Halk Sağlığı AD II. Ulusal Çevre Hekimliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı,18 – 21 Ocak 2006
4. Michael Gochfield, in Environmental Medicine, in pp. 3- 8.

693

KIRKLARELİ 2 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI SÜT ÇOCUKLARINDA EV İÇİ ÇEVRESEL SİGARA DUMANINA MARUZİYET DURUMU

İlknur Metin Akten¹, Canan Mutlu Pelin², Şenlen Gökgöz³

¹Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, ²Büyükçekmece Anadolu Sağlık Meslek Lisesi, ³Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

GİRİŞ VE AMAÇ:Sigara kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri uzun zamandan beri bilinmektedir. Ancak sigara dumanından pasif etkilenimin sağlık sakıncaları oldukça yakın zamanda ortaya konmuştur(1). Sigara içmeyen kişilerin başkalarının içtiği sigara dumanını solumaları pasif sigara içiciliği veya çevresel sigara maruziyeti olarak adlandırılır(2). Çevresel sigara dumanına maruziyette özellikle çocuklar riskli gruptur. Ev içinde sigara dumanına maruziyet, erken süt çocukluğu döneminden başlayarak tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, hışıltılı solunum ve kronik öksürükte artışa ve solunum işlevlerinin bozulmasına neden olur(3,4,5,6). Bu çalışmanın amacı; Kırklareli İl Merkezi'ndeki 2 nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı süt çocuklarında ev içinde çevresel sigara dumanına maruziyeti araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışma tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini; Kırklareli İl Merkezi'ndeki 2 nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde araştırmanın yapıldığı tarihte kayıtlı 0-24 aylık 155 süt çocuğu oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü $p=0.60$; $\alpha=0.01$; $d=0.17$ iken 41 olarak hesaplandı. Aile sağlığı merkezine kayıtlı 155 süt çocuğundan, basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden, 46 süt çocuğuna sahip anne, araştırmacılar tarafından geliştirilen anket uygulanarak yüzyüze anket yöntemiyle sorgulandı. Ankette ailelerin sosyodemografik özellikleri, anne babanın sigara kullanımı, sigarayı içmek için evde seçtikleri yer, konukların evde sigara içmesine izin verilme durumu yer almaktadır. Ankette ayrıca annelerin çevresel sigara dumanının süt çocuklarına zararıyla ilgili bilgi düzeylerini ölçmek için literatür taranarak, araştırmacılarca oluşturulan on soruluk bir bölüm yer almaktadır. Bilgi soruları değerlendirilirken; "Bilgim yok" ve "yanlış" bilinmiyor; "doğru" seçeneği biliniyor olarak kabul edildi.

Araştırma için Kırklareli Üniversitesi'nden etik kurul onayı ve Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı. Araştırma 2.05.2012-1.06.2012 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Veriler SPSS 10.0 paket programında değerlendirildi.

BULGULAR:Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 29 ± 5.27 'dir. Kadınların %73.9'u ev hanımıdır. Çocuklar ortalama 5.4 ± 4.32 aylıktır. Çocuklar doğduklarından itibaren ortalama 1.3 ± 0.5 kez solunum yolları rahatsızlığı nedeniyle doktora götürülmüştür.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Kadınların %84.8'i (39 kişi) hamile iken sigara içmemiştir; %6.5'i (3 kişi) hamile olduğunu öğrenince bırakmıştır; %8.7'si (4 kişi) sigara içmeye devam etmiştir. Kadınların %23.9'u (11 kişi) halen sigara içmektedir. Sigara içen kadınların %18.2'si(2 kişi) ev içinde sigara içmektedir.

Ankette kadınlara eşlerinin sigara içme davranışı ile ilgili sorular yöneltildi. Erkeklerde sigara içme sıklığı %60.9 ve bunların %43.5'i düzenli sigara içicisidir. Sigara içen babaların %21.4'ü (6 kişi) ev içinde sigara içmektedir.

Eşleri sigara içen kadınların; %82.1'i eşlerini sigara içmeme konusunda her zaman uyarırken, %3.6 uyarmayı hiç düşünmemiştir. Ailelerin %91.3'ü eve gelen misafirlerin ev içinde sigara içmesine izin vermemektedir.

Kadınlara pasif içiciliğin çocukların sağlığına zararıyla ilgili sorulan sorularda en çok bilinenler 'Sigara içilen yerlerde durmak sağlığa zararlıdır'(%93.5) ve 'Uzun süreli, geçmeyen solunum yolu belirtileri anne babaları sigara içen çocuklarda daha sıktır'(%91.3). En az bilinen ise 'Sigara içilen evlerde yaşayan bebeklerde ani bebek ölümü daha sıktır'(%54.3) önermeleri olmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Türkiye'de değişik kentlerde yapılan çalışmalara göre; evlerin %59.9-81.5'inde sigara içen en az bir kişi vardır ve bu kişi çoğunlukla evin babasıdır. Bir çalışmada değişik meslek gruplarında sigara içenlerin %90'ının evde, %50-85'inin ise çocuklarının yanında sigara içtiği bulunmuştur(7). Edirne merkezinde süt çocuklarının pasif sigara dumanına maruziyeti ile ilgili yapılan araştırmada, kadınların %42.1'inin sigara kullandığı ve sigara içen annelerin %11.4'ünün bebeklerinin yanında sigara içtiği bulunmuştur(8).

Çalışmada, süt çocuğuna sahip anne babaların, büyük çoğunluğu çocuğunu sigara dumanına maruz bırakmama konusunda olumlu davranış sergilemektedir. Ama hamileliği boyunca sigara içen veya ev içinde sigara içen ebeveynlerin çocukları riskli gruptadır. Yapılan araştırmalar; özellikle süt çocukluğu ve okul öncesi dönemde ev içinde uzun süreli birlikte yaşam dolayısıyla pasif maruziyetin etkisinin daha fazla olduğunu göstermektedir (9).

Çocukların en güvenli olması gereken ev ortamında, ebeveynleri tarafından sigara dumanına maruz kalmalarını önlemek, anne babaların çevresel sigara dumanının çocuklarının sağlığına verdiği zarar hakkında bilgi düzeylerinin artması ve bu konudaki davranış değişiklikleri ile mümkün olabilir. Türkiye aktif içiciliğin yaygın olduğu bir ülkedir(10). Çocukları pasif dumandan korumanın en önemli yollarından biri de, toplumdaki aktif içicilik sıklığını azaltmak olabilir.

ANAHTAR SÖZCÜK: Pasif içicilik, Çevresel sigara dumanı, Süt çocuğu

KAYNAKLAR:

1. N. Bilir, D. Aslan. Sigara Dumanından Pasif Etkilenim Ne Kadar Zararlı. Sted,15:4-5,2006.
2. Samet JM. Worksoh summary:Assening Exposure to Envorimantal Tobacco Smoke in The Workplace. Environ Halth Perspect;109:309-12,1999.
3. Lux AL , Hendersan SJ,Pocock SJ,et el.Wheeze associated with parental smoke exposure: a prospective,longitudinal study. Arch Dis Child,83:307-12;2000.
4. Halterman JS,Borelli B,Tremblay P, et al. Screening for Environmental Tobacco Smoke Exposure Among Iner-city Children With Astma. Pediatrics,122:1277-83;2008
5. Arvas A,Baş V,Gür E, Süt Çocukluğu Döneminde Edilgin Sigara İçiminin Solunum Yolu Enfeksiyonu Gelişimine Etkisi, Türk Pediatri Arşivi Dergisi,47:12-17;2009.
6. Keskinoglu P,Aksakoğlu G.Pasif Sigara İçiciliğinin Çocuklarda Solunum Sistemi Üzerindeki Etkileri.Türk pediatri Arşivi;46:136-141;2007.

7. Bilir N, Güciz B,Yıldız AN.Smoking Behoviors and Attitudes,Ankara,Hacettepe Public Health Foundation, International Devolopment Research Centre,Ankara,1997.
8. F.Yorulmaz,H.Dedeler. Edirne Merkezinde Bebek sahibi Aillerin Evlerinde Sigara İçilmesi Durumu.XI.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı.Denizli:260;2007
9. Seong MW,Moon JS, Hwang JH,Ryu HJ et al. Preschool Children and Their Mothers are More Exposed to Paternal Smoking at Home Than School Children And Their Mothers,Clinica Chimica Acta,411:72-76;2010.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010.1. baskı,Ankara:Anıl matbaacılık:16-17.

563

MARMARA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN CEP TELEFONU KULLANIMI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Mustafa Taşdemir, Seyhan Hıdıroğlu, Hande Gürün, Harika Duygu Özer, Mehmet Çiçek, Mehmet Zahid Çetinkaya, Melike Ülkü Aydın, Selman Birkan Özer

Giriş ve Amaç: Mobil veya cep telefonu artık modern haberleşmenin ayrılmaz bir parçasıdır. Birçok ülkede, nüfusun yarısından fazlasının kullandığı cep telefonu ve pazarı hızla artmaktadır. 2009 yılı sonunda, global olarak tahminen 4,6 milyar abone bulunmaktadır. Çok sayıdaki cep telefonu kullanıcıları dikkate alınırsa olası halk sağlığı etkilerini izlemek, anlamak ve araştırmak önemlidir. Cep telefonları, baz istasyonları denilen sabit antenlerin bir ağ üzerinden radyo dalgaları göndermesi ile iletişim kurar.

Cep telefonlarının yaydıkları elektro manyetik alan sağlık açısından insanları etkilemektedir. Bu etki özgül emilim oranıyla(sar) ölçülmektedir. Özgül emilim oranı elektromanyetik alana maruz kalındığında beden tarafından soğurulan enerji oranının ölçüsüdür. Birim doku başına soğurulan güç olarak tanımlanır birimi W/kg'dır. Cep telefonları için Amerika'da 1.6 Avrupa'da 2.0 üst limittir. Sar değeri cep telefonunun modeline, özelliklerine ve kullanımına göre değişir. 1990lı yıllarda cep telefonları için ortalama sar değeri 0.6 iken günümüzde internete girebilen görüntülü konuşmayı sağlayabilen telefonların ortalaması 1.0 i geçmektedir. Cep telefonlarının canlılar üzerindeki etkileri konusunda yapılan araştırmaların sonuçları birbirleriyle çelişkiye düşmektedir. Cep telefonunun zararlı olduğu belirtildiği gibi zararsız olduğunu belirten birçok araştırma vardır. Dünya Sağlık Örgütü cep telefonunun yaydığı elektro manyetik etkiyi grup 2b'de "muhtemel kanserojen" olarak nitelendirmiş etkilerin araştırılması için uzun süreli araştırmalara başlamıştır. Bu çalışmanın temel amacı Marmara Üniversitesi öğrencilerinin cep telefonu kullanım alışkanlıklarını belirlemek ve cep telefonunun zararları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını öğrenmektir.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırmayı desteklemek amacıyla katılımcılara anket uygulanmıştır. Evren olarak Marmara Üniversitesi öğrencileri seçilmiştir. Araştırma Marmara Üniversitesi'nin Haydarpaşa, Göztepe ve Nişantaşı kampüslerindeki çeşitli fakültelerde okuyan öğrencilerden kabul edenlere dağıt-topla şeklinde anketler dağıtılmış ,anketörler başlarında durmuştur, anket tamamlandıktan sonra toplanmıştır. Anketler Mart-Nisan 2012 tarihleri arasında uygulanmıştır.455 kişiye ulaşılmıştır. Yapılan anket 20 çoktan seçmeli, 5 açık uçlu, 9 likert tipli ve 1 sıralamalı soru olmak üzere toplam 35 sorudan oluşmaktadır. Çalışmamızın bağımsız değişkenleri katılımcıların cinsiyeti, okudukları fakülte türü, ikamet ettikleri yerler, ailenin eğitim durumu, ailenin aylık geliri ve ailedeki birey sayısıdır. Çalışmamızdaki bağımlı değişken ise katılımcıların cep telefonu kullanım alışkanlıklarıdır. Elde edilen veriler Ki-kare ve One Way ANOVA testleri kullanılıp p<0,05 anlamlılık değeri ve frekans dağılımı incelenmiştir. Bulunan sonuçlar SPSS 18.0 istatistik programında analiz edilerek tablo ve grafikler elde edilmiştir.

Bulgular:Bu bölümde katılımcıların cep telefonu kullanımı hakkındaki davranışlarını belirlemeye yönelik sorulara verdikleri yanıtların yüzdeler dağılımlarına, cep telefonuyla görüştükten sonra yaşanan rahatsızlıklara

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ve çeşitli sosyo-demografik değişkenlerin bu sonuçlar üzerindeki etkilerine bakılmıştır. Araştırmamıza katılanların 215'i (%47,3) kadın, 240'ı (%52,7) erkektir. Cinsiyet ile "SAR" teriminin bilinmesi arasında anlamlı bir bağlantı vardır (0,004). Erkekler (%7,5) bu terimi daha çok bilmektedirler. Telefon tercih ederken dikkat edilen marka, fiyat, internete bağlanabilme, SAR değeri, renk, ağırlık ve multimedya gibi özelliklerin cinsiyetle bağlantısı yoktur. Araştırmaya katılanların 380'i (%84) cep telefonu sarja takılıken görüşme yaparken, 74 kişi (%16) telefon sarjdayken görüşme yapmamaktadır. Mühendislik Fakültesi'nde okuyan 72 (%15,9) kişinin 10'u (%13,5) sarja takılıken telefonla konuşmadığını belirtirken; Diş Hekimliği Fakültesi'nde okuyan 27 (%5,9) kişinin hepsi bazen de olsa telefon sarja takılıken konuşma yaptığını belirtmiştir. Katılımcılara sorulan cep telefonu ile konuştuktan sonra hissedilen yakınmalara en çok 324 (%71,2) kişi kulak bölgesinde ısınma, ikinci olarak 240 (%52,7) kişi kulak çınlaması ve üçüncü olarak da 239 (%52,5) kişi baş ağrısı diye cevap vermiştir. Baş ağrısı, baş dönmesi, görme alanında daralma, kulak çınlaması, yorgunluk hissi, konsantrasyon bozukluğu, sersemleme ve geçici işitme kaybı ile cinsiyet arasında anlamlı bir bağımlılık yokken; kulak bölgesinde ısınma kadınlar da daha çok görülmektedir (0,017). Günde toplam yarım saatten fazla konuşma yapanlarda baş ağrısı (0,021), baş dönmesi (0,002), görme alanında daralma (0,000), sersemleme (0,003), ve geçici işitme kaybı (0,032) arasında anlamlı bir bağlantı varken kulak bölgesinde ısınma, kulak çınlaması, yorgunluk hissi ve konsantrasyon bozulması arasında anlamlı bir bağlantı bulunamamıştır. 1 den fazla telefonu olanlarda baş dönmesi (0,004), görme alanında daralma (0,040), sersemleme (0,033) ve geçici işitme kaybı (0,000) anlamlı bir şekilde fazlayken; baş ağrısı, kulak bölgesinde ısınma, kulak çınlaması, yorgunluk ve konsantrasyon bozulması arasında anlamlı bir bağlantı yoktur. Cep telefonu ile günde 0-5 dk konuşan 61 kişi (%13,4), 6-10 dk konuşan 92 kişi (%20,2), 11-30 dk konuşan 132 kişi (%29), 31-60 dk konuşan 69 kişi (%15,1), 1-2 saat konuşan 63 kişi (%13,8), 2 saatten fazla konuşan 37 kişi (%8,1); cep telefonu ile görüştüğünden sonra en sık hissettikleri yakınmayı "kulak bölgesinde ısınma" olarak belirtmiştir. Araştırmamıza katılan 412 kişi (%90,7) cep telefonunun sağlığa zararlı etkisi olduğuna inanırken; 22 kişi (%4,8) zararlı olmadığını düşünmekte, 20 kişi ise (%4,4) bu konu hakkında bir bilgiye sahip değildir. Cinsiyete göre bakıldığında ise bu soruya kadın katılımcılardan 200 kişi (%43,8) "evet", 7 kişi (%1,5) "hayır", 9 kişi (%2,0) "bilmiyorum" cevabını verirken; erkek katılımcılardan 212 kişi (%46,9) "evet", 15 kişi (%3,3) "hayır", 11 kişi (%2,4) "bilmiyorum" cevabını vermiştir. Cep telefonlarının sağlığa zararlı olduğuna inanan 412 kişinin %78,4'ü (323 kişi) cep telefonunu doğrudan kulağına dayayarak, %8,1'i (33 kişi) ise kablolu kulaklık ile konuşmaktadır. Cep telefonunu sağlığa zararlı olduğuna inanmayan 22 kişinin 18'i (%81) ve cep telefonunun sağlığa zararlı etkisinin olup olmadığını bilmeyen 20 kişinin 19'u (%95) cep telefonunu doğrudan kulağına dayayarak konuşmaktadır. Cinsiyet ile cep telefonu ile konuşma şeklinin istatistiksel bir ilişkisi yoktur. Öğrencilerin okudukları fakültenin cep telefonunun zararına olan inançları ile ilişkisi yoktur. Sarjdayken telefonla görüşme ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Cinsiyet ile gece telefonu yakın bulundurma arasında anlamlı bir bağlantı yokken; kadınlar kapatmaya daha yatkın bulunmuştur (0,039). Cep telefonunun zararlı olduğuna inanma ile cinsiyet arasında da herhangi bir bağlantı bulunamamıştır. Cep telefonunun zararlı olduğuna inanma ile tek seferde yapılan ortalama görüşme uzunluğunun (yarım saatten uzun ya da kısa) bağlantısı yokken, günde toplam yapılan ortalama konuşma süresi (yarım saatten uzun ya da kısa) ile arasında anlamlı bir bağlantı vardır (0,027). Cinsiyet ile konuşma (0,000) ve mesajlaşma (0,000) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkekler (%78,3) konuşmayı tercih ederken kadınlar (%60,9) mesajlaşmayı tercih etmektedirler. Cinsiyet ile cep telefonundan internete girmek, müzik dinlemek, fotoğraf çekmek ve TV izlemek arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Cinsiyet ile günlük toplam konuşma süresi arasında istatistiksel bir bağlantı yoktur. Tek seferde yapılan görüşmenin uzunluğu ile cinsiyetin de herhangi bir bağlantısı yoktur.

Tartışma ve Sonuç: Yaptığımız araştırmaya göre, katılımcıların büyük çoğunluğu cep telefonunun sağlığa zararlı olduğunu düşünüyor. Bu konuda önlem alanlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Cep telefonunun sağlığa zararlı olduğunu düşünenler, gece yatarken telefonu kapatmaya ya da uzak bir yere koymaya daha yatkınken inanmayanlar tam aksine tavırlara daha yatkındır. Bununla beraber katılımcıların bir kısmı telefonu kapatma nedenlerini "gece aranmamak", "rahatsız edilmemek" ya da "pilin bitmesini engellemek" şeklinde tanımlamışlardır. Sonuçların anlamlı çıkmamasının nedeni yapılan anket sayısının düşüklüğünden de kaynaklanıyor olabilir. Katılımcıların telefonun zararlarına inanıp inanmaması konuşma süresine etki etmemektedir. Katılımcıların cep telefonunun zararlı olmasına rağmen gece yatarken yanında bulundurmaları ve/veya kapatmamaları cep telefonunun alarm özelliğinin kullanılmasından kaynaklanmakta olabilir. Katılımcılar cep telefonunun zararlı olduğunu bildiği halde konuşurken ya da taşırken bu zararları azaltacak ya da engelleyecek önlemler (kulaklıkla konuşma, cep yerine çantada taşıma vb.) önlemler almamaktadır. Ancak cep telefonunun zararlı olduğunu düşünen öğrenciler günlük konuşma süresini daha kısa tutmaktadır. Bu öğrenciler telefonun konuşma olmayan zamanlarda zararsız olduklarına inandıkları için taşırken korunmaya dikkat etmeyip

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

konusurken bu zararlardan kaçınmaya çalışıyor olabilirler. Aynı zamanda taşıma kolaylığı olduğu için de bazı korunma yöntemlerini(vücuttan uzakta, çantanın içinde taşımak gibi) ihmal ediyor olabilirler. Türkiye Elektronik Haberleşme Sektörü raporuna göre 2011 yılının Nisan-Mayıs-Haziran aylarında toplam abone sayısı 63.8 milyondur(%87). Bu sayıyla Türkiye AB ortalamasının altında kalmaktadır (%126). 2011 yılı ikinci çeyrekte toplam mobil trafik hacmi 37.21 milyar dakika olarak gerçekleşmiştir. Yine bu dönemde SMS sayısı 40.078 milyon adet, MMS sayısı 23 milyon olarak gerçekleşmiştir. Ortalama bir abonenin aylık ortalama konuşma süresi 257 dakikadır ve bu süreyle Türkiye AB ülkeleri arasında Fransa'dan sonra 2. Sırayı almaktadır.Cep telefonunun, konuşmak ve mesajlaşmak dışında, en çok kullanım nedeni internete girmek olarak tespit edilmiştir. Cep telefonu seçerken dikkat edilen en önemli 3 faktör ise sırasıyla markası, fiyatı ve internete bağlanma özelliğidir. Telefonun SAR değerini bilenler, telefon alırken bu değere çok özen göstermezken kelimenin anlamını bilmeyenler telefonun SAR değerine daha çok özen göstermektedir. Bu da, cep telefonunun zararları ile ilgili yapılan çalışmalarda bu konu üzerinde çok duruluyor olmasından olabilir. Yapılan araştırmanın sonuçları KTÜ Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD'den Senem Arı, Bekir Bulut, Murat Topbaş, Gamze Çan'ın yapmış oldukları "KTÜ Mimarlık ve Orman Mühendisliği Fakülteleri öğrencilerinin cep telefonu kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları" adlı araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Cep telefonunun günlük hayattaki yeri şüphesiz tartışılmazdır. Çoğu teknolojik alet gibi cep telefonlarının da insan vücuduna zararlı etkileri olabilir. Bu etkilerden tamamen kurtulmak mümkün olmasa da en aza indirilebilir. Bu konuda gençlerin daha erken yaşlarda ilgilendirilmesi, cep telefonlarının zararları ile ilgili reklamların yapılması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cep telefonu kullanımı, SAR, Üniversite Öğrencileri

Kaynaklar:

- 1- Croft RJ, Chandler JS, Burgess AP, Barry RJ, Williams JD, Clark AR. Acute mobile phone operation affects neural function in humans. *Clinical Neurophysiology* 2002; 113: 1623-1632.
- 2- Gos P, Eicher B, Kohli J, Heyer WD. No mutagenic or recombinogenic effects of mobile phone fields at 900 MHz detected in the Yeast *Saccharomyces cerevisiae*. *Bioelectromagnetics* 2000; 21: 515-523.
- 3- Jech R, Sonka K, Ruzicka E, Nebuzelsky A, Böhm J, Juklickova M, Nevsimalova S. Electromagnetic field of mobile phones affects visual event related potential in patients with narcolepsy. *Bioelectromagnetics* 2001; 22: 519-528.
- 4- Braune S, Schulte-Monting J, Raczek J. Influence of a radiofrequency electromagnetic field on cardiovascular and hormonal parameters of the autonomic nervous system in healthy individuals. *Radiation Research* 2002; 158 (3): 352-356.
- 5-KTU Mimarlık ve Orman Mühendisliği Fakülteleri Öğrencilerinin cep telefonu ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları konulu araştırma

672

TÜRKİYE'DE İLKÖĞRETİM OKULLARI VE LİSELERDE OKUL ÇEVRESİ DEĞERLENDİRİLMESİ

Eray Yurtseven¹, Ethem Erginöz¹, Müjgan Alikışifoğlu², Zeynep Alp², Ömer Uysal³, Manolya Kara², Sibel Laçiner², Ayşe Tekin², Oya Ercan²

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ³Bezmialem Vakıf Üniversitesi; Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş ve Amaç: Okul yaşamı insan hayatında önemli bir yer tutmaktadır. 5-18 yaşları arası dönemde çocukların, okul öncesi eğitim ve temel eğitimde zamanlarının büyük bir kısmını okulda geçirdikleri bilinmektedir. Okul çağındaki çocuklar fiziki, biyolojik ve sosyal çevredeki koşullara, büyüklere oranla daha duyarlı olduklarından, çevrede meydana gelen değişimlerden önemli boyutlarda etkilenmektedirler. Bu açıdan sağlıklı öğrenciler için sağlıklı okul çevresi gerekmektedir. Bu çalışma, Türkiye’deki ilköğretim okulları ve liselerde okul çevresinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Türkiye HBSC 2009-2010 (Health Behaviour in School Aged Children) araştırmasında kullanılan örneklem grubundaki okullar seçilmiştir. Türkiye genelinde 26 il ve her bir ilden en az iki ilköğretim okulu, genel ve meslek liseleri rastgele yöntemle seçilmiş olup, toplam 219 okula soru formları gönderilmiştir. Geriye dönen ve uygun bulunan toplam 189 adet okul değerlendirmeye alınmıştır. Bu form HBSC çalışmasında uygulanan soruları içermekte olup, okul müdürü veya sorumluları tarafından doldurulması sağlanmıştır. Soru formunun ilk kısmı, okul türü (ilköğretim okulu, genel lise, meslek lisesi) ve okulun bulunduğu yer (köy, mezra ya da kırsal alan (nüfus<2000), küçük kasaba (nüfus:2000-15.000), kasaba (nüfus:15.000-100.000), şehir (nüfus:100.000-1.000.000), büyükşehir (nüfus>1.000.000)) ile ilgili tanımlayıcı bilgilerden oluşmaktadır. Formun okul çevresi ile ilgili olan kısmı ise okulun öğrencilerin kullanımında olan alanların (derslik, özel derslikler –laboratuvar vb.-, oyun alanı, spor salonu, tuvaletler) fiziki şartları (havalandırma, gürültü, ısıtma, aydınlatma vb.) ve kullanılan araç-gereçler (bilgisayar, mobilyalar vb.) ile ilgili ifadelerden oluşmaktadır. İstatistiksel değerlendirme SPSS v15.0 paket programı ile yapılmıştır. Ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular:Değerlendirilen okulların 106’sı (%56.1) ilköğretim okulu, 40’ı (%21.2) meslek lisesi ve 43’ü (%22.8) ise genel lisedir. Okulların, 23’ü (%12.2) köy, mezra ya da kırsal alanda, 29’u (%15.3) küçük kasabada, 30’u (%15.9) kasabada,58’i (%30.7) şehirde ve 44’ü (%23.3) büyükşehirde bulunmaktadır.

İlköğretim okullarının %48’inde, meslek liselerinin %35’inde, genel liselerin %40.4’ünde güvenliğin artırılması için okulun ciddi bakım ve onarıma ihtiyacı olduğu belirtilmiştir. İlköğretim okullarının %50.9’unda, meslek liselerinin %55’inde, genel liselerin %54.8’inde oyun alanının iyi durumda olduğu belirtilmiştir. İlköğretim okullarının %54.6’sında, meslek liselerinin %47.5’inde, genel liselerin ise %61’inde spor salonu bulunmamaktadır. İlköğretim okullarının %18.9’unda, meslek liselerinin %10’unda, genel liselerin %7.1’inde özel dersliklerin (bilim laboratuvarı, fizik laboratuvarı, işlik vb.) bulunmamaktadır. Çalışmamızda, okulların %82.3’ü tuvalet ve temizlik hizmetlerinin iyi durumda olduğunu belirtmiştir. İlköğretim okullarının %51.9’u, meslek liselerinin %65’i, genel liselerin %53.5’i engelli bireylerin erişimine uygun değildir. Okulların geneli değerlendirildiğinde, %55’i engelli bireylerin erişimine uygun değildir. İlköğretim okullarının %64.1’inde, meslek liselerinin %47.5’inde, genel liselerin ise %72.1’inde dersliklerin gereksinimleri karşıladığı belirtilmiştir. Okulların geneli değerlendirildiğinde, %37.6’sında derslikler gereksinimleri karşılamamaktadır. İlköğretim okullarının %60’ında, meslek liselerinin %62.5’inde, genel liselerin ise %62.8’inde dersliklerde aydınlatma koşullarının uygun olduğu belirtilmiştir. Okulların geneli değerlendirildiğinde, %39.1’inde dersliklerde aydınlatma koşulları uygun değildir. İlköğretim okullarının %66.4’ünde, meslek liselerinin %76.9’unda, genel liselerin ise %73.8’inde dersliklerin sıcaklığının uygun olduğu belirtilmiştir. Okulların geneli değerlendirildiğinde, %31.2’sinde dersliklerin sıcaklığı uygun değildir. İlköğretim okullarının %20.2’si, meslek liselerinin %20’si, genel liselerin ise %9.3’ünde dersliklerdeki havanın temiz olmadığı belirtilmiştir.

Oyun alanı ve spor salonunun durumu, tuvaletler ve temizlik hizmetleri, havalandırma ve ısıtma sistemleri, fiziki alanların engelli bireylerin erişimine uygunluğu, dersliklerin gereksinimleri karşılaması özellikleri değerlendirildiğinde, okul türü ve okulun bulunduğu yer (köy, kasaba, şehir veya büyükşehir) açılarından anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0.05$). Büyükşehir ve şehirlerdeki okullarda, gürültüye maruz kalma ve özel dersliklerin (bilim laboratuvarı, fizik laboratuvarı, işlik vb.) iyi donanımlı olması durumları; köy, mezra, kırsal alan ve kasabalardakilere göre anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tartışma:Bu çalışma, Türkiye’de ilk kez 2005-2006 öğretim yılında yapılan Türkiye HBSC (Health Behaviour in School Aged Children) araştırmasının devamı niteliğindedir. Okul çevresini değerlendiren sorular 2009-2010 araştırmasında soru formuna eklenmiştir. Bu bakımdan, 2 çalışmanın okul çevresi açısından karşılaştırması yapılamamıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ŗehir ve bykŖehirlerdeki okullarda gürültüye maruz kalmanın yüksek olarak deęerlendirilmiŖ olması bu yerleŖim yerlerinde trafik yoğunluğunun köy, mezra, kırsal alan ve kasabalara göre daha fazla olmasından kaynaklanmıŖ olabilir. Daha önce yapılan alıŖmalarda, anayola yakın olan okullarda gürültüye maruz kalmanın yüksek olduğu belirtilmiŖtir (1).

alıŖmamızda, okulların %82.3' tuvalet ve temizlik hizmetlerinin iyi durumda olduğunu belirtilmiŖtir. Yapılan diğer alıŖmalarda ise tuvaletlerin genel durumu kirli olarak deęerlendirilmiŖtir (2).

alıŖmaya katılan ilköğretim okullarının %54.6'sında, meslek liselerinin %47.5'inde, genel liselerin ise % 61'inde spor salonu bulunmamaktadır. Ankara'nın Keçiören ilçesindeki ilköğretim okullarını değerlendiren alıŖmada %67.8'inde spor salonu bulunmadığı tespit edilmiŖtir (3).

alıŖmadaki ilköğretim okullarının %20.2'si, meslek liselerinin %20'si, genel liselerin ise %9.3'nde dersliklerdeki havanın temiz olmadığı belirtilmiŖtir. İlkretim okullarında yapılan ve hava hacim yeterliliğini ölçen farklı alıŖmalarda ise, ğrenci baŖına dŖen hava hacim yetersizliği %52.4, %84.2 ve %91.9 olarak tespit edilmiŖtir (3).

Sonuç ve neriler: Literatürde ilköğretim okullarına yönelik yerel pek çok alıŖma bulunmasına rağmen, liselere yönelik okul evre sağlığı araŖtırmaları sınırlı sayıdadır. Bu alana yönelik alıŖmalar artırılmalıdır.

alıŖmamızdaki veriler okul müdürü veya okul sorumluları tarafından belirtilmiŖtir. Daha sonra yapılacak alıŖmalarda yerinde ve ölçümlere dayalı verilerin toplanması daha güvenilir sonuçlara ulaŖılmasını sağlayacaktır.

Ŗehir ve bykŖehirlerdeki okullarda gürültüye maruz kalma durumunu azaltmaya yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır. Okulların türüne uygun özel derslikler yapılmalıdır. Temizlik nlemleri artırılmalıdır.

alıŖmamızda okul evre sağlığı standartları araŖtırılmamıŖ olmasına rağmen, bundan sonra yapılacak okullar bu standartlara uygun olmalıdır.

Anahtar sözcükler: Okul evresi, ilköğretim, lise, meslek lisesi, yerleŖim yeri

Kaynaklar:

(1) Akın A, Hodoğlugil N, Koçoğlu GO, Supraniam D,Aydın Y, Bacanlı A ve ark. Altındağ Merkez Sağlık Ocağı Bölgesindeki BeŖ ilköğretimOkulunda Okul Sağlığı UygulamalarınınDeğerlendirilmesi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2000; 3: EriŖim: http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2000/sayi_3/baslik3.pdf , 05-07-2012.

(2) İzmir KemalpaŖa İlçesindeki İlkretim Okullarının evreSağlığı Açısından Değerlendirilmesi, A. Sosyal, H. Giray, S. Ŗevken. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008: 7(5): 385-390.

(3) Ankara Keçiören İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ilköğretim okullarının evre sağlığı standardına uygunluk durumunun değerlendirilmesi, M. A. Babayiğit, B.Bakır, . F. TekbaŖ, R.Oğur, A. Kılıç, M. Hasde. Turkish Journal of Public Health

707

YAKIN ÇEVRE VE FİZİKSEL AKTİVİTE İLİŖKİSİ-AYDIN ALIŖMASI

Burcu Hekim¹, Emine Didem Evcı Kiraz¹, Filiz Ergin¹, Cenk Benli¹, Burcu Diliz Doęan¹, Mevlüt Tre², Günay GreŖ³, BariŖ avuş³, James F. Sallis⁴

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalı, ²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim dalı, ³Adnan Menderes Üniversitesi Yabancıdiller Yüksekokulu, ⁴San Diego State University

GİRİŞ VE AMAÇ: Fiziksel hareketsizlik, sık görülen kronik hastalıkların etiyolojisindeki rolü nedeni ile dünyada dördüncü ölüm nedenidir. Kronik hastalıklar gelişmekte olan ülkelerde tüm ölümlerin %66 ile %80 inden sorumludur. Fiziksel aktivite ve doğru beslenme konusunda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çevresel ve politik müdahaleleri desteklemektedir. Kuzey Amerika, Avustralya ve Avrupa'nın gelişmiş ülkelerinde destekleyici yapıda çevresel özelliklerin fiziksel aktivite ile yakın ilişkide olduğu ortaya konmuştur.

Yakın Çevre Yürünebilirlik Ölçeği (YAÇEYÖ), fiziksel aktivite için mahalle ortamının algılanan niteliklerini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. YAÇEYÖ, uluslararası fiziksel aktivite ve çevre ağı (IPEN) tarafından yerleşik çevre ve fiziksel aktivite ilişkilerinin ülkeler arası analizini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Birçok dile çevrilmiş ve uluslararası güvenilirlik ve geçerlilik testleri yapılmıştır. Ancak YAÇEYÖ, ABD'de geliştirildiği için diğer ülkelere uygulanabilirliğinde kültür farklılığı ve çevresel özellikler nedeni ile sınırlılıklar olabilmektedir.

Sağlığın geliştirilmesine yönelik fiziksel aktivite programlarının geliştirilmesinde yön gösterici olarak kabul edilen ve sıklıkla kullanılan Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Uzun), incelenen kaynaklara göre YAÇEYÖ ile birlikte değerlendirilen bir soru kağıdıdır.

Çalışmanın ana amacı, çevre ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkileri ortaya koymaya yönelik YAÇEYÖ'nün Türkiye'ye adaptasyonunu sağlayarak, fiziksel aktiviteyi teşvik edici sağlıklı yaşam ortamlarının hazırlanması için yerel yönetimlere yol gösterici olabilecek bir araç geliştirmektir. Bu amaç doğrultusunda, DSÖ tarafından sağlıklı şehir olarak kabul edilen ve şehir sakinlerine fiziksel aktiviteye yönelik çok sayıda olanak sağlayan Aydın'da, 20.05.2012-25.05.2012 tarihinde, dört mahallede Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Uzun) ile birlikte YAÇEYÖ uygulanarak pilot bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın ilk aşamasından elde edilen "bölgenin yürünebilirlik ve fiziksel aktivite özellikleri ile ilgili tanımlayıcı bulguları"ndan yararlanılarak, YAÇEYÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının da tamamlanması sağlanacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM: YAÇEYÖ'yü geliştiren James F. Sallis (Ph.D.,Professor of Psychology, San Diego State University)'den ölçeğin kullanımı için izin alınmıştır. Adnan Menderes Üniversitesi öğretim üleri tarafından Türkçe-İngilizce-Türkçe tercümesi yapılmıştır. Şehir Plancısı, Peyzaj Mimarı, Halk Sağlığı ve Biyoistatistik uzmanları, Eğitim ve Fen Edebiyat Fakültesi öğretim üyeleri, yabancı dil ve Türkçe alanında deneyimli kişilerden oluşan bir uzmanlar paneli oluşturulmuş ve ankete son şekli verilmiştir. Aydın Valiliği ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan çalışma için izin alınmıştır.

Çalışma metodolojisi için ölçeği geliştiren James F. Sallis tarafından destek alınmıştır. Diğer ülkelerde de yapılan bu çalışmada ortak verilere ulaşmak ve kıyaslama yapabilmek için ortak metodoloji uygulanması istenmektedir. Muhtarlar Derneği Başkanı, Belediye strateji geliştirme yetkilileri, şehir planlamacı, fiziksel aktivite konusunda çalışmalar yapan uzmanlar, mahalli idareler müdürlüğü ile yapılan görüşmeler sonucunda; Aydın ilinde mahallelerin yüksek sosyoekonomik durum/düşük yürünebilirlik (Girne mahallesi), düşük sosyoekonomik/düşük yürünebilirlik (Kemer mahallesi), yüksek sosyoekonomik durum/yüksek yürünebilirlik (Fatih mahallesi), düşük sosyoekonomik/ yüksek yürünebilirlik (Hasanefendi mahallesi) özelliklerine göre dört mahalle seçilmiştir. Mahallelerden hane seçimi rastgele örneklem yöntemi ile yapılmıştır. Mahallelerdeki sokak isimleri muhtarlardan alınmış, sokak isimleri birden başlayarak numara verilerek listelenmiştir. Her mahalle için bir sokak asil, bir sokak yedek olacak şekilde kura ile seçilmiştir; sokak başındaki ilk ev birinci ev olarak kabul edilmiş, üçer ev atlayarak çalışmaya dahil edilecek haneler belirlenmiştir. Örneğe çıkan tek katlı bir ev değil ise; birinci katta ve en üst katta yer alan hanelerden en küçük kapı numarasına sahip olan dairelerdeki bir kişi ile görüşme yapılmıştır. Ölçeği geliştiren araştırmacı tarafından YAÇEYÖ'nün uygulanabilmesi için en az 100 kişi ile görüşülmesi gerektiği belirtilmiş, her mahalleden aynı sayıda kadın-erkek bireye ulaşabilmek için 104 kişi üzerinde anketin uygulanmasına karar verilmiştir. Dört mahalleden her birinden toplam 26 kişi (13 kadın, 13 erkek) olmak üzere, yapılacak ankete katılmaya gönüllü, son 6 aydır o bölgede oturan, kendi başına yürüyebilen, sözel olarak sorulara cevap verebilen, kognitif bozukluğu olmayan, 20-65 yaş arası 104 kişiye, 2 hafta ara ile bir sosyo-demografik veriler soru kağıdı ile YAÇEYÖ ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Uzun) uygulanmıştır. Bu çalışmada, ilk uygulamadan elde edilen sonuçlar sunulmaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

YAÇEYÖ'nde onüç alan üzerinden değerlendirme yapılmaktadır.Bu alanlar; mahalledeki konut tipleri (alınabilecek en düşük puan:173, alınabilecek en yüksek puan:865, değerlendirme:yüksek puan yüksek yürünebilirlik), mahalledeki mağazalar,imkanlar ve diğerleri (alınabilecek en düşük puan:1, alınabilecek en yüksek puan:5, değerlendirme:yüksek puan yüksek yürünebilirlik), hizmetlere erişim (alınabilecek en düşük puan:1, alınabilecek en yüksek puan:4, değerlendirme:yüksek puan yüksek yürünebilirlik), mahalledeki sokaklar (alınabilecek en düşük puan:1, alınabilecek en yüksek puan:4, değerlendirme:yüksek puan yüksek yürünebilirlik), yürüme ve bisiklet sürme yerleri (alınabilecek en düşük puan:1, alınabilecek en yüksek puan:4, değerlendirme:yüksek puan yüksek yürünebilirlik), mahalle çevresi (alınabilecek en düşük puan:1, alınabilecek en yüksek puan:4, değerlendirme:yüksek puan yüksek yürünebilirlik), trafik güvenliği (alınabilecek en düşük puan:1, alınabilecek en yüksek puan:4, değerlendirme:yüksek puan düşük yürünebilirlik), suç güvenliği (alınabilecek en düşük puan:1, alınabilecek en yüksek puan:4, değerlendirme:yüksek puan düşük yürünebilirlik), alışveriş alanlarında araç park yeri (alınabilecek en düşük puan:1, alınabilecek en yüksek puan:4, değerlendirme:yüksek puan yüksek yürünebilirlik,), mahalledeki çıkmaz sokakların olmayışı (alınabilecek en düşük puan:1, alınabilecek en yüksek puan:4, değerlendirme:yüksek puan yüksek yürünebilirlik), sokaklardaki yokuşlar (alınabilecek en düşük puan:1, alınabilecek en yüksek puan:4, değerlendirme:yüksek puan düşük yürünebilirlik), sokaklardaki dik yokuş/inişler (alınabilecek en düşük puan:1, alınabilecek en yüksek puan:4, değerlendirme:yüksek puan düşük yürünebilirlik), yürürken insanları görüp konuşabilmek (alınabilecek en düşük puan:1, alınabilecek en yüksek puan:4, değerlendirme:yüksek puan yüksek yürünebilirlik) dir. Her alan kendi içinde puanlanmaktadır. Bu puanların tümü en küçük yaşam çevresi olan mahallelerin "yürünebilir" olup olmadığını ve "yürünebilirlik" düzeyini belirleyebilmek için kullanılmaktadır.

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Uzun) aktiviteleri ev işi,bahçe işi, iş aktivitesi,ulaşım ve boş zaman aktivitelerine göre değerlendirmektedir.Oturma sorusu ek belirleyicidir,fiziksel aktivite skorlamasının bir parçasında yer almaz.Toplam skorun hesaplanması,bütün alanlarda aktivitenin tüm tipleri için süre (dakika) ve frekans (gün) toplamını içermektedir.Toplam skor iki farklı değerlendirme ile hesaplanmaktadır.Birincisi alana özel (iş,ulaşım,ev-bahçe işi,boş zaman) skorlama, ikincisi aktiviteye özel (yürüme,orta şiddetli aktivite,şiddetli aktivite) skorlamadır.Alana özel skorlama alt başlık içindeki yürüme ,orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivite skorları toplanarak hesaplanmaktadır.Aktiviteye özel skorlama hesaplaması ise yürüme,orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin kendi içinde toplamından oluşmaktadır.

Bu hesaplamalardan MET-dk olarak bir skor elde edilmektedir.Bir MET-dk, yapılan aktivitenin dakikası ile MET skorunun çarpımından hesaplanmaktadır.MET-dk skorları 60 kglık bir kişinin kilokalori değerlerine göre belirlenmiştir.Uluslararası fiziksel aktivite anketi verilerinin analizinde; yürüme:3,3 MET, orta şiddetli aktivite:4 MET, şiddetli aktivite:8 MET olarak değerlendirilerek hesaplama yapılmaktadır.

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin kategorisel sınıflaması şöyledir:

İnaktif (Kategori 1):Kategori 2 veya 3 için gereken kriterleri karşılamayan durumlar.

Minimal Aktif (Kategori 2):Aşağıdaki 3 kriterden herhangi birine girenler:

a)Şiddetli aktivitenin 3 veya daha fazla gün, günde en az 20 dakika yapılması

b)5 veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite veya yürümenin günde en az 30 dakika yapılması

c)Minimum en az 600 MET-dk/haftayı sağlayan 5 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin birleşimi

Çok aktif (kategori 3):

a) Minimum en az 1500MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite

b) Minimum en az 3000MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

BULGULAR: YAÇEYÖ ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Uzun) uygulanan 104 katılımcının 52'si (%50,0) kadın,52'si(%50,0) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 44,48(\pm 12,23) 'dür.Medeni durumuna bakıldığında eşiyile birlikte yaşayanlar 84 kişi (%80,8), yalnız yaşayanlar 20 kişi (%19,2) saptanmıştır.Eğitim durumlarına göre değerlendirdiğimizde lise altı eğitilmişler 48 kişi (%46,2), lise ve üstü eğitilmişler 56 kişi (%53,8)dir.Katılımcıların 52'si (%50,5) çalışıyor,31'i (%30,1) çalışmıyor,20'si (%19,4) emekli,1 kişi de çalışma durumu hakkında bilgi vermemiştir.

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Uzun)'ne göre katılımcıların %17,3 ü çok aktif, %9,6 sı minimal aktif, %73,1'si ise inaktif olarak saptanmıştır.

YAÇEYÖ'ne göre ölçekte yer alan alanların puan ortalaması mahalledeki konut tipleri için 310,31(min:186,maks:865), mahalledeki mağazalar,imkanlar ve diğerleri için 2,98 (min:0,17,maks:5),hizmetlere erişim için 2,81(min:1,maks:4),mahalledeki sokaklar için 2,67 (min:1,33,maks:4),yürüme ve bisiklet sürme yerleri için 2,58 (min:1,maks:3,67), mahalle çevresi için 2,31 (min:1,maks:3,67), trafik güvenliği için 2,31 (min:1,maks:3,33), suç güvenliği için 1,95 (min:1,maks:4)'dir.

Gerek mahalledeki konut tiplerine göre (375,12 \pm 101,27) gerek hizmetlere erişim açısından (3,08 \pm 0,56) en yürünebilir olan Hasanefendi mahallesidir.Mahalledeki sokaklara, yürüme ve bisiklet sürme yerlerine, mahalle çevresine göre en yüksek yürünebilirlik düzeyi olan mahalle Girne mahallesidir (puanlar sırasıyla 3,05 \pm 0,57;2,91 \pm 0,52;2,64 \pm 0,43). Trafik güvenliği alanında ise en düşük puana (2,10 \pm 0,44) sahip olan mahalle Girne mahallesidir. Alışveriş alanlarında araç park yeri sorusunda en yüksek puana sahip en yürünebilir mahalle Kemer mahallesidir (2,65 \pm 0,75). Mahallede çıkmaz sokakların az olması veya hiç olmaması sorusunda en yüksek puanı alan Girne mahallesi en yürünebilir mahalledir (3,35 \pm 0,94). Mahallede yokuş ve dik yokuş/iniş bulunması sorularında en düşük puanı alan ve yürünebilirliği en yüksek kabul edilen mahalle (1,20 \pm 0,41;1,23 \pm 0,51) Girne mahallesidir.Yürürken insanları görmek ve konuşmak açısından değerlendirildiğinde Girne mahallesi 3,50 \pm 0,51 ile en yüksek puanı almıştır ve yürünebilirlik düzeyi en yüksektir. Buna göre alanlarda en fazla yürünebilirliğe sahip mahalleler Hasanefendi ve Girne mahalleleridir.

Fiziksel aktivite puanına göre mahallelerin karşılaştırmasına bakarsak Fatih mahallesi en yüksek aktivite puanına, Girne mahallesi ise en düşük aktivite puanına sahiptir.

TARTIŞMA/SONUÇ VE ÖNERİLER: Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün 2002 raporuna göre, hareketsiz yaşam dünya çapında yılda 1.9 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. Toplumun büyük bir çoğunluğunda fiziksel aktivite, "spor" kelimesi ile eşanlamli olarak algılanmaktadır. Oysa fiziksel aktivite, günlük yaşam içinde kas ve eklemlerin kullanılarak enerji harcaması ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda spor aktivitelerinin yanı sıra egzersiz, oyun ve gün içinde yapılan çeşitli aktiviteler de fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir. Bireylerin gün içerisinde fiziksel olarak aktif olabilecekleri 4 temel alan vardır. Bunlar; İşyeri, ulaşım (yürüme, bisiklet kullanma, vb.), ev içi işler, boş zaman aktiviteleri (spor ve rekreasyonel aktiviteler)'dir (1,2).

Çalışmamızda katılımcılara uluslararası fiziksel aktivite anketi (uzun) ve yakın çevre yürünebilirlik ölçeği uygulanmıştır.

Öztürk üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi ile ilgili yaptığı bir araştırmada, öğrencilerin %14.8'nin inaktif, % 67.5'nin minimal aktif ve % 17.7'sinin çok aktif olduklarını bulmuştur (3). Brezilya'da yapılan bir araştırmada ise 20 yaş ve üzeri bireylerin % 41.1'inin inaktif olduğu bulunmuştur (4).Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar katılımcıların %17,3 ünün çok aktif, %9,6 sının minimal aktif ve %73,1 inin inaktif olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada konu ile ilgili kişiler ile yapılan görüşmeler sonucunda; yürüme mesafesinin kısa veya uzun oluşuna,yürüyen sayısının az veya çok oluşuna göre mahallelerin yürünebilirliği değerlendirilmiştir.Ancak bu değerlendirmelerin çalışmamızın sonuçları ile uyuşmadığı dikkat çekmektedir. Owen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada,çevresel estetik, egzersiz amaçlı yürüyüş ile ilişkili bulunmuştur (6).Özel imkanların (bisiklet yolları,yürüyüş parkurları,yürüyüş mesafesindeki mağazalar) ,yerel çevre estetiğinin,yürüyüş için kolaylıklar olmasının (kaldırımlar,yürüyüş yolları) ,yollardaki trafik seviyesinin de özel amaçlı yürüyüş ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.(6).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Humpel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yakın çevre yürünebilirliği hizmetlere erişim ile ilişkili bulunmuştur(6,7).Hovell ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ise mahalle çevresinin egzersiz amaçlı yürüme ile ilişkili olduğunu göstermiştir(6,8). Ball ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonucu ise egzersiz amaçlı yürüyüşün mahalle çevresi estetiği ile ilişkili olduğudur(6,9).Bu üç çalışmanın sonucu da bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlarla uyumludur.Girne mahallesi muhtarı ,mahallesini yürünebilir bir bölge olarak değerlendirmemesine karşın mahalledeki sokaklar,anayol ve kavşaklara ulaşım,yürüme ve bisiklet sürme yerlerindeki güvenlik,mahalle çevresinin estetiği,çıkma sokakların az oluşu açısından yürünebilir olduğu YAÇEYÖ kullanılarak tespit edilmiştir.Girne mahallesinin şehir merkezine uzak olduğu göz önüne alınacak olursa ,muhtarların ve diğer kurum görevlilerinin değerlendirmelerinde mahallelerin şehir merkezine uzaklığını dikkate aldıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre yürünebilirlik düzeyi yüksek olan mahalleler fiziksel aktivite açısından inaktif bulunmuştur.Bu sonuçlar fiziksel aktiflik ile yürünebilirlik arasında uyumsuzluk olduğunu göstermiştir.Bunların nedenlerinin araştırılması ve nedenlere yönelik önlemler alınması önemlidir.Elde edilen sonuçları belediye strateji geliştirme yetkilileri, şehir planlamacılar, fiziksel aktivite konusunda çalışmalar yapan uzmanlar, mahalli idareler müdürlüğü gibi kurumlarla paylaşmanın halkın sağlığını geliştirmek için faydalı olacağı düşünülmektedir. Aktif yaşam tarzının artırılması, ulusal ve uluslar arası halk sağlığı önerilerinin önemli bir bileşeni oluşturmaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına göre araştırmamızı devam ettirmenin faydalı olacağı, yeni sonuçların toplum sağlığını geliştirmeye katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Yürünebilirlik,fiziksel aktivite,yakın çevre,mahalle.

KAYNAKLAR:

1. Akyol A., Bilgiç B., Ersoy G., Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Birinci Basım, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
2. Özer D., Baltacı G., İş Yerinde Fiziksel Aktivite. Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
3. Savcı S., Öztürk M., Arıkan H., İnce D.E., Tokgözoğlu L., Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 34: 166-172, 2006.
4. Hallal P.C., Victora C.G., Wells J.C., Lima R.C., Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. Med Sci Sports Exerc. 35: 1894-900, 2000.
5. Vural Ö., Eler S., Güzel A.N., Masa Başlı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi
6. Owen N, Humpel N, Leslie E, Bauman A, Sallis JF. Understanding environmental influences on walking :review and research agenda . American Journal of Preventive Medicine,27:67-76,2004.
7. Humpel N, Owen N, Leslie E, Marshall A, Bauman A, Sallis JF. Associations of location and perceived environmental attributes with walking in neighborhoods.Am J Health Promot 2004;18:239-42.
8. Hovell MF, Sallis JF, Hofstetter CR, Spry VM, Faucher P, Caspersen CJ. Identifying correlates of walking for exercise: an epidemiologic prerequisite for physical activity promotion. Prev Med 1989;18:856-66.
9. Ball K, Bauman A, Leslie E, Owen N. Perceived environmental aesthetics and convenience, and company are associated with walking for exercise among Australian adults. Prev Med 2001;33:434-40.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İSTANBUL İLİNDE 2011 YILI BİYOSİDAL ÜRÜN KULLANAN FİRMA ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRMESİ

Edaet Hafızoglu¹, Ayşegül Sevim, Orhan Doğan, Nureddin Karakaş, Hüseyin Özyurt

¹İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, Çevre Sağlığı Birimi

Giriş ve Amaç: Halk sağlığını ve huzurunu bozan zararlılara karşı biyosidal ürün kullanarak mücadele etmek isteyen gerçek ve tüzel kişilere ait işyerlerinin çalışma usul ve esasları ile resmi kurum ve kuruluşların uygulama usul ve esaslarını belirlemek suretiyle halk sağlığının korunması amaçlanmakta olup; İstanbul Valiliğ'in den Biyosidal Ürün Uygulama İzin Belgesi alan firma çalışanlarının biyosidal ürün zehirlenmesi ile mesleki maruziyetleri (sağlıklı ve güvenli ortam oluşturmak) önemli olduğunu vurgulamak. Ayrıca işyeri ortamında sağlık ve güvenlik bakımından çeşitli unsurların oluşturacağı riskler bulunmaktadır. Burada çalışanlar açısından risk oluşturan başlıca kimyasal faktörler bulunmaktadır. İş sağlığı çalışmalarında başlıca ilgi, işyerinde bulunan sağlık tehlikelerini kontrol etmek suretiyle hem çalışanların, hem de çevredeki toplumun sağlık ve güvenliğini korumaktır.(3) Bu alanda çalışan sağlığını kontrol amacıyla, fiilen çalışan ve çalışacak olanların sağlık raporu alma ve cholinesteraz enzimine baktırmak zorunluluğu getirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:İlimiz dahilinde 2011 yılında 39 ilçede Haşere İlaçlama Firmasında tarama çalışmaları yapılmış olup; 197 Haşere ilaçlama firması çalışanlarının sağlık raporları ve cholinesteraz enzimlerinin Biyosidal Ürün Kullanım Usül ve Esasları Hakkında Yönetmelik (RG-27/01/2005 tarih- 25709 sayılı, Değişik İbare:RG-21/05/2011 tarih -27940 sayılı) çerçevesinde yapıp yapılmadığı incelenmiştir.Bu alanda çalışanlar pestisid zehirlenmelerine maruz kalmaktadırlar.(2) Etkiledikleri canlıların türüne göre pestisitler bazı gruplara ayrılır. Bu gruplar içinde en fazla kullanılan insektisitlerdir. İnsektisitler de çeşitli kimyasal formülasyonlar şeklinde olabilir. Bunlar arasında en yaygın kullanılanlar organik fosforlu bileşiklerdir. Organik fosforlu bileşikler asetilkolin esteraz enzimini inhibe eder. Enzim inhibisyonunun düzeyine göre de klinik belirtiler ve bulgular ortaya çıkar. Fosforlu insektisitler asıl olarak solunum yolundan vücuda girerler. Bununla birlikte deriden absorpsiyon da önemlidir. Zehirlenmenin önüne geçilmesi bakımından sulandırma sırasında vücuda temas etmemesi için gerekli önlemler alınmalı,eldiven koruyucu giysi ve gerektiğinde maske kullanılmalıdır.(1)Çalışan ve çalışacak olan kişilerin astım gibi kronik solunum yolu rahatsızlıkları, alerjik rahatsızlıklar, cilt hastalıkları ile nörolojik rahatsızlıkların bulunup bulunmadığı ile kanda cholinesteraz enzimin değerleri incelenir. Cholinesteraz enziminin normal değerleri :Serumda 1.900-3.800 UL/lt,Alyuvarlarda 6.500-1.400 UL/lt 'dir.(4)Bu tetkiklerden sonra uygun olanlar çalışmaya devam eder. Sağlığı bozulanlar veya bozulma eğilimi gösterenler tespit edilerek gerekli tedavilerin yapılması ve sağlığına kavuşması sonucunda bu alanda çalışmasına müsaade edilir.

Bulgular: 2011 yılına kadar müracat eden firma sayısı 227 dir. Bu firmalarda sağlık raporu ve cholinesteraz enzimi gibi sağlığı ilgilendiren çalışma yapıldı. Pestisit ile çalışanlarda nörolojik durum tespiti, allerjik durum tespiti, solunum durum tespiti ve serum cholinesteraz düzeyi ölçümü gibi belirteçler zehirlenmeyi göstermektedir. Buna göre cholinesteraz inhibitörleri deriden, solunum ve sindirim sisteminden hızla emilerek, süratla cholinesteraz enzimiyle birleşir ve onu inhibe ederek etkilerini gösterir. Organik fosforlu ilaç zehirlenmeleri, kanda cholinesteraz düzeyi ile ortaya çıkar. Normalin %20-25 altında olan enzim düzeylerinde solunum zorlukları, öksürük, burun akması, göğüste daralma, gözde yanma ve sulanma, uykusuzluk, dikkat dağılması gibi belirtiler görülür.(1)2011 yılında 39 ilçede bulunan 197 haşere ilaçlama firmasının işyerinde Müdürlüğümüzün 31 elemanı ile denetleme yapıldı. 48 firmanın kapandığı tespit edildiğinden, bu firmaların ilaç uygulama izinleri Valilik onayı ile iptal edildi. Uygun çalışma koşullarını içermeyen 98 firmaya gerekli uyarılar yapıldı ve bu firmalara tekrar tekrar gidilerek uygun şartlarda faaliyet göstermeleri sağlandı. Son olarak 135 kayıtlı firmanın Müdürlüğümüzde bulunan dosyaları incelendi ve çalışan, mesul müdür, ekip sorumlusu ve ekip çalışanlarının sağlık raporu (Nöroloji, Cildiye,Göğüs hastalıkları muayenesi) almaları ve cholinesteraz enzimi tahlili yapılması sağlandı.2011 yılına kadar açılan firma sayısı 2272011 yılında faaliyette olan firma sayısı 1352011 yılında sağlıklı ve güvenli ortam sağlanan firma sayısı 124

Tartışma ve Öneriler: İlimizdeki 39 ilçede faaliyet gösteren haşere ilaçlama firmalarında müdürlüğümüz elemanlarınca inceleme ve denetim çalışmaları yapıldı. Çalışma sonucunda mesul müdür, ekip sorumlusu ve ekip çalışanlarının sağlık raporları ve cholinesteraz enzimlerinin ölçümleri yapıldı.2011 yılına kadar denetlenen 135 firmadan çalışanlarının sağlık raporu uygun olan ve cholinesteraz enzimi normal değerinde olan 124'ünün faaliyetine izin verilip, uygun değerde olmayan firmalar uyarıldı. Bu sayede firmaların %92 'sinde 2011 yılında

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sağlıklı ve güvenli ortamda çalışmaya devam edilmesi sağlandı.Yeni açılan firmalara da çalışan sağlığının önemi vurgulanarak aynı işlem uygulanmaktadır. İlalamada kullanılan biyosidal rnlerin T.C.Sağlık Bakanlığı'dan ruhsatlı olması gerektiğinden, ruhsatlı firmalar Müdürlüğümüzün web sitesinde ilan edildi. Pestisitlerle teması kesebilecek eldiven, gözlük ve maske gibi koruyucu malzemelerin kullanılmasına zen gösterilmesi sağlandı.Bu tür kontrollerin, firmalardaki pestisid solüsyonu hazırlama, taşıma, yükleme ve uygulama sırasında deri, göz ve solunum yoluyla oluşabilecek olası mesleki zehirlenmelerin teşhis ve tedavisinde pek çok zorluklarla karşılaşıldığından, söz konusu zehirlenmelerinin önlenmesi, zamanında teşhis konulabilmesi ve açılan tedaviye başlanabilmesi açısından önemli olduğu (1) görülmektedir.

Anahtar sözcük: Biyosidal rnler, çalışan sağlığı, serum colinesteraz enzim değerleri.

Kaynaklar:

1.Meryem Genç Karanlık-Akut pestisit zehirlenmelerde zehirlenmenin şiddeti,akut inflamatuvar belirteçler ve eritrosit kolinesteraz düzeyi arasındaki ilişki.(2011 Uzmanlık tezi)

2.Özlem zkılı-İş sağlığı ve güvenliği,yönetim sistemleri ve risk değerlendirme metodolojileri- Bakanlık Teknik İş Müfettişi 2005 Bölüm:3 (63-64)3.Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006(İş sağlığı ve Güvenliği) Bölüm 11 :(603-604,612-613

9-Toplum Beslenmesi

332

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN GENETİĞİ DEĞİŞTİRİLMİŞ ORGANİZMALI ÜRÜNLERLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ

Elif Durukan, Rengin Erdal, Nihal Bilgili Aykut, Sare Mihçioğur, Ayşe Akın

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Biyoteknoloji yöntemleri kullanılarak gen veya genlerin bir organizmadan diğer bir organizmaya aktarılmasına gen transferi ve bu organizmalara da Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar (GDO) denilmektedir (1).

GDO dünyadaki açlığa çözüm olarak insanlığın hizmetine sunulmuş olup (1) Dünyada genetiği değiştirilmiş organizma üretimi hızla artmakta, GDO'lu ürünler hayatın her alanında karşımıza çıkmaktadır. Tarımsal ve ticari GDO'lu ürün üretimi ABD (%59), Arjantin (%20), Kanada (%7), Brezilya (%6) ve Çin (%4) olmak üzere 5 ülkede yoğunlaşmaktadır (2). Ekonomik öneme sahip tarım ürünlerinin %15'i GDO'lu olup bunun %46'sını soya, %36'sını mısır, %14'ünü pamuk ve %4'ünü kolza oluşturmaktadır (2).

GDO'ların üretimi ve kullanımının yaygınlaşmasının, giderek artan dünya nüfusunun ihtiyaç duyduğu gıda ve ilaç üretimini karşılayabileceği ve dünyanın tarım, sağlık ve ekolojik alanlardaki problemlerine olası bir çözüm oluşturduğuna inanılmaktadır (3,4). Buna karşılık insan ve çevre sağlığı ile sosyo-ekonomik yapıya yönelik olası riskleri nedeniyle, gıda zincirinin sürdürülebilirliğini önemli ölçüde tehdit ettiği de bildirilen görüşler arasındadır (4).

Avrupalı tüketicilerin GDO'lara yönelik bilgi ve tutumlarını konu alan araştırma sonuçları incelendiğinde, toplumların biyoteknoloji uygulamaları ve GDO'lu ürünler hakkında bilgi yetersizliği olduğu ve söz konusu gıdaların olası olumsuz etkileri nedeniyle GDO'lu gıdalara karşı olumsuz tutum sergiledikleri gösterilmiştir (5,6).

Ülkemizde konu ile ilgili araştırmalar kısıtlı sayıda olmakla birlikte, Türk tüketiciler de Avrupalı tüketiciler gibi GDO'ların insan ve çevre sağlığına yönelik olası riskleri ile sosyo-ekonomik yapı üzerindeki olumsuz etkileri nedenleriyle bu gıdalara karşı olumsuz bir tutum içerisinde ancak tıbbi amaçlı biyoteknoloji uygulamalarını desteklemektedir (7).

Günümüzde önemi sürekli olarak artan Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar (GDO) hakkında toplumun bilgi sahibi olmasının yanı sıra bu konuda kamuoyu oluşturacak; söz konusu ürünlerin yararları ve olası zararları konusunda çalışmalar yürütecek geleceğin doktorları tıp öğrencilerinin konu hakkında yeterli bilgi sahibi olması son derece önemlidir. Bu araştırmada Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde okuyan Dönem III ve Dönem VI öğrencilerinin GDO'lu ürünlerle ilgili bilgi düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem : Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, 10 Eylül-1 Ekim 2011'de Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi (BÜTF)'nde yürütülmüştür. Araştırmanın evreni BÜTF Dönem 3 (n=87) ve 6 (n=38) öğrencileri olup evrenin tamamına (n=125) ulaşmak hedeflenmiş; Dönem 3 öğrencilerinin 82 ve Dönem 6 öğrencilerinin 32'si araştırmaya dahil olmuştur. Araştırmaya katılma oranı % 96'dır. Çalışmada veri kaynağı olarak, anket formu kullanılmış, form öğrencilere gözlem altında uygulanmıştır. Anket formu 3 bölüm ve 41 soru içermektedir. Anketin ilk bölümünde 11 soru bulunmakta ve tanımlayıcı nitelikte sorulardan (yaş, cinsiyet, sınıf, yaşanan yer vb) oluşmaktadır. Anketin ikinci bölümü "GDO'lu gıdalar ile ilgili bilgi düzeyi"ni değerlendirmeye yöneliktir. Bu bölümde öğrencilere GDO'lu gıda terimini duyup duymadığı, duymuşsa ilk olarak nereden duyduğu sorulmuş; "genetiği değiştirilmiş organizma"yı bilme durumu "Genetiği değiştirilmiş organizma (GDO)'nın tanımını yapınız" şeklinde açık uçlu olarak sorulan soruya verilen yanıt üzerinden değerlendirilmiştir. Hangi ülkelerde GDO'lu gıdaların üretildiği, GDO'lu gıdaların yararları ve zararları, GDO teknolojisi kullanılarak hangi tarımsal ürünlerin üretiminin yapıldığı gibi bilgi soruları bulunmaktadır. Anketin 16 soru içeren üçüncü bölümü "GDO'lu gıdalar hakkında tutum ve davranışlar" ile ilgilidir. Bu bölümde öğrencilere GDO'lu ürün kullanıp kullanmayacağı, şimdiye kadar GDO'lu gıda tüketip tüketmediği, üzerinde GDO olduğu belirtilen bir ürünü satın alıp almayacağı gibi sorular yöneltilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırmanın verileri SPSS 17.0 istatistik paket programına aktarılarak analiz edilmiştir. Bazı tanımlayıcı özelliklere göre GDO bilgi düzeyinin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi " $p<0.05$ " olarak kabul edilmiştir.

Uygulama öncesinde BÜTF Dekanlığı ve BÜTF Ankara Hastanesi Başhekimliğinden yazılı onay alınmıştır. Öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü onayları alındıktan sonra anket uygulanmıştır. Araştırmaya katılanların mahremiyeti ve bilgilerinin gizliliğinin korunması sağlanmıştır. Anket formlarına isim kaydedilmemiştir. Araştırmanın sonuçları sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Bulgular: Araştırmaya toplam 114 öğrenci katılmıştır (%71,9'u Dönem 3, %28,1'i Dönem 6). Öğrencilerin %60,5'i kadın, %39,5'i erkek olup yaş ortalaması $21,6 \pm 2,4$ 'dür. Öğrencilerin tamamı GDO'lu gıda terimini duymuştur; duydukları yerlerin dağılımına bakıldığında % 78,9'u TV-Radyo'dan, %35,1'i kitap dergilerden, % 29,8'i internetten, %18,4'ü derslerden, %4,4'ü bilimsel toplantılardan duymuştur. Öğrencilerin yarısı GDO'lu ürünlerle ilgili yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığını, %33,3'ü yeterli bilgiye sahip olduğunu, %16,7'si iyi/çok iyi düzeyde bilgiye sahip olduğunu düşünmektedir. GDO tanımı yapmaları istendiğinde öğrencilerin %25,6'sı tanımlı bilmediğini ifade ederken, %45,6'sının tanımı yeterli kabul edilmemiş, %4,4'ü doğru, %28,1'i ise yanlış tanım yapmıştır. Dönem 3 ve 6 öğrencilerinin doğru GDO tanımı yapabilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$); Dönem 6 öğrencileri arasında doğru tanım yapanların yüzdesi Dönem 3 öğrencilerinden daha yüksektir (sırası ile %12,5 ve %1,2). GDO'nun en yaygın kullanım alanları sorusuna öğrencilerin % 87,7'si tarım, %13,2'si hayvancılık, %5,3'ü tıp cevaplarını vermiş; %7'si fikri bulunmadığını belirtmiştir.

GDO teknolojisi kullanılarak üretilen tarımsal ürünlerin neler olduğu sorulduğunda öğrencilerin %80,7'si mısır, %62,3'ü soya, %61,4'ü domates, %49,1'i çilek, %43'ü patates, %29,8'i pamuk, %27,2'si pirinç, %24,6'sı buğday, %11,4'ü kolza yanıtını vermiştir; %8,8 öğrencinin ise bu konuda fikri bulunmamaktadır.

GDO üretiminin en yaygın yapıldığı ülkeler sorulduğunda öğrencilerin %43,9'u ABD, %29,8'i Çin, %21,9'u Avrupa Birliği ülkeleri, %16,7'si Japonya, %12,3'ü Brezilya, %11,4'ü Hindistan, %9,6'sı Kanada, %7'si Arjantin, %3,5'i Paraguay, %3,5'i İsrail, %2,6'sı Filipinler, %1,8'i Uruguay ve %1,8'i Türkiye yanıtını vermiştir; %32,5'inin fikri yoktur.

Öğrencilerin %93'ü Türkiye'de GDO'lu gıda satışı, %52,6'sı GDO'lu gıda üretimi, %74,6'sı GDO'lu gıda ithalatı olduğunu düşünmektedir. GDO'lu gıdaların ülkemize girişi ile ilgili bir yasal düzenlemenin mevcut olup olmadığı konusunda %45,6'sının fikri yokken, %27,2'si yasal düzenleme olduğunu; %27,2'si ise olmadığını ifade etmiştir.

Öğrencilerin %84,2'si GDO'lu gıdaların sağlık sorunları yaratabileceğini düşünmektedir; %39,5'i GDO'lu gıda üretimini etik açıdan doğru bulmamaktadır; %37,7'si patent ve tekelleşme sorunları yaratabileceğini, %36'sı biyolojik çeşitliliği azaltabileceğini, %21,9'u tarımda fazla ilaç kullanımına neden olabileceğini düşünmektedir. Öğrencilerin %2,6'sı GDO'lu gıdaların zararlı olmadığını düşünmekte; %85,1'i kansere, %70,2'si alerjik reaksiyonlara, %64,9'u gastrointestinal sistem sorunlarına yol açtığını, %7'si başka sağlık sorunlarına da yol açabileceğini, %1,8'i ise sağlık sorununa yol açmayacağını düşünmektedir; %5,3'ünün konu hakkında fikri bulunmamaktadır.

Öğrencilere GDO'lu ürünleri kullanıp kullanmayacakları sorulduğunda %47,4'ü kullanmayacağını, %28,1'i kullanabileceğini, %24,6'sı ise kararsız olduğunu belirtmiştir.

Öğrencilerin %95,6'sı GDO'lu gıdaların satışa sunulurken GDO'lu olduklarının etiketlenmesi gerektiğini, %2,6'sı etiketlenmelerinin gerekmediğini düşünmektedir; %1,8'i ise bu konuda bir fikrinin olmadığını belirtmiştir. Üzerinde GDO olduğu belirtilen bir ürünü satın almayacakları sorulduğunda ise %63,2'si böyle bir ürünü satın almayacağını, %21,1'i bu konuda fikrinin olmadığını, %1,8'i ise böyle bir ürünü satın alabileceklerini ifade etmiştir.

Öğrencilerin %74,6'sı GDO teknolojisinin bitkisel gıdaların üretiminde kullanılmasını desteklemediğini, %9,6'sı ise desteklediğini belirtirken %15,8'inin fikri yoktur. Öğrencilerin %81,6'sı GDO teknolojisinin hayvansal

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

gıdaların üretiminde kullanılmasını desteklemediğini, %5,3'ü ise desteklediğini belirtmiştir; %13,2'sinin fikri yoktur.

Tartışma, Sonuç Ve Öneriler: Açığa çözüm olması amacıyla geliştirilen GDO'ların üretimi ve kullanımı hızla artan dünya nüfusunun gıda ihtiyacını karşılayabilmek adına desteklenmekte ve her geçen gün yaygınlaşmaktadır. Ancak, GDO'lu ürünlerin insan ve çevre sağlığına yönelik olası zararları olduğunu savunan görüşler de bulunmaktadır. GDO'lu gıdaların yararları ve olası zararları ile ilgili toplumu bilgilendirilmede önemli rol üstlenen gruplardan birinin doktorlar olduğu düşünülürse, geleceğin doktorları tıp fakültesi öğrencilerinin bu konuda yeterli bilgi düzeyine sahip olmalarının önemi de ortaya çıkmaktadır.

Araştırmaya katılan BÜTF Dönem 3 ve 6 öğrencilerinin tamamı GDO terimini duymuştur. Öğrencilerin çoğu bu terimi ilk olarak TV-radyodan duymuştur. Demir ve arkadaşlarının yapmış olduğu toplum tabanlı çalışmada ise araştırmaya katılanların %29'u GDO terimini hiç duymamıştır (8). İki çalışma arasındaki farklılığın nedeni araştırmanın evreninin ilerde sağlık sektöründe çalışacak kişilerden oluşması ve GDO'nun insan sağlığı üzerine olumlu veya olumsuz etkileri nedeniyle tıp öğrencilerinin gündeminde daha çok yer alması olabilir.

Tüm öğrencilerin sadece %4,4'ü; Dönem 3 öğrencilerinin %1,2'si, Dönem 6'ların % 12,5'i GDO tanımını doğru olarak yapabilmıştır. Bu farkın sebebi, Dönem 3 öğrencilerinin tıp alanı ile ilgili bilgi birikimlerinin henüz tamamlanmamış olması olabilir. GDO'ların sürekli gündemde olan bir konu olduğu düşünüldüğünde Dönem 3 öğrencilerinin bilgi düzeyinin mevcut durumdan daha yüksek olması beklenebilirdi. Benzer şekilde, toplum tabanlı bir çalışmada da toplumun GDO ile ilgili bilgi düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (8). Tıp alanında üniversite eğitimi alan ve geleceğin doktorları olacak bu topluluğun, bilgi ve duyarlılık düzeyinin topluma oranla daha yüksek olması beklenirdi.

Öğrencilerin %84,2'si GDO'lu gıdaların sağlık sorunları yaratabileceğini düşünmektedir; sorunların neler olduğu sorulduğunda %85,1'i kansere, %70,2'si alerjik reaksiyonlara, %64,9'u gastrointestinal sistem sorunlarına yol açtığını belirtmiştir. Bu sonuçlar Bayraç ve ark.'nın çalışması ile uyumludur (9). Ancak, literatür değerlendirildiğinde, GDO'lu gıdaların herhangi bir sağlık sorununa yol açtığı gösterilmemiştir (10).

Bu çalışmada öğrencilerin %47,4'ü GDO'lu ürün kullanmayacağını, %28,1'i kullanabileceğini belirtmiştir. Demir ve ark.'nın çeşitli meslek gruplarında yapmış oldukları çalışmada ise katılımcıların %85,6'sı GDO'lu ürün tüketmeyeceğini ifade etmiştir (8). Huang ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada Avrupa ülkeleri ve Japonya'da GDO'lu gıdalara karşı olumsuz tavır daha yaygın iken, ABD ve birçok gelişmekte olan ülkede daha az olumsuz bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir (11). Lan ve ark. da ülkenin sosyoekonomik gelişiminin artması ile GDO'lu gıdalara karşı risk yaklaşımı ve olumsuz tavrın arttığını göstermiş; az gelişmiş ülkelerin GDO teknolojisini daha fazla desteklediklerini ifade etmişlerdir (12).

Bu araştırmada geleceğin doktorları tıp öğrencilerinin GDO bilgi düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum ileride GDO hakkında toplumun bilgi sahibi olması, farkındalığının artması ve seçimlerini bu doğrultuda yapması amacıyla çeşitli çalışmalar yürütecek olan öğrencilerin konu hakkında yeterince bilgilendirilemediğini ve fikir sahibi olmalarının sağlanamadığını düşündürmüştür. Çalışma sonuçları, GDO'lara ilişkin eğitim etkinliklerinin tıp fakültesi müfredatına eklenmesinin uygun ve gerekli olduğunu göstermektedir. Ayrıca, öğrencilerin en çok bilgi edindiği araç olduğu tespit edilen basın yayın organlarında konuya yer verilmesi bir çözüm yöntemi olarak düşünülebilir.

KAYNAKLAR:Atsan T, Kaya TE. Genetiği değiştirilmiş organizmaların (GDO) tarım ve insan sağlığı üzerine etkileri. U.Ü. Ziraat Fakültesi Dergisi 2008; 22: 1-6.

1. Meseri R. Beslenme ve genetiği değiştirilmiş organizmalar (GDO). TAF Prev Med Bull 2008; 7: 455-460.
2. Kıyak, S. Genetik Olarak Değiştirilmiş Gıdalar, Cartagena Biyogüvenlik Protokolü ve Türkiye'de Durum (1), Çevreye Genç Bakış 2004; 4: 14-22.
3. Genetically Modified Organisms (Online Textbook), <http://www.learner.org/courses/biology/textbook/gmo/> (erişim tarihi: 24/12/ 2011)
4. James, C. (2008). Global status of commercialized biotech/gm crops: 2008 (Report No: 38 ISBN 978-1-892456 44-31), ISAAA Brief , ISAAA: Ithaca, NY

5. Gaskell, G., Allum, N., & Stares, S. (2003). Europeans and biotechnology in 2002 (Report No: QLG7-CT-1999-00286). A Report to the EC Directorate General for Research from the project Life Sciences in European Society.
6. Özdemir, O. Attitudes of consumers toward the effects of genetically modified organisms (GMO's): The example of Turkey. *Journal of Food, Agriculture & Environment* 2009; 7(3-4): 132-138
7. Demir A, Pala A. Genetiği değiştirilmiş organizmalara toplumun bakış açısı. *Hayvansal Üretim Dergisi* 2007;48: 33-43.
8. Bayraç AT, Baloğlu MC, Kalemtaş G, Kavas M. Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar. Ankara: ODTÜ Geliştirme Vakfı Yayıncılık, 2007: 34-42.
9. 10. Hallman, W. K., Hebden, W. C., Cuite, C. L., Aquino, H. L., Lang, J.T., Americans and GM Food: Knowledge, Opinion and Interest in 2004. Food Policy Institute Report RR-1104-007, 2004.
10. Huang J, Qiu H, Bai J, Pray C. Awareness, acceptance of and willingness to buy genetically modified foods in Urban China. *Appetite* 2006; 46: 144-151.
11. Lan L. Chinese public understanding of the use of agricultural Biotechnology. A case study from Zhejiang Province of China. *Lü / J Zhejiang Univ Science B* 2006; 7: 257-266

960

ADÖLESANLARIN BESLENME VE EGZERSİZ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Seher Yurt¹, Serap Bulduk², Kamer Gür³, İrem Özel⁴, Elif Ardiç⁴

¹Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, ²Düzce Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ³Marmara Üniversitesi, ⁴Maltepe Üniversitesi,

GİRİŞ – AMAÇ: Adölesan dönem (11-21 yaş) çocukluktan yetişkinliğe doğru geçişte oldukça dinamik süreçtir. Bu dönemde adölesanın bağımsız birey olma çabası, akran grupları gibi sosyal çevrenin etkisi, dış görünüşün önem kazanması, aktif yaşam tarzı gibi etkenler yeme davranışlarına ve beslenmeleri üzerine oldukça etkilidir (1). Hayat boyu sürecek beslenme alışkanlıkları adölesan dönemde yerleşir. Bu dönemde ayak üzeri hızlı atıştırma ve yağ, şeker ve tuzdan zengin olan “fast food” alışkanlıkları ya da öğün atlama artmaktadır. Bu dönemde kötü beslenme alışkanlıkları ve beslenme bozuklukları daha sıktır. Beslenme çocukluk ve ergenlik döneminde yeterli ve dengeli olmazsa, ileri dönemlerde önemli kronik hastalıkların oluşmasına zemin hazırlayabilir. Kötü beslenme alışkanlıklarının yerleşmesi ileriki yıllarda osteoporoz, obezite, hiperlipidemi, cinsel gelişimde gecikme, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi pek çok hastalığa zemin hazırlar (1, 2, 3, 4).

Adölesan dönem; bireysel gelişim, yeme ve egzersiz konusunda otonominin en fazla arttığı dönem olduğundan beslenme davranışında da hızlı değişimler gözlenebilmektedir. Beslenme ve aktivitedeki bu değişimlerin belirlenebilmesi için bu dönemde değerlendirmelerin yapılması önemlidir. Beslenme değerlendirilirken; günlük alması gereken miktarın bilinmesi, günlük beslenme şekli, içeriği ve öğün düzeni öyküde mutlaka sorgulanmalıdır (4).

Adölesanlara yönelik sağlığı koruyucu çalışmaların geliştirilmesi ve yürütülmesi çok önemlidir. Sağlık profesyonelleri koruyucu programları başlatmada, pozitif yaşam davranışları için cesaretlendirmede danışman olarak önemli role sahiptir. Okullar tüm bu çalışmaların yürütülmesinde önemli fırsat alanlarıdır.

Okul sağlığı alanında çalışan profesyoneller, anasınıfından üniversite öğreniminin sonuna kadar, okul sağlığı eğitim programlarında beslenme ve egzersizle ilgili programları yürüterek, çocuk ve adölesanlara doğru mesajları iletebilir, aile ve okul işbirliğini sağlayabilirler.

Bu araştırmada, Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeği (BEDÖ) kullanılarak, Düzce ilindeki 5 ilköğretim okulunda öğrenim gören (n=412) ilköğretim 6., 7., 8. sınıf öğrencilerinin beslenme ve egzersiz davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma tanımlayıcı türde planlanmıştır. Düzce İlindeki Milli Eğitim Müdürlüğü'nden ve velilerden yazılı izin alınarak, Mart 2012 tarihinde, 5 ilköğretim okulunda öğrenim gören 6., 7., 8. sınıflarda öğrenim gören 1100 öğrencinin tümü (N=1100) araştırma evrenini oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm evren örnekleme dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmak istemeyen, ölçek maddelerini eksik dolduran ve formları geri getirmeyen öğrenciler araştırmanın dışında tutulmuştur. Araştırma, formları tam dolduran %37 ile yürütülmüştür (n= 412).

Araştırmanın; yaş, cinsiyet, kilo, sağlık probleminin varlığı bağımsız değişkenleri, beslenme ve egzersiz davranış ölçeceğinden aldığı puan bağımlı değişkenidir. Öğrencilerin beslenme ve egzersiz davranışlarının belirlenmesinde, "Yurt" tarafından 2005 yılında geliştirilen, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olan "Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeği" (BEDÖ) kullanılmıştır. Ölçek 45 madde ve psikolojik yeme davranışı, sağlıklı beslenme davranışı, sağlıksız beslenme davranışı ve öğün düzenini belirleyen 4 alt boyuttan oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Psikolojik Yeme Davranışı 11 maddeden oluşur. 11-55 puan arasında dağılım gösterir. Yüksek puanlar psikolojik yeme davranışının olduğunu gösterir. Sağlıklı Beslenme Egzersiz Davranışı 14 maddeden oluşur. 14-70 puan aralığındadır. Yüksek puan sağlıklı beslenme ve egzersiz davranışlarını gösterir. Sağlıksız Beslenme Egzersiz Davranışı 14 maddeden oluşmaktadır. 14-70 puan aralığındadır. Yüksek puan sağlıksız beslenme ve egzersiz davranışlarını gösterir. Öğün Düzeni 6 maddeden oluşmaktadır. Puan dağılımı 6-30 arasındadır. Yüksek puan öğün düzeninin iyi olduğunu gösterir. Ölçekte her soru için verilen puanlar esas alınır ancak, bazı maddeler ters yönde puanı değiştirilerek değerlendirilir.

Ölçeğin 2005 yılında Yurt tarafından yapılan güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri .85dir. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri .82 bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri Psikolojik/bağımlı yeme davranışı için .80, sağlıklı beslenme davranışı için .81, sağlıksız beslenme davranışı için .65, öğün düzeni için .75 bulunmuştur.

BULGULAR: Araştırmaya katılan öğrencilerin %54'ü kız, % 46'sı erkekti. %24'ü 6. sınıfta, %17'si 7. sınıfta, %59'u 8. sınıfta okumaktaydı. %43'ü 12-13 yaş grubunda, %59'u 14 yaş grubunda dağılım göstermekteydi. Tüm sınıfların BKİ ortalaması 20.02'dir. %15.5'i bir sağlık problemi olduğunu, %84.5'i herhangi bir sağlık problemi olmadığını belirtti. Sağlık problemi olarak %9.3'ü astımı olduğunu, %1'i diyabet olduğunu belirtti.

BEDÖ alt gruplarından alınan puanlara bakıldığında "Psikolojik Yeme Davranışı" alt boyutundan aldıkları puan 40.34 (Max 55, min 11), "Sağlıklı Beslenme Egzersiz Davranışı" alt boyutundan aldıkları puan 50.29 (Max 70, min 14), "Sağlıksız Beslenme Egzersiz Davranışı" alt boyutundan aldıkları puan 49.08 (Max 70, min 14), "Öğün Düzeni" alt boyutundan aldıkları puan 23.58 (Max 30- Min 6) dir.

Yaşa göre gruplar arası farka bakıldığında 12-13 yaş grubunun, 14 yaş grubuna göre daha fazla psikolojik/bağımlı yeme davranışları gösterdikleri bulunmuştur (p=0.033).

Cinsiyete göre gruplararası farka bakıldığında, erkeklerin öğün düzeni kızlara göre daha iyi bulunmuştur (p=0.017).

Yaş grubuna özel Beden Kitle İndeksine (BKİ) göre kilolu çocuklarla (12 yaş BKİ>20.4 ve 13 yaş BKİ>21.5), normal kilolu çocuklar (12 yaş BKİ<20.4 ve 13 yaş BKİ<21.5) arasındaki ölçek alt boyutlarına göre farka bakıldığında; normal kiloda olanların daha sağlıklı beslendiği (12 yaş: p=0.007;13 yaş: p=0.017) ve öğün düzeninin daha iyi olduğu (12 yaş: p=0.000;13 yaş: p=0.000) bulunmuştur. Öğün düzeni, 14 yaş grubundaki normal kilolu (BKİ<21.8) olan çocuklarda, kilolu (BKİ>21.8) çocuklara göre çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur (p=0.000). Sağlık problemi olmayanların; öğün düzeni (p=0.000) sağlık problemi olanlara göre daha iyi bulunmuştur.

TARTIŞMA/ SONUÇ ve ÖNERİLER: Yurt'un 2005 yılında İstanbul'da bir ilköğretim okulunda (n=32) BEDÖ kullanarak, yapmış olduğu çalışmasında öğrencilerin ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar, Düzce İli'nde yapmış olduğumuz çalışmada elde ettiğimiz puanlara oldukça benzerdir.

Yurt'un 2005 yılında İstanbul İli'nde yapmış olduğu (n=32) çalışmada Psikolojik Yeme Davranışı puanı 36.15, Sağlıklı Beslenme Egzersiz Davranışı puanı 46.34, Sağlıksız Beslenme Egzersiz Davranışı puanı 44.40, Öğün Düzeni puanı 20.75 olarak bulunmuştur. Düzce İli'nde yapmış olduğumuz (n=412) çalışmada Psikolojik yeme

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

davranışı puanı 40.34, Sağlıklı Beslenme Egzersiz Davranışı puanı 50.29, Sağlıksız Beslenme Egzersiz Davranışı puanı 49.08, Öğün Düzeni puanı 23.58 olarak bulunmuştur. Aynı yaş grubunda farklı örneklem sayısı ile yapılan her iki çalışma sonuçları oldukça yakındır. Bu sonuçlar, yaş grubuna özel davranışların benzer olabileceğine işaret edebilir.

Yeme bağımlılığı da diğer davranışsal bağımlılıklar (bilgisayar, oyun, internet) gibi ele alınması gereken bir problemdir. Adölesan dönem yeme davranışlarının değişim gösterdiği önemli bir dönemdir (1). Her iki çalışmada da psikolojik/bağımlı yeme davranışı alt boyutundan alınan puanlar oldukça yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, yeme davranışlarının değişiminde altta yatan psikolojik duruma dikkat çekmektedir. Bu alt boyut sağlıksız beslenme davranışının alt yapısının oluşmasında önemli bir gösterge olabilir.

Sonuç olarak; adölesan dönem, beslenme davranışlarının olumsuz yönde değişim göstermesi açısından riskli bir gruptur. Bu dönemde sağlıklı beslenme davranışlarını geliştirme çalışmalarının yürütülmesi önemlidir. Araştırmada normal kilolu olan ve sağlık problemi olmayan çocukların, kilolu olan ve sağlık problemi olan çocuklardan daha sağlıklı beslendikleri ve öğün düzeylerinin daha iyi olduğu, adölesanların beslenme davranışlarını etkileyen en önemli faktörün psikolojik/bağımlı yeme davranışları olduğu ortaya çıkmıştır. Arzu edilen sağlıklı beslenme davranışlarını geliştirmek üzere, adölesan dönemde beslenme konusunda eğitim ve danışmanlık verilmesi önemlidir. Beslenme eğitimlerinin yanı sıra adölesanlarda stres ve krizle baş etme yöntemlerinin geliştirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, Egzersiz, Sağlık Davranışı, ölçek.

KAYNAKLAR: Baker C.W., Little T.D., Brownell K.D. (2003). Predicting adolescent eating and activity behaviours; The role of social norms and personal agency. *Health Psychology*, 22;2, 189-198.

1. Baranowski T., Niclas T., Baranowski J.(2002). School based obesity prevention; A blueprint for taming the epidemic. *Am. J. Health Behaviour.*, 26;6, 486-493.
2. Demirezen E., Coşansu G. (2005). Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *STED*, 14;8, 174-78.
3. Erkan T. (2011). Ergenlerde Beslenme. *Türk Ped. Arşivi*. 46, 49-53.
4. Yurt S.(2008). Fazla Kilolu Adölesanlara Uygulanan Motivasyon Görüşmelerinin Beslenme Tutumu, Davranışları ve Kilo Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul

921

ANNELERİN SÜT ANNELİK VE ANNE SÜTÜ BANKASI KONUSUNDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Mualla Aykut, Müge Yılmaz, Elçin Balcı, Mehmet Sağıroğlu, İskender Gün, Ahmet Öztürk

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Anne sütünün, yaşamın ilk altı ayında optimum ve tek beslenme kaynağı olduğu ve 2 yıl veya daha uzun süre sağlıklı bir bebeğin diyetinin parçası olarak kalabildiği evrensel olarak kabul edilmektedir.

Anne sütü insana özgüdür ve bu yüzden yeni doğan beslenmesi için tüm alternatiflere göre üstündür. Emzirme döneminde bazen anneden bazen de bebekten kaynaklanan sorunlar nedeniyle sadece anne sütüyle besleme ve toplam emzirme süresi olumsuz etkilenmektedir. Prematüre veya düşük doğum ağırlıklı bebeklerin belirli bir süre yoğun bakım ünitesinde tutulmaları, bu bebeklerin memeyi güçlü tutamamaları ve başka sağlık sorunları yaşamaları gibi nedenlerle anne sütü almaları engellenmektedir. Bu gibi durumlarda bebeklerin anne sütüyle beslenebilmesi için; Süt sağma, sütanneliği ve anne sütü bankacılığı uygulamaları devreye girmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sütanne; kendi annesinin herhangi bir sebeple emziremediği bir bebeği, annesi olmadığı halde emziren kadına denir. Çağlar içerisinde anne sütünün temin edilemediği durumlarda “sütannelerine” başvurulmuştur. Sütanneliği M.Ö. 2250’ den kalan Hammurabi Kanununda bile yerini almıştır. Avrupa’da uzun yıllar kadınlar vücut yapılarının bozulmasını istemediği için sütannelik çok yaygındı. 13. yüzyılda Avrupa’da sütanneliği yaparak para kazanan kadınlar o dönemlerde çalışan kadınların hepsinden daha fazla para kazanıyordu. Hatta bir ara Viyana’da sütanneleri çok az para verildiği için grev bile yapmışlardı (1). Sütannelik İslamiyet yaşamında da yer almıştır (2).

Anne sütü bankası; lisanslı sağlık bakım uzmanları tarafından anne sütünün reçete edildiği bireylerin spesifik ihtiyaçlarını karşılamak için bağışlanmış anne sütünü toplama, işleme, izleme, depolama ve dağıtma amacıyla oluşturulmuş bir kurumdur (3).

Anne sütü bankacılığı aslında Hammurabi zamanında sütanneleriyle başlamıştır. İlk anne sütü bankası; 1909 yılında, Avusturya’da Viyana şehrinde açılmıştır. E. Coli bakterisini bulan Theodor Escherich; anne sütü haricinde besin verilen bebeklerde ölüm oranlarının yüksek olduğunu fark edip ilk anne sütü bankasını kurmuştur (1).

Kuzey Amerika’daki ilk anne sütü bankası 1919 yılında Boston, Massachusetts’te, ihtiyacı olan bebeklere, para karşılığı sütannelik yapan emzikli kadınlar için düzenlenmiş bir ev olarak kurulmuştur. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1980’lerin başında 30 süt bankası bulunurken HIV bulaşmasından korku nedeniyle birçok banka kapatıldığı için şu anda 10 süt bankası vardır. Kanada’da, sadece bir (Vancouver British Columbia süt bankası) süt bankası çalışmalarına devam etmektedir. Avrupa’da şu anda 158 anne sütü bankası mevcut olup 6 tane de kurulması planlanan anne sütü bankası vardır (3).

Türkiye’de henüz anne sütü bankası bulunmamaktadır. Ancak İzmir’de açılması planlanmaktadır (4).

Bu çalışma; annelerin sütannelik ve anne sütü bankası konusunda bilgi tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, Kayseri il merkezindeki dört Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde yürütüldü. Türkiye’de; annelerin sütanneliği ve anne sütü bankası konusundaki bilgi, tutum ve davranışına ilişkin çalışmaya rastlanmadığı için, süt sağma oranı %25 kabul edildi (5). Güven aralığı %95, tolerans değeri 0.05 alınarak minimum örneklem büyüklüğü 284 olarak hesaplandı. Küme örnekleme yapıldığı için desen etkisi 2 olarak alındı. Yüzde 10 kayıp olacağı düşünülerek 625 kişinin örneğe alınması planlandı.

Çalışma için Erciyes Üniversitesi Etik Kurulundan etik onay alındı. Araştırma verilerinin toplandığı 6-10 Şubat 2012 tarihleri arasında Melikgazi, Kocasinan, Talas ve Hacılar Toplum Sağlığı Merkezlerine bağlı olan Aile Sağlığı Merkezleri’nin her biri bir küme kabul edilerek toplam 40 kümeden 16’şar kişinin örneğe alınması planlandı. Aile Sağlığı Merkezlerine herhangi bir nedenle başvuran, en az bir çocuk sahibi ve çocuğunu emzirmiş olan annelerin sözlü onamı alındıktan sonra; sütanneliği, anne sütü bankacılığı konusunda bilgi, tutum ve davranışlara ilişkin 33 soru içeren anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Ankette anne sütü bankası tutum soruları sorulmadan önce anneler araştırmacı tarafından anne sütü bankası hakkında bilgilendirildi. Eksik bilgi nedeniyle 26 anket değerlendirme dışı tutuldu, 614 anket değerlendirmeye alındı. Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS 16 programı ile değerlendirildi. Annelerin kendilerinin sütanesi bulunma durumu bağımlı değişken; yaş, öğrenim durumu, aile tipi, doğduğu bölge ve mesleği ise bağımsız değişkenler olarak kabul edildi. İstatistiksel analizlerde ki kare testi kullanıldı, p<0.05 değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırma grubundaki annelerin; %11.6’sı 25 yaşından küçük, %59.2’si 25–50 yaş arasında, %17.6’sı 50 yaşın üzerinde %11.7’si ilkokuldan daha az %38.5’i lise ve üzeri eğitilmiş, %17.1’i ev hanımı, %89.4’ünün aile tipi çekirdek ailedir ve %90.1’i İç Anadolu bölgesinde doğmuştur.

Araştırma grubundaki annelerin sütanneliğine ilişkin bilgi tutum ve davranışları: Annelerin tamamı sütanneliğinin ne olduğunu bilmekteydi. Annelerin %10.7’sinin kendisinin bir sütanesi olduğu, %5’inin kendisinin bir çocuğa sütanneliği yaptığı, %5.2’sinin çocuklarından birini sütannenin emzirdiği saptanmıştır. Annelerin kendi sütannelerinin %82.3’ü, kendisinin sütanneliği yaptığı çocukların %74.2’si ve çocuğuna

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sütannesi olan kadınların %81.3'ünün akraba olduğu belirlendi. Araştırma grubundaki annelerin bir çocuğa sütanneliği yapma nedenleri; %32.3'ünde çocuğun annesinin sütünün gelmemesi, %6.4'ünde çalışması, %29'unda hasta ya da hamile olması olarak belirtildi. Annelerin; %79.6'sının ihtiyaç olması halinde başka bir çocuğu emzirme, yine %79.8'inin başka bir çocuğa verilmek üzere sütünü sağma konusunda olumlu düşündüğü saptandı. Araştırma grubundaki annelerin %98.7'si süt kardeşliğini bilmekteydi, %90.7'si süt kardeşi ile evliliği doğru bulmadığını, bunların %98.9'u da neden olarak süt kardeşiyle evlenmenin dini yönden yasak olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırma grubundaki annelerin yaş grubu, öğrenim durumu, aile tipi, doğduğu bölge ve meslek durumlarına göre kendi sütanneleri var olma durumu değerlendirildiğinde; 50 yaşın altındakilerde sütannesi olma oranı %9.6 iken 50 yaş ve üzerinde %17.6 olarak bulunmuş olup gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Yine annelerin kendi sütannesi var olma durumu kalabalık aileye sahip olanlarda (%21.5) çekirdek aileye sahip olanlara (%9.5) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Annelerin sütanneye sahip olma durumunda diğer özelliklere göre fark bulunmamıştır.

Araştırma grubundaki annelerin anne sütü bankasına ilişkin bilgi tutum ve davranışları: Araştırma grubundaki annelerin %6.4'ünün anne sütü bankasını duyduğu, %2.8'inin anne sütü bankasını bildiği saptanmış, "Türkiye'de anne sütü bankası var mı?" sorusuna %88.9'u bilmiyorum yanıtı vermiştir. Annelerin %38.4'ü anne sütü bankası uygulamasını doğru bulmadığını belirtmiştir. Anne sütü bankacılığının doğru bir uygulama olmadığını düşünen annelerin %75.4'ü süt kardeşi ile evlenme durumunu, %16.9'u sütle hastalık bulaşmasını nedeni olarak belirtmişlerdir. "Anne sütü bankası olursa sütünüzü bağışlar mısınız?" Sorusuna %56.2'si evet yanıtı vermiş, hayır yanıtı verenlerin %66.5'i süt kardeşiyle evlenme durumuna yol açabileceğini nedeni olarak göstermiştir.

Araştırma grubundaki annelerin %53.9'u anne sütü yoluyla hastalık bulaştığını ifade etmiştir. Bunların %33.2'si hepatit, %25.4'ü AIDS'in anne sütüyle bulaşacağını belirtmişlerdir.

Tartışma: Annelerin kendilerinin sütanneye sahip olma oranı (%10.7); kendisinin bir çocuğa sütannesi olma oranı (%5) ve çocuklarından birinin sütannesi olma oranı (%5.2)'na göre yüksek bulunmuştur. Yine 50 yaş ve üzerindeki annelerin kendi süt annesi olma oranı (%17.6) daha küçük yaştakilere göre (%9.6) yüksektir. Bu durum sütanneliği uygulamasının yıllar içinde azaldığını göstermektedir. Kalabalık ailede yaşayan annelerin (%21.5) sütanneye sahip olma oranının çekirdek ailede yaşayan annelere (%9.5) göre daha yüksek olması aile büyükleri ile birlikte yaşamalarından kaynaklanabilir. Annelerin kendi sütannelerinin, kendisinin sütannesi olduğu çocukların ve çocuklarının süt annelerinin sırasıyla %82.3, %74.2 ve %81.3'ünün akrabaları olması sütanneliğinin genellikle akrabalar arasında uygulandığına işaret etmektedir. Annelerin yaklaşık %80'i ihtiyaç halinde başka bir çocuğu emzirmeye ve başka bir çocuğa verilmek üzere sütünü sağmaya, %56.2'si anne sütü bankası olursa sütünü bağışlamaya olumlu bakmaktadır. Bu durumlara olumlu bakmayanların gösterdiği nedenlerin başında "süt kardeşlerinin evlenmesinin dini açıdan uygun görülmemesi" gelmektedir. İslamiyet'e göre süt kardeşliği evlenmeye engel teşkil etmektedir (2). Araştırma grubundaki anneler dini inançları nedeniyle bu konuda hassasiyet göstermişlerdir. Ülkemizde anne sütü bankası bulunmadığı için annelerin bu konudaki bilgileri yetersizdir.

Sonuç: Araştırmamızda sütanneliği uygulamasının az oranda olsa da devam ettiği bulunmuştur. Annelerin yarıdan çoğu ihtiyaç halinde başka bir çocuğu emzirme, sütünü sağıp verme eğilimindedirler. Annelerin sütanneliği ve anne sütü bankası konusundaki tutumlarında dini inançlarının etkisi olduğu görülmüştür.

Öneriler: Ülkemizde anne sütü bankacılığı kurulması ile ilgili girişimler yapılmadan önce, bu konuda toplumun bilgi tutum ve davranışlarını saptamaya yönelik geniş çaplı araştırmalar yapılarak altı yapı oluşturulmalı ve toplum bu konuda bilinçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sütannelik, Anne sütü bankası, bilgi, tutum, davranış

KAYNAKLAR:

1-Arslanoğlu S, Ekhard E. Zeigler, Guido E. Moro and the WAMP Working Group on Nutrition. Donor Human Milk in Preterm Infant Feeding: Evidence and Recommendations. J. Perinat. Med. 2010;38: 347-351

2- <http://kurul.diyaret.gov.tr/sorusor/konularagore.aspx?altkonu=169&konuindex=59d9112/> Süt akrabalığı/ Erişim 10.06.2012

3-Updegrave K. Human Milk Banking in the United States. Newborn and Infant Nursing Reviews. 2005;5(1):27–33

4-<http://www.buch.gov.tr/news.php?readmore=57>. Anne Sütü Bankası Kuruluyor/ Erişim 6.01.2012

5-Labiner-Wolfe J, Fein SB, Shealy KR, Wang C. Prevalence of Breast Milk Expression and Associated Factors. Pediatrics 2008;122:63–68

596

ÜÇ FARKLI YERLEŞİM ALANINDA YAŞLILARIN BESLENME DURUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Bilgin Kiray Vural, Gülbanu Zencir, Fadime Hatice İnci

Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu

GİRİŞ VE AMAÇ: Yaşlanmaya bağlı olarak sağlıklı bir beslenme ile sağlık sorunlarının azaltılabilmesi ve yaşam süresinin azaltılması mümkündür. Yaşlılık döneminin daha sağlıklı ve mutlu geçmesi için bu yaş grubunda bulunan bireylerin beslenmelerine önem verilmeli, yaşamlarının daha önceki dönemlerdeki ve şu andaki beslenme durumları belirlenerek daha sağlıklı bir yaşlılık geçirmeleri sağlanmalıdır.

Gerek kamu kuruluşlarında, gerekse kendi ev ortamında yaşayan yaşlıların beslenme düzeylerinin ve risklerinin saptanması, sağlığın sürdürülmesinde yaşlı gruba hizmet veren sağlık çalışanları için önemli bir rol ve sorumluluktur. Beslenme risk düzeyinin saptanması çalışanlara ve aile yakınlarına uyarı niteliği taşıdığı için, malnutrisyon riskinin erken tanısını da sağlar. Bu doğrultuda sorunlar saptanabilir ve toplumsal çabalara yönelinebilir.

Araştırma, üç farklı yerleşim alanında (huzurevi, kent merkezi ve kırsal alanda) yaşayan yaşlılarda beslenme risk düzeyi ve beslenme alışkanlıkları karşılaştırmalı olarak incelemek amacıyla yürütülmüştür.

GEREÇ VE YÖNTEM:Tanımlayıcı, kesitsel bir alan araştırması desenindedir ve 15 Haziran 2011 – 1 Haziran 2012 tarihleri arasında Denizli’de yürütülmüştür. Huzur evinde yaşayan 63, kent merkezinde yaşayan 68 ve kırsal alanda yaşayan 68 yaşlı çalışmaya alınmıştır

Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yolu ile toplanmış, yaşlıların boy ve kilo ölçümleri alınarak, beden kitle indeksleri hesaplanmıştır. Veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından hazırlanan yaşlıların sosyodemografik özelliklerini, genel sağlık durumunu, beslenme ve sağlık alışkanlıklarını, belirlemeye yönelik 28 soruluk anket formu kullanılmıştır. Ayrıca beslenme risk düzeyinin belirlenmesinde “Determine Your Nutritional Health-Beslenme Sağlığını Belirle” kontrol listesinden yararlanılmıştır. Kontrol listesi Amerikan Diyetisyenler Derneği, Amerikan Aile Hekimleri Akademisi ve Ulusal Yaşlılık Konseyi işbirliği ile geliştirilmiştir. Bu araç beslenme düzeyine ilişkin farkındalığı, beslenme sağlık düzeyinin ortaya konmasında, algılanan beslenme sağlığının ve önerilen diyeti yeterince almayan bireylerin belirlenmesinde yararlanılmaktadır. Kontrol listesinin maddelerine “evet” yanıtının verilmesi durumunda puan kazanılmaktadır. Bu listeye göre toplam puanı 0-2 arasında olanlar iyi, 3-5 arasında olanlar orta derecede riskli, 6 ve üzeri olanlar yüksek derecede beslenme riski olan yaşlılar olarak değerlendirilmiştir (Groot et al 1998).

Araştırmanın yürütülebilmesi için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır. Yaşlılara araştırmacıların kimliği ve araştırmanın amacı hakkında bilgi verilip onamları alınmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırmada verilerin istatistiksel analizi SPSS 17.0 programında yapılmıştır. Elde edilen bulgular sayı, yüzde, χ^2 , varyans analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR : Yaşlıların % 41.2'i kadın, yaş ortalaması 70.82±7.78'dir. Araştırmaya katılan yaşlıların %51.8'i halen evli olup %19.1'inin sosyal güvencesi yoktur. Araştırmaya katılan yaşlılarda gelir durumunun kötü olduğunu ifade edenlerin oranı %28.1'dir. Yaşlılarda en çok görülen kronik hastalıklar arasında ilk sıralarda hipertansiyon (%52.8) ve romatizmal hastalıklar (%49.2) yer almaktadır. Araştırmaya katılan yaşlıların %49.2'si fiziksel sağlığının iyi olduğunu ifade etmişlerdir.

Beden kitle indeksi ortalaması 27.37±4.84 olan yaşlıların %48.2'sinin fazla kilolu ve %24.1'inin obez olduğu saptanmıştır (huzurevi %57.1, kent merkezi %86.8, kırsal alan %72.1). Yaşlıların %5.0'unun hiç dişinin olmadığı, %26.1'inin eksik dişi olduğu ve %64.8'inin protez kullandığı saptanmıştır. Yaşlıların %45.8'i sık sık konstipasyon sorunu yaşadığını ifade etmektedir. Yaşlıların yaşadığı yerleşim yerlerine göre konstipasyon sorunu yaşadığını ifade etme durumu açısından farklılık olduğu ve bu farklılığı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.001). Konstipasyon sorunu yaşadığını ifade edenlerin %77.3'ü huzurevinde yaşamaktadır.

Beslenme alışkanlıkları incelendiğinde araştırmaya katılan yaşlıların %6.0'sının hiç et (kırmızı ya da beyaz et) tüketmediği belirlenmiştir. Yaşlıların yaşadıkları yere göre et tüketimi açısından bakıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (p=0.001). Huzurevinde yaşayan yaşlıların %73.0'ü her gün et yemektedir. Hiç süt tüketmeyenlerin oranı %5.5'dir. Yaşlıların yaşadıkları yere göre süt tüketimi yönünden istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (p=0.002). Huzurevinde yaşayan yaşlılar arasında süt ve ürünlerinin tüketiminin (%76.2) daha fazla olduğu görülmektedir (p=0.002). Yaşlıların tümü sebze meyve tükettiklerini belirtmişlerdir ve yaşadıkları yerleşim alanına göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0.05). Yaşlıların %8.5'i iştahının kötü olduğunu, belirtmişlerdir. Yaşlıların yaşadıkları yerleşim alanına göre iştah durumları yönünden istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (p=0.001). İştahının kötü olduğunu belirtenlerin %58.8'i huzurevinde yaşamaktadır.

Yaşlıların çoğunluğu (%60.8) egzersiz yapmadığını belirtmişlerdir. Yerleşim alanları arasında egzersiz yapma durumu açısından istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (p>0.05).

"Beslenme Sağlığını Belirle" kontrol listesi ortalama puanı 5.94 ± 4.43 olan yaşlıların %47.2'sinin beslenme sağlığı risk düzeyi yüksek, %25.1'inin orta, %27.6'sının iyi olduğu belirlenmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların %54.0'ünün, kent merkezinde yaşayanların %47.1'inin kırsal alanda yaşayanların ise %41.2'sinin beslenme sağlığı risk düzeyi yüksek olarak saptanmıştır. Yapılan analizde bölgeler arasında beslenme sağlığı risk düzeyleri arasında fark saptanmıştır (p=0.023).

TARTIŞMA/ SONUÇ ve ÖNERİLER: Bu çalışmada beden kitle indeksine göre yaşlıların %24.1'inin obez olduğu saptanmıştır. Önal ve arkadaşları ise, yaşlıların %46.3'ünün obez olduğunu belirlemişlerdir (Önal ve ark 2012).

Yaşlıların yaşadığı yere göre konstipasyon sorunu yaşadığını ifade etme durumu açısından farklılık olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.001). Konstipasyon sorunu yaşadığını ifade edenlerin %77.3'ü huzurevinde yaşamaktadır. Bu durum huzurevindeki yaşlıların kendi odalarını temizlemek gibi bazı işlerinin bile kurum personeli tarafından yapılıyor olmasından ve daha sedanter yaşamalarından kaynaklanmış olabilir.

Huzurevinde yaşayan yaşlılar arasında süt ve ürünlerinin tüketiminin (%76.2), evde yaşayan yaşlılara oranla (kent merkezi %45.6, kırsal alan %61.8) daha çok olduğu saptanmıştır (p=0.002). Şehirde süt tüketimi kırsal kesim ve kurumda kalan yaşlılara göre daha düşüktür. Bu durumun kırsal alanda yaşlıların tarım ve hayvancılıkla uğraşmaları nedeniyle süte ulaşmalarının daha kolay olduğu ve huzurevinde yaşayan yaşlıların beslenmesinin diyetisyen tarafından düzenlenmesi nedeniyle süt ve süt ürünleri tüketiminin evde kalan yaşlılara göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Yaşlıların %8.5'i iştahının kötü olduğunu, belirtmişlerdir. Yaşlıların yerleşim alanına göre iştah durumları yönünden istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (p=0.001). İştahının kötü olduğunu belirtenlerin %58.8'i huzurevinde yaşamaktadır. Bu durum huzurevinde yaşayan yaşlıların

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

beslenmelerini kendi istediği besinlere göre yapamamalarından, kendi yemeklerini pişirememelerinden kaynaklanabilir.

“Beslenme Sağlığını Belirle” kontrol listesi ortalama puanı 5.94 ± 4.43 ’dr. Huzurevinde yaşıayan yaşılların %54.0’ının, kent merkezinde yaşıayanların %47.1’inin kırsal alanda yaşıayanların ise %41.2’sinin beslenme sağlığı risk düzeyi yüksek olarak saptanmıştır. Yapılan analizde yerleşim alanları arasında beslenme sağlığı risk düzeyleri arasında fark saptanmıştır ($p=0.023$). Huzurevinde yaşıllara diyetisyenin hazırlamış olduğu bir beslenme programı, oğn sayılarına ve saatlerine uyularak uygulandığı için huzurevinde yaşıayan yaşılların %54.0’ının beslenme sağlığı risk düzeyinin yüksek bulunması dikkat çekicidir. “Beslenme Sağlığını Belirle” kontrol listesinin maddeleri ile tekrar analiz edildiğinde huzurevinde kalan yaşılların tamamının “Yediği yiyeceğin türünü/miktarını değiştirmeyi etkileyen bir hastalığın olması”, %31.7’sinin günde 2 oğnden daha az yemek yediği, %41.3’ünün istemeden son 6 ayda kilo aldığı ya da verdiği, %46.0’ının 80 yaşın üzerinde olması bu durumu etkilemiş olabilir. Güngör ve arkadaşları ise huzurevinde yaşıayan 65 ve üzeri yaştakilerin günlük ortalama oğn sayısını 2.4 olarak bulmuşlardır (Güngör ve ark. 2005).

Bu çalışmada yaşılların %47.2’sinin beslenme sağlığı risk düzeyi yüksek, %25.1’inin orta, %27.6’sının iyi olduğu belirlenirken, Visvanathan ve arkadaşlarının çalışmasında yaşılların %26.6’sının beslenme sağlığı risk düzeyi yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (Visvanathan et al 2005). Bu farklılığın hem kültürel hem de bölgesel farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak;

- Yaşılların beden kitle indeksinin yüksek olduğu,
- Huzurevinde yaşıayanların daha çok konstipasyon sorunu yaşadığı,
- Huzurevinde yaşıayanların et ve süt/ürünleri tktme sıklığının daha fazla olduğu,
- Huzurevinde yaşıayanlar daha iştatsız olduklarını belirttiği,
- Huzurevinde yaşıayan yaşılların beslenme sağlığı risk düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Yaşılların beden kitle indeksinin normal sınırlarda tutulmasını sağlayacak programlar hazırlanması,
- Tüm yaşılların özellikle de huzurevinde kalan yaşılların bahçe işleriyle uğraşabilecekleri, yürüyüş yapabilecekleri alanların oluşturulması ve günlük aktivitelerinin artmasının sağlanması,
- Huzurevinde kalan yaşılların istediği zaman kendi yemeğini hazırlayabileceği ortamların hazırlanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, beslenme riski, huzurevi, kentsel alan, kırsal alan

KAYNAKLAR: Visvanathan R, Zaiton A, Sherina MS, Muhamad YA. (2005). The nutritional status of 1081 elderly people residing in publicly funded shelter homes in Peninsular Malaysia. Eur J Clin Nutr. 59(3):318-24.

1. nal A.E, Seker ř, Kaya I, Temizkan N, Gur S.O, Tezoglu C, Güngör G. (2012) The Body Mass Index and Related Factors of Aged Living in a District of Istanbul, Turkey. International Journal of Gerontology in press (2012) 1-5
2. Çekal N. Huzurevlerinde kalan yaşlıların beslenme servisi örgütünden memnuniyet düzeyleri. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı, Denizli, 912 Nisan 2003; 209-216.
3. Güngör N, Nehir S, zbaşaran F. (2005) Manisa kent merkezindeki huzurevinde kalan yaşılların sosyodemografik özelliklerinin beslenme durumları üzerine etkisi. Turkish Journal of Geriatrics. 8 (4); 195-204.
4. Groot LCPGM, Beck AM, Schroll M, Staveren WA. (1998). Evaluating the Determine Your Nutritional Health Checklist and the Mini Nutritional Assessment as Tools to Identify Nutritional Problems in Elderly Europeans. European Journal of Clinical Nutrition, vol 52; 12, 877-883.

BEŞ YAŞ ÇOCUKLARDA BESLENME VE DİNLENME DURUMUNUN FAZLA AĞIRLIKLA İLİŞKİSİ

Şenay Demir¹, Yasemin Durduran²

¹Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD, ²N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç:Çocukluk insan hayatında önemli çağdır. Beslenme alışkanlıkları bu çağda kazanılır. Çocuk ilk duygusal bağlarını kendini besleyenle kurar. Bu bağlamda beslenme çocuğun istek ve ihtiyaçlarına göre mi, yoksa annenin ya da çevrenin ihtiyaç ve beklentilerine göre mi olacaktır? Soruları önemli yer tutar. Fakat ailenin ve çevrenin yanlış yönlendirmeleri beraberinde yanlış beslenmeyi ortaya çıkarır. Özellikle ailelerin ödüllendirmelerde şeker, çikolata gibi besin maddelerini çocuklara sunmaları çocukların farklı beslenme alışkanlığı kazanmasında önemli etkenlerdendir.

Çağımızda yaşam koşulları çocukları daha az hareket etmeye teşvik etmektedir. Dolayısıyla çocuklar zamanlarının büyük çoğunluğunu uzun süre televizyon seyrederek bilgisayar başında geçirerek ve bu arada yiyecek bir şeyler atıştırarak harcamaktadır. Çocukların harcadıklarından çok aldıkları enerji, hareketsiz yaşam sonucu vücut yağ kitlesinde artışa ve şişmanlığa yol açmaktadır. Çocukluk çağından itibaren uygulanacak yeterli ve dengeli beslenme ile şişmanlığın oluşumu önlenmeli, çocuk ve ailesine uygulanacak beslenme ve egzersiz eğitimi programları ile yanlış olan beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarında kalıcı değişiklikler oluşturulmalıdır.

Tarih boyunca obezite çeşitli tanımlarla açıklanmaya çalışılmıştır. Bazen güçlülük, kudret, heybetlilik, kimi zaman da doğurganlık, bereket ve bolluk olarak nitelendirilmiştir. Sanayi devrimiyle birlikte günün hızlı çalışma temposuna uyum gösterecek fiziksel nitelikteki kişiler tercih edilirken obez kişiler hantal, sorunlu, yavaş ve sağlıksız olarak görülmeye başlanmaktadır (1).

Çocukluk çağı obezitesi de erişkin obezitesi gibi artan bir prevalansa sahiptir. Bu artan prevalansın nedeni olarak diyet kompozisyonundaki değişiklik ve hareket miktarındaki azalma sorumlu tutulmaktadır (2).

Son yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha çok karşımıza çıkan çocukluk çağı obezitesi önemli bir halk sağlığı problemidir. Bu çalışma, Konya il merkezinde okul öncesi kurumlara devam eden 5 yaş çocukların beslenme ve dinlenme durumu ile fazla ağırlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte bir saha araştırması olup, 2011 yılı Eylül-2012 yılı Mart ayları arasında Konya'da uygulandı. Çalışmada, örneklem büyüklüğü 5 yaş grubunda bilinen fazla ağırlık oranı dikkate alınarak formülle hesaplandı. Örneklemde küme örneklemeden yararlanıldığı için küme etkisi 2 olarak alındı 982 çocuğa ulaşılmaya planlandı. Araştırmanın örnekleme, Konya il merkezindeki ilköğretim okullarının anasınıfları ve anaokullarındaki 5 yaş grubu çocuklardı. Örneklem yarısı anaokullarından diğer yarısı il merkezindeki ilçelerdeki ilköğretim okullarındı. Araştırmada kullanılan bağımlı değişkenler, BKİ persentil değerleri, Araştırmada kullanılan bağımsız değişkenler, Çocuğun yaşı, çocuğun cinsiyeti, çocuğun öğün sayısı, ebeveynlerinin yaşları, ebeveynlerin çalışma durumları, meslekleri, ebeveynlerin eğitim durumları, anne sütü alma durumu, aile tipi, anne-baba eğitim düzeyi, anne – baba mesleği, TV karşısında geçirilen süre, fiziksel egzersiz yapma durumu, yapılan fiziksel egzersizin türü ve süresi, uyku süresini içermektedir. Veriler hazırlanan anket formuyla toplanmış, her çocuğun boy ve kilosu ölçülmüştür. Anket formu; sosyo ekonomik özellikler, beslenme alışkanlıkları ve yeme davranışlarına yönelik hazırlanmıştır. Bulgular tablolarda sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Parametreler arası ilişkileri değerlendirmede ki-kare ve Logistik regresyon testi kullanılmıştır. 0.05'ten küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada çocukların, % 6.6'sı çok zayıf, % 6'sı zayıf, % 61.5'i normal, % 12.2'si fazla ağırlıklı, % 13.7'si şişmandı. Devlet okuluna giden çocukların % 72.6'sı, özel okula giden çocukların % 66'sı gün içerisinde üç öğün yemek yemekte olup, devlet okuluna giden çocukların % 96.8'inin, özel okula giden çocukların %

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

95.5'inin bakım ve beslenmeleri anneleri tarafından yapılmakta idi. Devlet ve özel okula giden çocukların % 56.6'si nadiren seçici idi. Çocukların çoğunluğunun süt-yoğurt-ayranı (% 81.4), peyniri (% 50.3), yumurtayı (% 39.6), reçel-bal-pekmez (% 39.8), meyveyi (% 79.1) her gün tükettikleri, çocukların gazlı içeceği (% 28.9), sucuk-salam-sosisi (% 12.3), dondurulmuş yiyecekleri (% 61.1), fastfood (% 41) tarzı gıdaları hiç tüketmemekte idi. Sınıfta yemek yiyen çocukların % 55.9'u beslenme saatini sevmekte, % 57'sinin iştahı genelde iyi, % 97 kendi yemeğini yiyebilmekte, % 81.7'si yemeğe istekle oturmakta idi. Fazla ağırlıklı görülme sıklığı kilolu annelerin çocuklarında 1.02 kat, bilgisayarda çok vakit geçiren babaların çocuklarında 1.21 kat daha fazla, diyet yapan annelerin çocuklarında 1.45 kat, uzun süre TV izleyen çocuklarda 2.18 kat, uzun süre boyama kitabı boyayan çocuklarda 0.583 kat, yemek seçen çocuklarda 0.670 kat, yiyecek tercihinde 0.812 kat, iştah durumu iyi olanlarda 3.07 kat, abur-cubur yiyen çocuklarda 0.53 kat, ikinci ve daha fazla tabak yemek isteyen çocuklarda 1.72 kat, iştah durumu iyi olanlarda 0.6 kat, yemeğe başlarken herkesten önce oturmak 1.5 kat daha fazla idi.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler :Fazla ağırlıklı görülme sıklığı, kilolu ve diyet yapan annelerin çocuklarında, bilgisayarda çok vakit geçiren babaların çocuklarında, uzun süre TV izleyen çocuklarda,abur-cubur yiyen ve iştahı iyi olan çocuklarda daha fazla idi.

-Çocukların abur-cubur yeme alışkanlıkları azaltılmalı.

-Kilolu anneler beslenme konusunda, yemek pişirme, besinlerin tüketimi, dengeli ve düzenli beslenme konusunda eğitilmelidir.

-Annelerin diyet yapması, çocuklarının da dengeli beslenme konusunda yeterli olmadıklarını, diyet yapan annelerin diyet yapmalarından kaynaklanan düzensiz beslenmelerinin önlenmesi.

-Yemek seçen çocukları da besinlerin önemi anlatılarak yemek seçmenin önüne geçilmesi.

-Uzun süre televizyon izleyen çocukların ikna edilerek bu sürenin kısaltılması.

-Çocukların herkesle birlikte sofraya oturmalarının sağlanması.

-Yemek yerken 2 tabak ve üzeri yiyecek tüketen çocukların 2. tabak yemek isteklerinin önüne geçilmesi, uygun miktarlarda yemenin önemi çocuklara vurgulanmalıdır.

- Okul öncesi öğretmenleri, beslenme konusunda yeterli bilgi ve donanıma sahip olmalı, sınıf içerisindeki yemek saatlerinde çocuklara yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırılmalıdır. Bu konuda ailelerle işbirliğiyapılmalı ve okulda kazandırılmaya çalışılan davranışların evde de desteklenmesi sağlanmalıdır.

- Öğretmenlere boy ağırlık takibi ölçümünün nasıl yapılacağı konusunda eğitim verilebilir.

Aileler çocuklarının beslenme davranışları konusunda ilk adım ve örnek olması açısından çocuğun ileriki yaşamında beslenme ve yaşam tarzında büyük etkendir. Çocuğun okul öncesinde dinlenme, uyku, aktivite, beslenme durumu sonraki yaşamı ve alışkanlıkları açısından oldukça önemlidir. Bu dönemde hatalı davranışların önlenerek, doğru uygulamaların kazandırılması gereklidir. Obezite ülkemizde bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte temelde çocukluk çağı beslenmesinin çocukluk, adolesan ve erişkin yaş obezitetlerine etkisi üzerinde durulması gereklidir. Bu aşamada ailelerin çocuklarının beslenme ve dinleme durumu konusundaki bilgi düzeyinin bilinmesi ve okul öncesi yaş grubunda fazla ağırlıklı ilişkisinin irdelenmesi önemlidir.

Sonuç olarak, okul öncesi dönem, büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu dönemlerden biridir. Bu dönemde kazandırılacak olan yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıkları çocukların ileriki yaşlarda da bireyin sağlıklı bir yaşam sürmesinde etkili olacak ve yaşam kalitesini artıracaktır.

Anahtar Sözcükler: Beslenme; Fazla Ağırlıklı; Fiziksel Aktivite; Obezite; Okul öncesi dönem.

Kaynaklar:

1. Bozbora A. *Obezite ve Tedavisi*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri . 2002.

3. Gürel S, İnan G. Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı ve Etyolojisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2001.

699

BİR LİSEDE ÖĞRENCİLERİN GENETİĞİ DEĞİŞTİRİLMİŞ GIDALARA BAKIŞI

Rabia Sohbet, Rabia Sohbet, Sibel Kıymacı, Yıldız Usca, Gülistan Özsert, Esra Ördek

gaziantep üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ: Son yıllarda biyoteknolojik uygulamalar arasında en çok tartışılan konular arasında genetik mühendisliği ve bu teknik ile elde edilen genetiği değiştirilmiş organizmalar yer almaktadır. Kendi türünden ya da kendi türü dışındaki bir canlıdan gen aktararak bazı özellikleri değiştirilen bitki, hayvan ya da mikroorganizmalara "Genetiği değiştirilmiş organizma" veya kısaca GDO'lu ürün denir. Bu ürünler insanlarda alerjik reaksiyona neden olup antibiyotik direncini zayıflatmakta Normal ve organik tarımı tehdit etmektedir. Canlı türlerini tehdit edip toksik etki yaratmakta, biyoçeşitliliği yok etmektedir. En büyük avantajları; üretim verimliliğini on kata kadar artırması, tarıma uygun olmayan alanlarda tarım yapılabilmesini sağlaması, tarımsal verimi artırması, tarım ilacı kullanılmasına ihtiyaç duyulmaması ve gıdaların besleyiciliğini artırmasıdır. GDO'nun amacı aslında daha çok ve daha dayanıklı mahsul elde etmektir. İnsanlar daha fazla ürün almak üzere, tohumu normal bitkiler üzerine çok fazla hormon vererek o bitkiden veya hayvandan daha fazla ürün almaya çalışarak, ürünlerine zarar gelmesin diye çok fazla kimyasal madde kullanmaktadırlar sonra da ortaya devasa patlıcanlar, kocaman çilekler çıkmaktadır. Bu hormonlu gıdaların uzun dönemde insan sağlığı üzerine etkileri henüz bilinmese de artık çocuklarda ergenliğe geçiş sürecinin daha erken olması ve kanserlerin eskiye göre daha sık görülmesinde etkisinin olduğu düşünülebilir(3). Araştırmalara göre, GDO'lu tohumların antibiyotiklere karşı direnç, ağır alerji, uzun süreli hayvan deneylerinde organ hasarı, organlarda küçülme, kan biyokimyasında bozulma, kısırlık, ölü doğum oranında ciddi artış, gelecek nesillerde boy ve tartı eksikliği gibi olumsuzluklara yol açtığı ortaya çıkıyor. Bitki hücrelerine yerleştirilen her gen bir protein üretmektedir ve bu proteinler bugüne kadar insanın besin zincirinde yer almayan, her biri alerji yapabilecek potansiyele sahip kimyasal maddelerdir. Nitekim soya fasulyesine karşı alerjisi olmadığı halde 'roundup' isimli herbiside dirençli soya fasulyesine alerjik olan insanlar vardır. Bu tür alerjilerle ilerde çok daha fazla karşılaşılacaktır. Bu yabancı genlerin sindirim sisteminde tümüyle metabolize edildiği iddia edilmektedir. Gerek hayvan deneylerinde gerekse insan çalışmalarında yabancı bazı fragmanlarının veya tümünün bozulmadan kalın bağırsağa kadar ulaşabildiği hatta kalın bağırsaktaki bakterilerin içine girip bakterilerin genetik yapısını değiştirdiği ve genin üretmekle yükümlü olduğu proteinin (toksin/herbisit direnci) üretildiği saptanmıştır. Avrupa Birliği'nin desteği ile 11.5 milyon Euro harcanarak, AB üyesi 13 ülkeden 65 bilim insanının katılımıyla, bağımsız olarak yürütülen ve 3.5 yıl süren ENTRANSFOOD projesi, halen üretilip tüketilmekte olan genetiği değiştirilmiş ürünlerin insan sağlığı açısından en az klasik yöntemlerle elde edilen ürünler kadar güvenli olduğunu ortaya koymuştur. Hatta aynı çalışmada, genetiği değiştirilmiş ürünlerin yapılarının, diğer hiçbir ürün için gerekli olmayan testlerden ve analizlerden geçmek zorunda olduğu için klasik ürünlerden çok daha iyi bir şekilde anlaşıldığını belirtmektedir. Günümüzde ticari amaçla tarımı yapılan başlıca GDO 'lu tarım ürünleri soya, mısır, pamuk ve kanola'dır. Biber, patates, domates, pirinç, buğday, balkabağı, ayçiçeği, yarfıstığı gibi ürünlere genetik müdahalede bulunulabilmektedir. Genetik müdahale çalışmaları henüz devam eden ürünler ise muz, çilek, kiraz, kavun, karpuz, ahududu ve ananastır(3). Bu konu yani genetiği değiştirilmiş organizmalar, toplum sağlığını temelden ve yakından ilgilendiren bir konu olduğundan, devlet bu konudaki tedbirleri almak ve bunu da yasal düzenleme ile sağlamak zorundadır (1). Her ne kadar Türkiye'de 2006 tarih ve 5488 sayılı Tarım Kanunu, 1991 tarih ve 441 sayılı Tarım ve Köy işleri Bakanlığının kuruluş ve görevleri hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2004 tarih ve 5179 sayılı Gıdaların Üretimi Tüketimi ve Denetlenmesine dair Kanun Hükmündeki Kararnamenin değiştirilerek kabulü hakkında kanun ve 1973 tarihli 1734 sayılı Yem Kanunu yürürlükte bulunsada, bütün bu yasal düzenlemeler, bugün dünyada insan hayatında hızlı şekilde yer alan ve insan sağlığını yakından ilgilendiren GDO'lu ürünlerin, insan sağlığı ve hayatı üzerindeki olası olumsuz etkilerini önleyecek ve gerekli tedbirleri alacak düzenlemeler

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

değillerdir. En aزیyla yeterli düzenlemeler olarak görülemezler (2). Türkiye, bu konuda tam anlamıyla yasal bir boşluk yaşarken, Tarım ve Köy işleri Bakanlığı 26.10.2009 tarihli ve 27388 sayılı Resmi Gazetede çıkardığı ve yayınladığı, "Gıda ve Yem Amaçlı Genetik Yapısı Değıştirilmiş Organizmalar ve Ürünlerinin ithalatı, işlenmesi, ihracatı, kontrol ve denetimine dair" bir yönetmelik çıkarmıştır. Yani işe baştan başlayacağı yerde, sondan başlamıştır. Öncelikle bu konuyu düzenleyecek bir yasa hazırlığı yapıp, bunu hükümet tasarısı olarak önce bakanlar kuruluna, oradan da ilgili komisyonlardan geçirerek, Meclis başkanlığına getirmesi gerekirken, kısa ve kolay yoldan, ancak hukuka ve kanuna uygun olmayacak bir şekilde işi yönetmelikle çözmeye çalışmıştır. Bu durum da, devleti yönetenlerin işin önemini kavrayamadıklarını ve konuya gerekli özeni göstermediklerini ortaya koymaktadır. Yasası olmayan bir konuyu yönetmelikle çözmek, konuyu geçiştirmek ve çözümsüzlük demektir. GDO'lu Ürünlerde Etiket Uygulaması: Yasaya rağmen GDO (Genetiğı Değıştirilmiş Organizmalar)'lu ürünler etiketlenmiyor. Biyogüvenlik Yasası ve Genetik Yapısı Değıştirilmiş Organizmalar (GDO) ve Ürünlerine Dair Yönetmelik 26 Eylül 2010'da yürürlüğe girdi. Yasa ve yönetmeliğe göre, GDO'lu ürünler ve eşik değerin(genellikle binde 9 olarak belirleniyor) üzerinde GDO olan ürünlerin etiketinde "Genetik yapısı değıştirilmiştir", "genetik yapısı değıştirilmiş üründen üretilmiştir" yazılması gerekiyor. Ancak, yasanın yürürlüğe girmesinden bu yana uzun bir süre geçmesine rağmen etiket zorunluluğı uygulanmıyor. Market raflarında satılan hiçbir gıda maddesinin etiketinde GDO'lu olduğuna ilişkin ibare yok(2). GDO teriminin açılımını çoğı insan bilmemektedir. Bu çalışmada amacımız lise öğrencilerinin GDO'lu ürünler hakkındaki bilgi düzeylerini saptamak ve GDO'ların dünyadaki ve Türkiye'deki durumu göz önüne alınarak bu ürünlerin potansiyel fayda ve riskleri ile insan sağlığı açısından etkilerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini Gaziantep ili Nigar Ertürk lisesinde okuyan 14-18 yaş arası 380 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiş tüm evrene ulaşılmaya çalışılmış, Öğrencilere anketler hakkında bilgi verilip sözlü bireysel izinleri alındıktan sonra 24-30 Kasım 2011 tarihleri arasında anketler uygulanmıştır. Anket formunda 29 sorudan 10'u kişinin sosyo-demografik özelliğini belirlemeye yönelik olup 19 kapalı uçlu soru lise öğrencilerinin GDO'lu ürünlerle ilgili bilgi düzeyini incelemeye yöneliktir. Verilerin analizi SPSS 15 paket programında yapılmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya katılanların %56.6'sı erkek, %22.4'ü 16, %33.7'si 17, %24.2'si 18 yaşında, %86.3'ü ilde yaşamakta, %68.9'u çekirdek, %28.4'ü geniş aile yapısındadır. %53.7'sinin gelir gideri eşit, %37.1'inin geliri giderinden azdır. %49.5'inin annesi okur yazar değil, %34.2'si ilkokul mezunudur. %7.6'sının babası okur yazar değil, %56.6'sının babası ilkokul mezunudur. %11.1'i 1-3 kardeş, %17.4'ü 4 kardeş, %19.2'si 5 kardeş, %22.4'ü 6 kardeş, %15'ı 7 kardeş, %6.3'ü 8 kardeş, %8.8'i 9-15 kardeştir. Araştırmaya katılanların %75.8'i GDO' nun ne demek olduğunu bilirken %22.4'ü bilmemektedir. %49.5'i GDO terimini ilk kez televizyon ve radyodan, %8.2'i gazete dergi ve kitaptan, %7.2'i internette, %8.2'si aile, dost ve arkadaştan, %22.4'ü ilk kez o an duymuştur. %69.5'i GDO'yu sağlığa zararlı bulurken %4.5'i zararsız bulmuştur. %59.7'si GDO'nun en çok meyve sebzelerde, %5.5'i kırmızı ve beyaz etlerde %4.7'si süt ve süt ürünlerinde bulunduğunu söylemiştir. %58.7'si GDO'nun sağlık sorunlarına sebep olduğunu düşünmektedir. %12.4'ü biyolojik çeşitlilikte, %4.2'si ekonomik sorunlarda, %9.5'i hepsini etkilediğini belirtmiştir. %42.1'i GDO'lu ürünlerin yoksulluğı önleyemeyeceğı düşüncesindedir. Araştırmaya katılanların %17.6'sı GDO'nun verimliliğı arttırdığını, %42.4'ü arttırmadığını, %40'ı bilmediğini belirtmiştir. %11.6'sı GDO'nun yoksulluğı bitirdiğini, %42.1'i bitirmediğini, %46.3'ü bilmediğini söylemiştir. %69.2'si GDO'lu ürünlerin üzerinde etiket olması gerektiğini belirtmiştir. Öğrencilerin %33.2'si GDO'lu ürünleri tadından anladığını, %31.8'i anlamadığını, %62.4'ü GDO'lu ürünün hormonlu ürün olduğunu, %12.9'u hormonlu olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %54.4'ü GDO'nun sofralarına geldiğini, %10.3'ü gelmediğini, %35.3'ü gelip gelmediğini bilmediğini söylemiştir. Araştırmaya katılanların %12.4'ü GDO hakkında kendilerine yeterli bilginin verildiğini, %67.6'sı vermediğini belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %31.6'sı GDO üretiminin toprağına zarar verdiğini, %15'ı vermediğini, %53.4'ü toprağına zarar verip vermediğini bilmediğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %13.7'si GDO'nun antibiyotiklere karşı duyarlı olduğunu belirtmiş %23.9'u duyarlı olmadığını söylerken %62.4'ü antibiyotiklere karşı duyarlı olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %16.3'ü GDO'lu tohumların ilaç kullanımını ve ilaç fiyatlarını düşürdüğünü, %28.4'ü düşürmediğini, %55.3'ü bilmediğini belirtmiştir. %41.6'sı GDO'lu ürün kullanımını organik ürünlere göre ucuz olduğu için tercih ettiğini belirtmiştir. %59.2'si bu konuyla ilgili yasal düzenlemenin var olup olmadığını bilmemektedir.

Araştırmaya katılanların %38.2'si GDO'lu ürün tüketimini belirli sınırdan tutmanın mantıklı tedbir olabileceğini belirtmiş %21.8'i olmayacağını, %40'ı bilmediğini belirtmiştir. Katılanların %18.9'u dünyada artan gıda ihtiyacının karşılanması için GDO'nun cevap olabileceğini düşünürken %32.1'i düşünmemektedir. %48.9'u

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bilmediğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %41.6'sı organik ürünlerin pahalı olmasının kendini GDO'lu ürün kullanımına yönelttiğini, %23.7'si yöneltmediğini %34.7'si bilmediğini söylemiştir. Araştırmaya katılanların %10'ı ülkemizde GDO ile ilgili yasal düzenlemenin olduğunu, %30.8'si olmadığını, %59.2'si olup olmadığını bilmediğini belirtmiştir.

TARTIŞMA: Hem yararı hem de zararı olduğu iddia edilen ve halen tartışma konusu olan GDO teriminin araştırmaya katılanlar tarafından henüz %22.4 ne demek olduğunu bilinmemesi ve yine cevap verenlerin %22.4 ünün çalışma sırasında bu terimi ilk kez duymuş olması GDO konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıkları göstergesidir. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Ziraat Fakültesi tarafından 2007 yılında genetiği değiştirilmiş organizmalarla ilgili yapılan araştırma sonucunda %28.92'sinin GDO terimini ilk kez araştırma sırasında duymuş olmasıyla kişilerin yeterince bilgilerinin olmadığı sonucunun çıkması araştırmamızın sonucuna benzemektedir. 2010 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha merkezi başkanlığı tarafından GDO ile ilgili yapılan araştırmaya katılanlar en çok GDO bulunduran ürünün %55.1 ile meyve sebze olduğunu söylemiştir. Bizim araştırmamıza katılanların %58.7'si GDO'nun en çok zararının sağlık sorunlarında olduğunu söylerken 2010 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha merkezi başkanlığı tarafından GDO ile ilgili yapılan araştırmaya katılanlar GDO'nun en çok zararın %50.8 ile sağlık sorunlarında olduğunu söylemiştir. Araştırmaya katılanların: %69.2'si GDO'lu ürünlerin üzerinde etiketin olması gerektiğini, %7.1'i olmaması gerektiğini, %23.7'si etiket olup olmaması konusunda bilgileri olmadığını belirtirken aynı sonuç Çanakkale onsekiz Mart üniversitesi ziraat Fakültesi tarafından yapılan araştırmada da çıkmaktadır. Yine Refik Saydam Hıfzıssıhha merkezi başkanlığı tarafından yapılan araştırmada aynı sonuç çıkmıştır. Araştırma neticelerine baktığımızda araştırmaya katılanların gelir durumlarının çok iyi olmaması ve anne-baba eğitim durumlarının çok yüksek olmaması bu sonuçların doğmasına neden olabilir yine Çanakkale onsekiz mart Üniversitesi ziraat fakültesi tarafından yapılan araştırma sonucunda GDO lu ürünler hakkında bilgi seviyesinin eğitim düzeyiyle ilişkili olduğunu belirtmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Hem yararı hem zararı olduğu iddia edilen halen tartışma konusu olan GDO teriminin araştırmaya katılanların; %75,8'i GDO'nun ne demek olduğunu sadece teorikte bilip gerçek anlamda bilgi sahibi değildir %49,5 i GDO terimini ilk kez televizyon ve radyoda duyması %22.4 ünün çalışmamız sırasında bu terimi duymuş olması GDO konusunda yeterince bilgilendirilmediğini göstermektedir. En büyük sorun bilgi eksikliğini gidermek için televizyon gibi insanların ilk duyma konusunda en çok bilgi aldığı yere GDO'lu ürünlerin potansiyel zararları ve yararları konusunda toplumun bilgilendirilmesi gerekir. GDO'lu ürün kullanımına sınırlama getirilmesi gerekir ayrıca bu tür ürünler yeterli bilimsel araştırmalar yapıldıktan sonra tüketime sunulmalı ve kullanımları yasal çerçevede sürekli kontrol edilmeli ve GDO'lu ürünlerin üzerine etiket konması gerekir. GDO'lu ürünler konusunda yasal düzenleme getirilmeli, organik ürün fiyatlarının düşürülerek alım gücü artırılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Genetiği Değiştirilmiş Organizma, Sağlığa Etkisi, Öğrenci Bakışı

KAYNAKLAR:

- 1) ÇELİK V ,Turgut-BALIK D. GENETİĞİ DEĞİŞTİRİLMİŞ ORGANİZMALAR. Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 23 (1-2) 13-23, 2007
- 2) Kıyak, S. Genetik Olarak Değiştirilmiş Gıdalar, Cartagena Biyogüvenlik Protokolü ve Türkiye'de Durum (2), Çevreye Genç Bakış, 5, 1-20, 2004.
- 3) Demir A, Pala A. Genetiği Değiştirilmiş Organizmalara Toplumun Bakış Açısı Hayvansal Üretim 48(1): 33-43, 2007. Kaynar P,Emek M. Sağlık Alanında Görev Yapan Personelin Genetiği Değiştirilmiş Organizmalarla İlgili Bilgi ve Tutumları, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı, Gıda Güv. ve Bes. Araş. Müdürlüğü, Ankara-Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı, Antalya Hıf. Enst. Müdürlüğü, Antalya, Gıda güvenliği kongresi.

657

DENİZLİ İLİNDE AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ SAĞLIKLI BESLENME VE FİZİKSEL AKTİVİTE ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sedefnur Tokkaya¹, Fatma Kıvrak¹, Mine Solakoğlu Uçar¹, İbrahim Demirciler¹, Erdoğan Taş²

¹Halk Sağlığı Müdürlüğü Denizli, ²Denizli İl Sağlık Müdürü

Giriş ve Amaç:Dünya Sağlık Örgütü, kronik hastalıkların görülme sıklığının diyet ve yaşam stili değişiklikleriyle azaltılabileceğini belirtmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri hastalıkların önlenmesinde büyük önem taşımakta olup; bu bölgelerde çalışan personel rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bundan dolayı Aile Sağlığı Elemanları (ASE)'nin yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konusundaki tutum ve davranışları toplumu çok etkilemektedir. Bu çalışma Denizli Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan personelin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç-Yöntem:Tanımlayıcı tipteki bu araştırmamızda Sağlık Müdürlüğü tarafından 15 Şubat- 15 Haziran 2012 tarihleri arasında "Kronik Hastalıkların Kontrolü ve Önleme" amaçlı yürütülmekte olan eylem planları kapsamında üç gün süren ve 9 seansta tamamlanan eğitimlere katılan 218 (%85) Aile Sağlığı Elemanının (ASE) %50'si dahil edilmiştir (n=109). Veriler; sosyo-demografik özellikler, beslenme davranışları, besin tüketim sıklığı ve fiziksel aktivite yapma sıklığını içeren bir anket formu ile toplanmıştır. Katılımcıların kilo, Beden Kitle İndeksi (BKİ), vücut yağ oranı TANITA cihazıyla değerlendirilmiştir. Veriler SPSS paket program kullanılarak değerlendirilmiş olup; sürekli değişkenler korelasyon ve kategorize değişkenler ise ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:Araştırmaya katılan 109 ASE'nin yaş ortalaması 35,5±4,1 (24-54), ortalama çalışma süresi 15,3±4,7 (1-24) yıldır. Katılımcıların hepsi kadındır. Araştırmaya katılan ASE'lerin %5,6'sının çocuğu olmayıp, %5,5'inin 1, %25,9'unun 2, %63,0'ünün 2 çocuğunun olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunun beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; %69,4'ü düzenli kahvaltı yapmakta, %55,6'sı öğün atlamamaktadır. Öğün aralarında katılımcılar %52,3'ü bisküvi tercih ederken, %53,2'si meyve tercih etmektedir. Düzenli spor olarak haftada en az 3 gün 30 dakika spor yapma durumu kabul edilmiş; katılımcıların %31,0'ü düzenli spor yaptığını, %28,0'ü düzenli yürüyüş yaptığını ve %61,6'sı işe yürüyerek gittiğini belirtmiştir. ASE'nin BKİ'lerinin; öğün sayısı ve haftalık yapılan egzersiz süreleri arasında önemli bir fark yoktur. Katılımcıların BKİ'leri ile yaş ve çocuk sayısı arasında pozitif doğrusal bir ilişki vardır (p<0,05). BKİ'ne göre katılımcıların %62'si normal (BKİ= 18.5-24.9 kg/m²), %38'i şişmandır (BKİ ≥ 25.0 kg/m²). BKİ'ne göre şişman olanlar normal olanlara göre öğün aralarında daha fazla tatlı, çikolata ve dondurma tüketmektedir ve bu durum istatistiksel olarak önemlidir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler:ASE'nin BKİ'lerini; öğün sayısı ve haftalık düzenli egzersiz yapma durumları etkilememektedir. BKİ'ne göre katılımcıların normal (BKİ= 18.5-24.9 kg/m²) ve şişman (BKİ ≥ 25.0 kg/m²) olma durumu ile tatlı, çikolata ve dondurma yemek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,05).

Ulaş ve Genç'in Malatya Asker Hastanesi'nde 2007 yılında görev yapan personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışlarını incelediği çalışmada bireylerin yalnızca %42.6'sı öğün atlamadıkları, %94.4 öğün aralarında besin tükettiği ve öğün aralarında tüketilen besinlerden en çok kek, bisküvi ya da cips %59.0 tercih ettikleri; bizim çalışmamızda ise %56'sının öğün atlamadıkları, %82,6 öğün aralarında besin tüketmekte oldukları ve öğün aralarında %52'sinin bisküvi, %53'ünün meyve tercih ettikleri saptanmıştır. İki çalışma birbirini desteklemektedir. Okyay ve Uçku'nun yaptığı çalışma sonuçlarına göre kadınların BKİ'nin yaş ve doğum sayısı ile arttığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da kadınların BKİ'lerinin; yaş ile arasında; çocuk sayısı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,05).

ASE'nin topluma rol model olduğu ve sağlık eğitimi ile toplumu bilgilendirdiği için beslenme ve fiziksel aktivite bilgi düzeylerinin artırılmasının ve bu bilgileri hayatlarına geçirme yöntemlerinin öğretilmesi önemlidir. Bu amaçla yapılan eğitimlerin sayısının artırılması, beslenme alışkanlıkları ilgili davranış değişikliği oluşturulması önemlidir. Buna yönelik yeni stratejiler geliştirilmeli ve fiziksel aktiviteyi arttırmak için planlama ve uygulamalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı elemanı, beslenme, fiziksel aktivite

Kaynaklar:

1. Ulaş, B., Genç, M.F. (2010) “Malatya Asker Hastanesi’nde 2007 Yılında Görev Yapan Personelin Sağlıklı Beslenme Konusundaki Tutum ve Davranışları” İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 17 (3) 187-193
2. Wasserman, K., Hansen, JE., Sue, DY., Whipp, BJ., Casaburi, R. (1994) “Principles of exercise testing and interpretation”(Ed. JM Harris) Lea & Febiger Publisher: Philadelphia
3. Okyay, P., Uçku, R. (2002) “İzmir’de Kentsel Bir Bölgedeki Doğurgan Çağdaki Kadınlarda Şişmanlık Prevalansı ve Risk Faktörleri” ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 3(3) : 5 – 12

432

EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM OKULLARI VE LİSELERDEKİ KANTİNLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ -2010

Faruk Yorulmaz

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Okullar, çocukların sağlıklı beslenme alışkanlığı geliştirmesinde çok önemlidir. İyi bir beslenme alışkanlığı geliştirilmesi, daha sonraki hayatlarında da sürmekte ve böylece sağlıklı toplum oluşmasında okullar önemli rol oynamaktadır. Okul yıllarındaki sağlıklı beslenmenin çocukların büyüme-gelişmelerini desteklediği, okul başarılarını olumlu etkilediği ve ileri yıllarda ortaya çıkabilecek kronik hastalıkların riskini düşürdüğü bilinmektedir(1,2) . Bu çalışma 2010 yılında Edirne İl Merkezinde bulunan tüm ilköğretim okulları ve liselerde bulunan kantinleri ortam, çalışanlar, hazırlanan ve satılan gıdalar ile sürdürülmekte olan denetimlerini değerlendirilmek amacıyla yapılmış, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

Anahtar Sözcükler : Okul, kantin, beslenme, öğrenci

GEREÇ VE YÖNTEM:Çalışma Edirne Merkez İlçe’de ye alan ve kantin bulunduran 37 devlet ve 3 özel okul olmak üzere 40 ilköğretim okulu ve liselerin tümünü kapsamaktadır. Gerekli izinler alındıktan sonra, 2010 Mart-Mayıs döneminde söz konusu okullar, içinde araştırmacıların da bulunduğu bir ekip tarafından ziyaret ederek, kantinden sorumlu müdür yardımcısı ya da öğretmen ile birlikte; kantinin okul içinde bulunduğu yer, temizlik, aydınlatma, akarsu, sürekli sıcak su, besin depolama, hazırlama ve bulaşık yıkama yerleri, depolama biçimi, çöp kutuları, buzdolabı, ecza dolabı, çalışanların sağlık karneleri, portör muayeneleri, giysi ve kişisel koruyucu kullanımı ile satılan ve hazırlanan besinlerin saklanma, hazırlanma ve sunulma koşulları, sağlıksız gıda maddesi satılma durumu, besinlerin son kullanma tarihleri gibi 2007 yılında yayınlanan “Okul kantinlerinin denetimi ve uyulacak hijyen kuralları” genelgesinde tanımlanan “kantinlerin taşınması gereken hijyen kuralları” ile ilgili veriler, gözlem, belgelerin incelenmesi ve sorgulama yolu ile toplanmıştır. Toplanan veriler Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda değerlendirilmiştir.

BULGULAR:Çalışma kapsamındaki tüm kantinlerin sihi müessese ruhsatı bulunmaktadır. 40 okuldan 36’sında (%90) kantin zemin katta ve 11’inde (%27.5) giriş katında yer almaktadır. Kantinlerde toplam 122 çalışan bulunmaktadır ve bu çalışanların 92’si kadın (%75), 102’si ilköğretim mezunudur (%84), üniversite mezunu çalışan yoktur. Kantinlerde ortalama; çalışan sayısı 3 (min 1 ve max 6), yaş 29.6 yıl (min 17 ve max 52) ve çalışma süresi 2 yıldır (min 6 ay, max. 5 yıl). Kantin çalışanlarının kendilerine sorulduğunda hiçbir çalışan, bu konu ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını bildirmiştir. Tüm çalışanların sağlık karneleri bulunmakta olup portör muayeneleri ancak 95 çalışmada (%78) uygun zamanda yapılmıştır.

Çalışma kapsamındaki 40 kantinden 5 tanesinde (%12.5) sadece hazır besin maddesi satılırken, kalan 35 kantinde (%87.5) hazır gıda satışı yanı sıra, kantinde gıda hazırlama ve bu tür gıdaları satma da söz konusuydu. Gıda hazırlanan tezgahlar 35 kantinin 32’sinde (%91.4) ve gıda hazırlanan kaplar 27’sinde (%77.1) temiz olarak belirlendi.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Kantinlerin tümünde ecza dolabı bulunmakla birlikte, hiçbir ecza dolabında pamuk, alkol/oksijenli su, tentürdiyot, termometre, sargı bezi olarak tanımlanan 5 malzemenin tamamı bulunmamaktaydı.

Kantinlerde en sık rastlanan olumlu durumlar; aydınlatmanın yeterliliği (%87.5), sürekli sıcak su bulunuyor olması (%80), kapaklı çöp kutusu (%80), kişisel hijyene özen gösterme (%72.5) ve vektör mücadelesi (%70) olarak belirlenirken; en sık rastlanan olumsuzluklar; gazlı içecekler, cips vb sağlıksız gıdaların varlığı (%92.5), çalışanların uygun kıyafet ve eldiven kullanmaması (%85), gıda ile temasta bulunan kapların uygun olmayışı, uygun yerlerde saklanmayışi, kullanıldıktan sonra hızla yıkanmayışi (%77.5) gibi sorunlar ile gıda maddelerinin uygun saklama koşullarında saklanmamasına (%70) ilişkin sorunlardır.

Sağlıksız gıdaların satışının yapılmadığı kantinlerde (iki tanesi özel okul ve biri devlet okulu toplam 3 okul kantini), okul yönetiminin bu tür gıda satışına izin vermediği okulların kantinleridir.

Özel okullardaki kantinlerin devlet okullarına göre incelenen tüm özellikler açısından görece daha iyi durumda olduğu belirlenmiştir.

Kantinlerin ayda bir kez, okul müdürünün görevlendirdiği bir müdür yardımcısı ya da öğretmen tarafından denetlenerek Milli Eğitim Bakanlığı'nca hazırlanan bir formda bu denetim sonucunun belgelenmesi istenmektedir. İlginç bir bulgu olarak ta; çalışma yaptığımız okullarda bu formların düzenli olarak doldurulduğunu ancak bizim belirlediğimiz sorunların bu formlarda yer almadığı, tersine bu sorunlara ilişkin bölümlerin formlarda olumu olarak doldurulmuş olduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA:Konu ile ilgili en eskisi 1930 tarihli olmak üzere pek çok mevzuata ve denetim konusunda görevli pek çok kuruma rağmen Edirne İl Merkezindeki İlköğretim okulları ve liselerde kantinlerin gerek besin türü ve hijyeni, gerek çalışanlar gerekse ortam anlamında istenen düzeyde olmadığı gözlenmiştir. Bu sorun Sağlık Bakanlığı'nın pek çok program ile de bağlantı olarak pek çok sağlık soruna neden olabilecek çok ciddi bir sorundur. Yapılan çalışmalar da ülkemizde fast food türü gıdaların öğrencilerde ciddi biçimde tüketildiğini göstermektedir. Çalışmalar, kantin çalışanlarının çoğunlukla ilkokul mezunu olduklarını göstermektedir.

Toksöz ve ark.nın çalışmasında öğrencilerin %71'inin kantinden ve fast food türü besinlerle beslendiğini bildirilmektedir (3). Soysal ve ark.nın çalışmasında İzmir Kemalpaşa'daki ilköğretim okullarındaki kantinlerin %75'inin sıhhi ruhsatının olmadığını, kantin çalışanlarının %68.8'inde portör muayenelerinin düzenli biçimde yapılmadığını bildirmektedirler (4).

Maddock ve ark.nın çalışmasında özellikle ilköğretim okullarında okula ilişkin bir beslenme politikası olduğunu ve kantinlerde satılan besin maddelerinin de bu politika ile belirlendiğini bildirmektedir (5). Ak ve ark.nın Ankara'da yaptıkları çalışmada kantin çalışanlarının sağlık konusunda ciddi eğitim ihtiyacı olduğunu bildirmektedirler (6).

SONUÇ VE ÖNERİLER:Çalışmamız sözkonusu kantinlerin sağlık ve hijyen açısından önemli sorunları olduğu, kantin çalışanlarının bu konuda bilgi, tutum ve davranışlarının yetersiz ve olumsuz olduğunu göstermiştir.

Kantinlerin okul içindeki yeri ve alanının uygunluğundan başlamak üzere, doğru biçimde kurulmuş olması, okul yönetimine, denetimden sorumlu okul yöneticisine ve kantin çalışanlarına, çalışmaya başlamadan önce ve çalıştıkları süre içinde periyodik biçimde besin hijyeni, kişisel hijyen, koruyucu kullanımı, çalışılan ortamın hijyeni gibi konu ile ilgili eğitim verilmesi ve titiz biçimde denetlenmesi gerektiği kanısındayız. Bu konuda okul aile birliğinin de aktif biçimde görev alması sorunun çözümüne katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar:

- 1) Garipağaoğlu M, Özgüneş N. Okullarda beslenme uygulamaları. Çocuk Dergisi 8(3): 152-159, 2008
- 2) Yabancı N. School health and nutrition programs. TAF Prev Med. Bull 2011; 10(3):361-368
- 3) Toksöz P, Ceylan A, Çelik F, Gökçe Ş. Lise öğrencilerinin Fast food türü yiyecek

tüketme durumları. Dicle Tıp Dergisi C.27, S.2, 2000.

4) Soysal A, Giray H, Şevken S. İzmir Kemalpaşa ilçesindeki ilköğretim okullarının çevre

sağlığı açısından değerlendirilmesi. PAF Prev Med Bull 2008; 7(5):385-390

5) Bronwyn M, Warren C and Worsley A. Survey of canteens and food services in

Victorian schools. Nutr Diet 2005;62:76-81.

6) Ak Ş, Çelen Ü, Özen Y, Tabak RS, Piyal B. Ankara merkez ilçeler ilköğretim okulları çalışanlarının sağlık davranışları

637

FARKLI SOSYO EKONOMİK DÜZEYDEKİ İKİ İLKÖĞRETİM OKULU 6, 7, 8. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE OBEZİTE SIKLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Emel Çelik¹, Rıza Çıtıl¹, İlhan Çetin², Mücahit Eğri¹

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi, ²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ: Obezite küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunu olup, tüm dünyada her geçen gün artış göstermektedir. Son yıllarda ülkemizde yapılan çalışmalarda da, obezitenin erişkin, çocuk ve adolesanlarda artmakta olduğu tespit edilmiştir. Erişkinlerin büyük çoğunluğunda obezite başlangıcının çocukluk çağlarına uzanması nedeniyle çocukluk ve adolesan döneminde obeziteden korunma giderek önem kazanmaktadır.

Bu araştırma; Tokat il merkezinde farklı sosyoekonomik düzeydeki iki ilköğretim okulu 6, 7, 8. sınıf öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları, beslenme bilgi düzeyleri, yanlış beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite gibi obezite sıklığını etkileyen faktörleri belirlemek, bölgede yapılacak çalışmalara adolesan çağı obezitesi konusunda ışık tutacak bir kaynak oluşturmak amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Ayrıca yapılan çalışma, Tokat ilindeki adolesanlarda obezite sıklığını araştıran ilk çalışma olması açısından da önemlidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Ekim-Aralık 2010 tarihleri arasında yürütülen tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırmanın evrenini Tokat il merkezindeki ilköğretim okullarının 6, 7, 8. sınıflarındaki öğrencileri, araştırmanın örneklemini ise Tokat İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nce hazırlanan listelere göre tabakalı şekilde sınıflandırılan sosyo-ekonomik olarak kötü ve iyi düzeyde aileleri temsil eden iki ayrı ilköğretim okulunun 6, 7, 8. sınıflarındaki toplam 302 öğrenci (sosyo-ekonomik olarak kötü okuldan 109, sosyo-ekonomik olarak iyi okuldan ise 193) oluşturmaktadır.

Çalışmanın verileri anket formu ve antropometrik ölçümler ile toplanmıştır. Veri toplama amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan "anket formu" öğrenci bilgi formu, beslenme alışkanlıkları, öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri ve aile anket formunu içeren toplam 163 sorudan oluşmuştur. Anketin uygulanabilmesi ve antropometrik ölçümlerin yapılması için Valilik, Sağlık Müdürlüğü ve Millî Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli resmi izinler alınmıştır. Çalışmaya alınan okullara gidilerek, daha önceden ailelerinin yazılı onamı alınan öğrencilere çalışmanın amacı ve anket formunun doldurulma biçimi hakkında bilgi verildikten sonra katılmak isteyenlere araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle "Öğrenci Anketi" uygulanmıştır. Çalışmanın son adımında araştırmacı tarafından öğrencilerin antropometrik ölçümleri (boy, kilo, bel, kalça, üst orta kol çevresi) yapılmıştır. Boy ölçümü bir mm'ye duyarlı Seca marka boy ölçer cihazıyla ölçülmüş ve "cm" değerinden sonuçlar kaydedilmiştir. Ağırlık ölçümü 100 grama duyarlı Seca marka dijital baskülle ölçülmüş ve elektronik göstergede görülen "kg" olarak okunan sonuç kaydedilmiştir. Bel, kalça ve üst orta kol çevresi ölçümleri ise esnemeyen mezura ile yapılarak "cm" olarak kaydedilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Öğrencilerin yaşa ve cinsiyete özgü beden kitle indeksleri DSÖ'nün adolesanlarda obezite sınıflandırılması için önerdiği tablolara göre değerlendirilmiş, yaşa ve cinsiyete göre persentil değerleri < 3 "çok zayıf", 3-15 "zayıf", 15-85 "normal kilolu", 85-97 "fazla kilolu" ve > 97 "obez" olarak kabul edilmiştir. Bel çevresi ölçümleri (cm) kalça çevresi ölçümlerine (cm) bölünerek, bel/ kalça oranları hesaplanmıştır. Bel/ kalça oranı erkek öğrencilerde, 1,0'dan küçükse "risk yok", 1,0 ve üzeri ise "risk var"; kız öğrencilerde 0,85'den küçükse "risk yok", 0,85 ve üzeri ise "risk var" olarak gruplandırılmıştır. Üst orta kol çevresi NHANES (ABD Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) II referans değerlerine göre değerlendirilerek persentil değerleri < 5 "zayıf", 5-50 "normal", 50-95 "fazla kilolu" ve > 95 "obez" olarak sınıflandırılmıştır.

Veriler SPSS 18,0 ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma ile Ki-kare testleri kullanılmıştır. Farklılıkların test edilmesinde $p < 0,05$ değeri anlamlılık düzeyi olarak alınmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya 109'u (%36) sosyo-ekonomik olarak kötü okuldan, 193'ü (%64) ise sosyo-ekonomik olarak iyi okuldan olmak üzere toplam 302 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması $12,2 \pm 0,9$ yıl olup; %47,3'ü kız, %52,7'si ise erkektir. Öğrencilerin %78,2'sinin sosyal güvencesi var, %78,9'u çekirdek aile yapısında, annelerin %74,4'ü ev hanımı, babaların ise %41,4'ü serbest meslek sahibi ve %31,0'ı memurdur. Annelerin çoğunluğu ilköğretim mezunu (%44,7); babaların ise çoğunluğu yükseköğretim/üniversite mezunudur (%32,2). Ailelerin gelir

durumlarına bakıldığında, %28,2'si 0-599 TL, %15,8'i ise 3000 TL ve üzeri gelire sahiptir.

Öğrencilerin %56,1'inin günde üç öğün yemek yediği, öğünler arasında en fazla sabah kahvaltısını atladıkları, kahvaltıda tüketilen içecekler arasında %61,6 ile çayın ilk sırayı aldığı, öğrencilerin %13,6'sının öğle yemeğinde fast-food türü yiyecekler tükettiği saptanmıştır. Öğrencilerin %47,0'ı sıklıkla öğün arasında besin tüketmekte olup, öğün aralarında en sık tüketilen yiyecekler bisküvi-kraker (%38,5), şeker-çikolata (%38,5), cips (%37,8) iken; içecekler kola-gazoz (%50,4), çay (%41,5) ve hazır meyve suyu (%28,9)'dur. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin %23,7'sinin öğün saatleri düzensizdir.

Öğrencilerin beden kitle indeksine göre %15,2'sinin obez (kızlarda %8,5 ve erkeklerde %21,1) olduğu saptanmış olup, ortalama BKİ $20,1 \pm 3,9$ kg/m² dir. Obez olanların %74,4'ü erkek olup cinsiyete göre obezite görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Yaş ile obezite görülme sıklığı arasında ise anlamlı ilişki yoktur ($p > 0,05$).

Öğrencilerin ortalama bel/kalça oranı $0,83 \pm 0,05$ cm (kızlarda $0,80 \pm 0,04$ cm, erkeklerde $0,85 \pm 0,06$ cm) olup, kız öğrencilerin %12,4'ünün erkek öğrencilerin ise %1,3'ünün bel/kalça oranına göre risk grubunda olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Öğrencilerin ortalama üst orta kol çevresi $22,2 \pm 3,4$ cm (kızlarda $21,8 \pm 3,2$ cm, erkeklerde $22,7 \pm 3,4$ cm) olup, erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre üst orta kol çevresi ölçümleri anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri doğru cevap ortalaması $6,8 \pm 2,8$ 'dir. Sosyo-ekonomik durumu iyi olan okuldaki öğrencilerin beslenme bilgi düzeylerinin sosyo-ekonomik durumu kötü olan okuldaki öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Beslenme bilgi düzeyi iyi olan öğrencilerin %71,0'ünün okul başarısının "Pekiyi" olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri ile okul başarısı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Obez olarak saptanan öğrencilerin %88,4'ü sosyo-ekonomik durumu yüksek olan okula gitmekte olup, obezite sıklığı ile okulların sosyo-ekonomik durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Öğrencilerin ailelerinin ekonomik durumu ve öğrenim durumu ile obezite görülme sıklığı arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Ebeveynlerin öğrenim düzeyi yükseldikçe öğrencilerin obezite sıklığının arttığı ve ebeveynlerin öğrenim düzeyi ile obezite sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Öğrencilerin doğum ağırlığı, doğum zamanı, ek gıdaya başlama, sadece anne sütü ve toplam anne sütü alma zamanı, hafta içindeki uyku süreleri, okula ulaşım şekli ve bilgisayar karşısında geçirdikleri süre ile obezite görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Obez öğrencilerin spor yapma durumları diğer öğrencilere göre daha düşük olup, obezite sıklığı ile spor yapma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

($p < 0,001$). Öğrencilerin TV izlerken atıştırma, diyet yapma, fiziksel görünümünden memnun olma durumları ve kiloları hakkındaki düşünceleri ile obezite sıklığı arasındaki ilişki de anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

TARTIŞMA : Obezite prevalansı dünyanın hemen hemen tüm bölgelerinde artmakta olup, sadece yetişkinleri değil, çocukları ve gençleri de etkilemektedir. Çocuk ve adolesanlarda obezite prevalansının özellikle gelişmekte olan ülkelerde artış göstermesi çocukluk çağı obezitesinin hızla artan halk sağlığı sorunu olduğunun ve yakın gelecekte bu sorunun çok büyük sosyoekonomik ve halk sağlığı yükü oluşturacağına önemli bir göstergesidir (De Godoy-Matos ve ark. 2009). Çocukluk çağı obezitesi yetişkinlik döneminde pek çok kronik hastalığa zemin hazırladığı için obezite ile mücadeleye çocukluk çağına başlamak oldukça önemlidir.

Çalışmamızda öğrencilerin %15,2'si obez olarak saptanmış olup, bu sonuç Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara oranla daha yüksektir. Bunu etkileyen başta sosyo-ekonomik durum gibi birçok faktör olmakla birlikte, bulduğumuz sonuçların Tokat ili evrenine genellenemeyeceği, sadece çalışma kapsamındaki iki okula genellenebileceği düşünülmektedir.

Obezite sıklığının erkek öğrencilerde kız öğrencilerin yaklaşık üç katı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Çalışmamızı destekler nitelikte obezite sıklığının erkek öğrencilerde daha yüksek bulunduğu çalışmalar olduğu gibi, cinsiyet ile obezite sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanamayan çalışmalar da mevcuttur (Ceylan, Turan, 2008; Semiz ve ark., 2008). Çalışmamızda öğrencilerin yaş dağılımları ile obezite görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış iken ($p > 0,05$), Hindistan'da adolesanlarda yapılan çalışmada ise fazla kilolu olma prevalansının her iki cinsiyette de yaşla birlikte arttığı bulunmuştur (Ramachandran ve ark., 2002).

Anne ve babanın eğitim düzeyi ve meslekleri, gelir seviyesini belirleyen önemli etkenlerdendir. Semiz ve ark.(2008) tarafından yapılan çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde, sosyo-ekonomik durumu iyi olan öğrencilerin bulunduğu okullarda obezite ve fazla kilolu olma oranı sosyo-ekonomik durumu kötü olan okullara göre yüksek olarak saptanmış ve obezite sıklığı ile okulların sosyo-ekonomik durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Ancak Mısırlıoğlu ve ark.(2007) ise öğrencilerde sosyo-ekonomik durum ile obezite sıklığı arasında anlamlı fark bulamamışlardır. Sosyo-ekonomik durumu yüksek olan okulda obezitenin daha sık görülmesi, obezite gelişiminde çevresel faktörlerin genetik faktörlerden daha etkili olduğunu göstermektedir.

Literatürde TV seyredirken atıştırma obezite için risk faktörü olarak belirtilmektedir. Çalışmamızda da obezite sıklığı ile öğrencilerin TV izlerken atıştırma durumları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışmamızda obez öğrencilerin diğer öğrencilere göre anlamlı şekilde daha az spor yaptıkları saptanmıştır ($p < 0,001$). Bu durum yetersiz fiziksel aktivitenin obezite ile ilişkisi olduğunu düşündürmektedir. Günümüzde obezitenin görülme sıklığı, beslenme alışkanlıkları değişikliğine bağlı yanlış beslenme tarzı ve çocukların fiziksel aktiviteden uzaklaşarak TV ve bilgisayar oyunlarına yönelmeleri nedeniyle her yaş grubunda artmaktadır. TV seyretme, çocuğu sedanter davranışa yönlterek gıda alımını teşvik eder ve bu da BKİ'de artışa yol açmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Sonuç olarak, Tokat il merkezinde farklı sosyoekonomik düzeydeki iki ilköğretim okulu 6., 7. ve 8. sınıf öğrencilerinde obezite sıklığı yüksek bulunmuştur. Bireylerin beslenme alışkanlıklarının ve davranışlarının oluşumunda aile önemli bir faktördür. Obezite sıklığı ile okulların sosyo-ekonomik durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş olup, ekonomik durumu iyi olan ailelerin çocuklarında obezite oranı daha yüksektir ($p < 0,001$). Adolesanlarda obezitenin önlenmesinde sosyoekonomik durum yanında obeziteyi etkileyen diğer risk faktörleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Çocuk ve adolesanların yeterli ve dengeli beslenmesi ile yeterli fiziksel aktivitede bulunması, obezitenin önlenmesi ve gelecekte sağlıklı yetişkinler olmalarında çok önemlidir. Bu nedenle yanlış beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi ve bilgi düzeyinin artırılması amacıyla eğitim ve öğretimin her aşamasında yeterli ve dengeli beslenme, obezite ve düzenli fiziksel aktivitenin önemi konularına yer verilmelidir. Beslenme kadar, düzenli ve bilinçli yapılan fiziksel aktiviteler çocuk ve adolesan sağlığı açısından çok önemlidir. Bu nedenle TV izleme ve bilgisayar kullanma gibi sedanter aktiviteler azaltılmalı, öğrenciler sportif aktivitelerle yönlendirilmelidir. Adolesan döneminde obeziteyle mücadele etmek için öğrencilere ve ailelerine yeterli ve dengeli beslenme, obezite ve düzenli fiziksel aktivite konularında eğitim verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, Obezite, Risk Faktörleri.

KAYNAKLAR:

1-De Godoy-Matos AF, Guedes EP, de Souza LL, Martins MF. Management of obesity in adolescents: state of art. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009;53(2):252-261.

2-Ceylan, SS., Turan, T. (2008). Bir ilköğretim okulunda 11-14 yaş arasındaki öğrencilerde obezite sıklığı ve etkileyen etmenler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (4), 76-84.

3-Semiz, SMA., Özdemir, Ö., Sözeri Özdemir, A. (2008). Denizli merkezinde 6-15 yaş grubu çocuklarda obezite sıklığı. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 1, 1-4.

4-Ramachandran, A., Snehalatha, C., Vinitha, R., Thayyil, M., Kumar, CKS., Sheeba, L., et al. (2002). Prevalance of overweight in urban Indian adolescent school children. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 57 (3), 185-190.

5-Mısırlıoğlu, ED., Çakır, B., Albayrak, M., Evliyaoğlu, O. (2007). Okul çocuklarında beslenme bozuklukları: Boy kısalığı ve obezite. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(1), 7-10. ISSN 1302-3314.

359

FARKLI SOSYOEKONOMİK DÜZEYDEKİ İKİ İLKÖĞRETİM OKULU ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hatice Öge¹, Şükran Özcan¹, Ayşe Arıcı¹, Elçin Balcı², Osman Günay²

¹Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Şişmanlık, giderek önemi artan bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Şişmanlık sorununun küçük yaşlarda başladığı ve genellikle kalıcı olduğu bilinmektedir. Çocuklardaki şişmanlığın, ailenin sosyoekonomik düzeyi ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Şişmanlıkla ilişkili risk faktörlerinin bilinmesi, bu konuda önlemler alınması açısından önemlidir.

Bu araştırma, Kayseri il merkezinde farklı sosyoekonomik düzeydeki iki ilköğretim okulunda okuyan öğrencileri, beslenme durumu ve şişmanlık prevalansı açısından karşılaştırmak ve çeşitli sosyo-demografik faktörlerin şişmanlık prevalansına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel araştırma, Kayseri il merkezinde farklı sosyoekonomik düzeydeki iki ilköğretim okulunda, 2012 yılında yapıldı. Bu okullardan biri, şehrin kenar mahallesinde bulunan bir devlet okulu, diğeri şehir merkezinde bulunan bir özel okuldur. İki okulun 6-8. sınıflarında okuyan 368 öğrencinin tamamının araştırma kapsamına alınması hedeflendi. Çalışma için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik onay ve il Mili Eğitim Müdürlüğü'nden idari izin alındı.

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 31 sorudan oluşan anket formu yardımıyla toplandı. Ayrıca boy ve ağırlık ölçümleri yapıldı. Anket formunda, öğrencilerin ve ailelerinin sosyo-demografik özellikleri, çocukların beslenme durumu ile ilgili sorular yer almaktaydı. Boy ölçümleri ayakkabısız olarak, ağırlık ölçümleri ise önlüklü olarak yapıldı.

Araştırma kapsamına alınması planlanan öğrenciler araştırmacılar tarafından, sınıflarında ziyaret edilerek çalışma hakkında bilgilendirildi ve sözel onamları alındı. Ziyaret sırasında sınıfta bulunmayan öğrenciler çalışmaya alınmadı. Böylece toplam 324 öğrenci ile ilgili veriler değerlendirmeye alındı (ulaşma oranı %88).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Öğrencilerin ağırlık durumlarını değerlendirmek için, ağırlık (kg)/boy (m)², formülüyle beden kitle indeksi (BKİ) değerleri hesaplandı. Beden kitle indeksinin her yaş ve cins için 5. percentilin altında olması “zayıf”, 5–85 percentil arası “normal”, 85–95 percentil arası “hafif şişman”, 95 percentilin üzeri şişman olarak değerlendirildi (1). İstatistiksel analizlerde, BKİ değeri 85’in üzerinde olanlar birlikte değerlendirildi.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 20.0 programında değerlendirildi. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testiyle değerlendirildi. Normal dağılıma uygun olan verilerin istatistiksel analizinde unpaired t testi, kategorik verilerin analizinde ki kare testi kullanıldı. Çeşitli faktörlerin şişmanlık sıklığına etkisini değerlendirmek için binary logistik regresyon analizi uygulandı. Logistik regresyon analizinde; BKİ percentil değerinin 85’in üzerinde olup olmaması bağımlı değişken olarak; yaş, cinsiyet, okul, ailenin ekonomik durumu, anne ve babanın öğrenim durumu, anne ve babanın çalışma durumu, çocuğun ara öğün tüketme durumu ise bağımsız değişkenler olarak alındı. Tüm analizlerde P<0.05 değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin 212’si devlet okulunda, 112’si özel okulda okuyordu. Araştırma grubunun yaş ortalaması 13.1±1.0 olup, %45.4’ü erkek, %54.6’sı kız öğrencilerden oluşuyordu. Araştırma grupları arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından önemli bir fark bulunamadı. Buna karşılık, anne ve babanın öğrenim düzeyi ve ailenin ekonomik durumu açılarından gruplar arasında önemli fark bulundu. Devlet okulundaki öğrencilerin %16’sının babası, %9.9’unun annesi lise ve üzeri öğrenime sahipti. Bu oranlar özel okuldaki öğrenciler için %92 ve %75 olarak belirlendi. Devlet okulundaki öğrencilerin %34’ü, özel okuldaki öğrencilerin %91.1’i ailesinin ekonomik durumunu “iyi veya çok iyi” olarak değerlendirdi.

Ortalama BKİ değerleri; devlet okulunda 19.6±3.6, özel okulda 20.7±3.8 olup, okullar arasındaki fark önemli bulundu. Devlet okulunda okuyan öğrencilerin %4.6’sı zayıf, %82.1’i normal, %9’u hafif şişman ve %4.7’si şişman olarak değerlendirildi. Özel okulda bu oranlar sırasıyla; %5.4, %75.9, %10.7 ve %8.0 bulundu. Tüm öğrencilerin %15.4’ünün BKİ percentil değeri 85’in üzerinde bulundu BKİ grupları açısından okullar arasında önemli bir fark bulunmadı. Yaş ve cinsiyetin de şişmanlık oranlarına önemli bir etkisi bulunmadı. Annesinin öğrenim düzeyi lise ve üzerinde olan öğrencilerin %21.9’unun BKİ değeri 85 percentilin üzerinde iken, bu oran annesinin öğrenim düzeyi ortaokul ve altından olanlarda %12.3 bulundu. Annenin öğrenim düzeyinin, çocukların ağırlık durumlarına etkisi önemli bulundu. Annenin çalışma durumu, babanın öğrenim düzeyi ve çalışma durumunun çocukların ağırlık durumlarına etkisi önemli bulunmadı.

Öğrencilerin beslenme biçimlerini değerlendirmek için, ana öğünler dışında yemek yeme durumları soruldu. Farklı sıklıklarda olmak üzere, devlet okulundaki öğrencilerin %38.7’sinin kuşluk, %57.5’inin ikindi, %25.5’inin yataarken yemek yediği belirlendi. Bu oranlar özel okul öğrencilerinde sırasıyla %44.6, %64.3 ve %45.5 bulundu. Ara öğün tüketme oranları özel okul öğrencilerinde daha yüksek olup, okullar arasındaki fark önemli bulundu.

Logistik regresyon analizinde; annesi lise ve üzerinde öğrenim görmüş olan öğrencilerde hafif şişmanlık ve şişmanlık sıklığı, annesi ortaokul ve altından öğrenim görenlere göre yaklaşık 2.8 (1.1–7.3) kat fazla bulundu. Ailesinde şişman birey olan öğrencilerde şişmanlık ve hafif şişmanlık sıklığı, ailesinde şişman birey olmayanlara göre 2.3 (1.2–4.4) kat fazla bulundu. Yaş, cinsiyet, okuduğu okul, öğrenci tarafından ifade edilen ailenin ekonomik durumu, annenin çalışma durumu, babanın öğrenim durumu, babanın çalışma durumu, kardeş sayısı ve çocuğun ara öğün tüketmesinin hafif şişmanlık ve şişmanlık sıklığına etkisi önemli bulunmadı.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırma grubundaki öğrencilerin %15.4’ünün BKİ değeri 85. percentilin üzerinde bulundu. Çeşitli toplumlarda yapılan araştırmalarda preadolesan ve adolesanlarda şişmanlık sıklıkları birbirinden çok farklı bulunabilmektedir. Bu farklı sonuçlar hem toplumlar arasında beslenme durumu açısından büyük farklıklar olmasına hem de aynı toplumda zaman içerisinde önemli değişikliklerin olmasına bağlı olabilir. Türkiye dahil birçok ülkede, yetişkinlerdeki ve çocuklardaki şişmanlık sıklıklarının hızla yükseldiği bilinmektedir.

Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bir bölgeden seçilen devlet okulundaki öğrencilerin %13.7’sinin, yüksek sosyoekonomik düzeyli olarak kabul edilen özel okuldaki öğrencilerin %18.8’inin BKİ percentil değerleri 85’in üzerindeydi. Bu oranlar açısından okullar arasındaki fark önemli bulunamadı. Ancak ortalama BKİ değerleri açısından okullar arasındaki fark önemli bulundu. Bu veriler üst sosyoekonomik düzeyli bölgelerdeki çocuklarda şişmanlık sıklığının daha fazla olabileceğini, veriler kategorik hale getirildiğinde aradaki farkın önemli bulunmamasının veri sayısının yetersizliğine bağlı olabileceğini göstermektedir. Özellikle, üst sosyoekonomik grubu temsil eden özel okuldaki öğrenci sayısının az olması, gruplar arasındaki farkın önemli bulunmamasına yol

açmış olabilir. Bazı araştırmalarda üst sosyoekonomik düzeydeki gruplarda şişmanlık sıklığı daha fazla bulunmuştur (2,3)

Bu çalışmada, yaş ve cinsiyetin şişmanlık sıklığına etkisi önemli bulunmamıştır. Bazı araştırmalarda kız çocuklarda şişmanlık sıklığı daha fazla olduğu halde, bunun tersini gösteren araştırmalar da vardır (2,4). Araştırma sonuçlarının farklılığı, toplumlar arasındaki farklılıklara bağlı olabileceği gibi, araştırma kapsamına alınan grupların seçilme farklılıklarına da bağlı olabilir.

Çalışmamızda, annesi lise ve üzerinde öğrenim görmüş olan çocuklarda ve ailesinde şişman birey olan çocuklarda şişmanlık riski daha yüksek bulunmuştur. Bu veriler, şişmanlık oluşumunda genetik ve çevresel faktörlerin birlikte rol oynadığını göstermektedir. Öğrenciler tarafından ifade edilen "ailenin ekonomik durumu" ile çocuklardaki şişmanlık durumu arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum, çocukların tarafından rapor edilen ekonomik durum değerlendirmesinin yeterince güvenilir olmadığını, buna karşılık, annenin eğitim düzeyinin ailenin sosyoekonomik durumunun daha iyi bir göstergesi olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışma bir il merkezindeki iki okulda yapıldığı ve öğrenci sayısı sınırlı olduğu için, elde edilen sonuçlar toplumu temsil etmemektedir. Özellikle ailenin sosyoekonomik düzeyi ile ilgili olarak öğrencilerden alınan bilgiler gerçeği yansıtmayabilir. Bu sınırlıklara rağmen, bu çalışmadan elde edilen veriler, çocuklarda şişmanlığın önemli bir sorun olduğunu ve şişmanlık oluşumunda genetik ve çevresel faktörlerin birlikte rol oynadığını göstermektedir. Çevresel koşullardaki değişim, şişmanlığın gelecekte daha da önemli bir çocuk sağlığı sorunu olabileceğini düşündürmektedir.

Preadolesan ve adolesanlardaki şişmanlığın daha iyi anlaşılabilmesi ve etkili önlemlerin alınabilmesi için, daha geniş çaplı kesitsel ve prospektif araştırmalar yapılmalıdır. Şişmanlığın önlenmesi için, tüm toplumda yaşam biçimini değiştirmeye yönelik toplumsal yaklaşımlar ve risk altındaki bireyleri belirleyerek, onlara özel önlemler almayı sağlayacak bireysel yaklaşımlar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: İlköğretim okulu, öğrenci, şişmanlık, sosyoekonomik durum

KAYNAKLAR:

1. Kutlu R,Çivi S, Özel Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıklarının ve Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi 2009;14(1): 18–24.
2. Koçoğlu G, Özdemir L, Sümer H, Demir DA, Çetinkaya S, Polat HH. Prevalence of obesity among 11-14 years old students in Sivas-Turkey. Pakistan J Nutr 2003;2: 292–295.
3. Anamur Uğuz M, Bodur S, Konya il merkezindeki ergenlik öncesi ve ergen çocuklarda aşırı ağırlık ve şişmanlık durumunun demografik özelliklerle ilişkisi. Genel Tıp Dergisi 2007;17(1). 1–7.
4. Sancak R, DüNDAR C, Totan M, Çakır M, Sunter T, Küçüködük Ş. Ortaokul ve lise öğrencilerinde obezite prevalansı ve predispozan faktörler. O.M.Ü. Tıp Dergisi.1999;16: 19–24.

488

KAYSERİ MELİKGAZİ İLÇESİNDEKİ ANNELERİN EK BESİNLER KONUSUNDA DAVRANIŞLARI

Ayser Döner¹, Mualla Aykut²

¹Erciyes Üniversitesi Semiha-Asım Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi, ²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Amaç: Anne sütü, bebek beslenmesinde tek başına yeterli olan en üstün vasıflı ve fizyolojik olan tek besindir. Altı aylık oluncaya kadar bebeğe yeterli olan anne sütü, daha sonra yavaş yavaş yetersiz olmaya başlar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); altı aydan sonra anne sütünün, bebeğin enerji ve besin gereksinimlerini karşılayamaması nedeniyle, ek besinlere başlanmasını önermektedir (1). Ek besinlere altı aylıktan önce başlama, bunların anne sütünün yerine geçerek enerji ve besin öğelerinin yetersiz alınmasına, anne sütündeki demirin biyoyararlılığını azaltarak demir yetersizliği anemisi riskinde artışa, sindirim sistemi sorunları ve alerji riskinde artışa neden olur. Ek besinlere altı aylıktan geç başlama; sıvı besinleri tercih etme, katıları reddetme, demir, çinko, kalsiyum, A vitamini ve C vitamininin yetersiz alımı gibi beslenme sorunlarına yol açar (1).

Bu çalışmanın amacı; Kayseri Melikgazi İlçesindeki annelerin ek besinler konusunda davranışlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma Kayseri'nin Melikgazi İlçesinde Ekim 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında 13-24 aylık çocuk sahibi olan anneler üzerinde yapıldı. Çalışma için, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan etik onay alındı. Bu çalışmada gerekli örneklem büyüklüğü; Melikgazi İlçesinde 2006 yılında yapılan bir çalışmada (2) saptanan ek besinlere erken başlama sıklığı %41,3 esas alınarak, tolerans değeri; 0,04, $\alpha=0,05$ ile 577 olarak belirlendi. Altı yüz annenin örnekleme alınması planlandı. Araştırmada Melikgazi İlçesindeki 79 mahalleden 30'u kura yolu ile belirlenerek, her mahalle bir küme kabul edilip her kümeden 20 anne araştırmaya dahil edildi.

Araştırma kapsamına alınan annelere araştırmacının amacı açıklandı, araştırma hakkında sözlü bilgi verildi ve araştırmayı kabul eden annelerle yüzyüze görüşme yöntemiyle annelerin ve çocukların tanımlayıcı özellikleri ile ek besinlere ilişkin uygulamalarına yönelik hazırlanan 52 soru içeren anket formu dolduruldu. Evde bulunamayan anneler tekrar ziyaret edilerek görüşüldü. Ziyaret sırasında görüşülebilen annelerden çalışmaya katılmayı kabul etmeyen olmadı.

Ek besinlere başlama zamanı DSÖ'nün önerisi doğrultusunda altı aydan önce "erken", altı aylık olunca "zamanında" ve altı aylıktan sonra "geç" başlama olarak değerlendirildi. Ek besinlere 1-2 tatlı kaşığı miktarda başlama "doğru", 2 tatlı kaşığından fazla miktarda başlama "yanlış"; ek besinleri vermeye başladığında yumuşak sıvı kıvamda verme "doğru", püre kıvamında verme "yanlış"; aynı günde tek bir ek besin vermeye başlama "doğru", birden fazla ek besin vermeye başlama "yanlış"; ek besinleri çocuğa kaşıkla verme "doğru", biberonla verme "yanlış"; ek besinleri çocuğa kucağında otururken verme "doğru", çocuk sırtüstü yatarak verme "yanlış"; ek besin öğün sayısı 4 ve daha fazla ise "yeterli", 4'ten az ise "yetersiz" olarak değerlendirildi (1,3).

Araştırma kapsamına alınan annelerin çeşitli ek besinlere başlama zamanının değerlendirilmesi: hiç anne sütü almayan ve altı aydan önce anne sütünden kesilmiş çocuklar ve altı ay ve üzeri anne sütü verilmiş çocuklar için iki ayrı şekilde yapıldı. Ek besinleri ilgili literatürde belirtilen zamandan önce verme "erken", sonra verme ise "geç" olarak değerlendirildi (1).

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında ve istatistik paket programı (SPSS 16) kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistik analizlerinde yüzdelik, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanıp, gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanıldı ve $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya alınan annelerin yaş ortalaması 28.63 ± 5.11 (min:18 max:46) yıl olup %65.3'ü 25-34 yaş arasında, %42.3'ü ilköğretim mezunu ve %90.5'i ev kadınıdır. Annelerin %88.5'inin aile tipi çekirdek aile olup %16.5'i ailelerinin ekonomik durumunun iyi, %66.2'si orta, %17.3'ü ise düşük ve çok düşük olduğunu ifade etmiştir.

Araştırma kapsamına alınan annelerin ek besinler ile ilgili davranışlarının değerlendirildiği çocukların yaş ortalaması 19.59 ± 4.46 ay olup %51.8'i erkek, %48.2'si ise kızdır. Çocukların %7'si düşük doğum ağırlıklı olarak doğmuştur. Çocukların %42.3'ünün ailenin ilk çocuğu olduğu, %2.5'inde önceki çocukla arasındaki ay farkının 24 aydan daha az olduğu tespit edilmiştir.

Annelerin %35.7'sinin ek besinlere erken, %56.3'ünün zamanında, %8'inin geç başladığı saptanmıştır.

Çalışmamızda ek besinlere erken başlama durumu; ilköğretim bitirmemiş annelerde %15.8, ilk-orta okul eğitimi alanlarda %32.7, lise ve üzeri eğitim alanlarda %41.8 olarak bulunmuş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yine ev kadını olan annelerin %34.8'inin, çalışan annelerin %43.9'unun ek besinlere erken başladığı bulunmuştur ancak gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Annelerin diğer özelliklerine ve çocukların özelliklerine göre ek besinlere başlama durumunda (erken, zamanında, geç) anlamlı bir fark bulunmamıştır. İlk olarak verilen ek besin en yüksek oranda sebze çorbası (%41.6) olup bunu yoğurt (%33.6) izlemektedir. Annelerin %94.8'inin yeni bir ek besini ilk olarak 1-2 tatlı kaşığı miktarda ve %55'inin yumuşak sıvı kıvamda verdiği saptanmıştır. Annelerin %78.3'ü aynı günde birden fazla ek besine başladığını ifade etmiştir. Annelerin %94.2'si ek besinleri çocuğa kucağında otururken, %95'i kaşıkla verdiğini ifade etmiştir. Yine annelerin %43.7'sinin ek besinleri çocuğuna zorla yedirdiği, %47.6'sının çocuğun dikkatini başka yöne çekerek yedirmeye çalıştığı saptanmıştır. Yeterli sayıda (4 ve daha fazla) ek besin öğünü veren annelerin oranı %30.5'tir. Annelerin en yüksek oranda erken başladığı ek besinler; yoğurt (%87.4), sebze

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

çorbası (%86.7) ve meyve suyu (%83.6)'dur. Balık (%97.3), et (%96.5) ve tavuk (%96.5) en yüksek oranda geç başlanan ek besinlerdir. Araştırma grubundaki annelerden 496'sı (%82.7) çocuğuna inek sütü vermiş olup bunların %26.2'si 12 aydan önce vermeye başlamıştır. Çocuklarına bal veren annelerden (493 anne, %82.2) %24.9'u 12 aydan önce vermeye başlamıştır. Annelerin %75'i çocuk beslenmesi ve ek besinler konusunda bilgi aldığını ifade etmiş olup bilgi alınan kaynaklardan ebe-hemşire (%71.8) ilk sırayı almıştır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Dünya Sağlık Örgütü; altı aydan sonra anne sütünün, bebeğin enerji ve besin gereksinimlerini karşılayamaması nedeniyle, ek besinlere başlanmasını önermektedir (1). Çalışmamızda annelerin %35.7'sinin ek besinlere erken, %56.3'ünün zamanında, %8'inin geç başladığı saptanmıştır. Bir çalışmada çocukların %28.8'inin altı aydan önce, %52.4'ünün altı aylık olunca, %18.8'inin altı aydan sonra ek besine başladığı saptanmıştır (4). Gün ve arkadaşlarının çalışmasında ek besinlere erken, zamanında ve geç başlayanların oranı sırasıyla %41.3, %29.2 ve %29.5 olarak bulunmuştur (2). Yine Kayseri'de yapılmış olan bir çalışmada bu oranlar sırasıyla %58.6, %27.6 ve %13.8 olarak bulunmuştur (5). Çalışmamızda ek besinlere erken başlayanların oranı lise ve üzeri eğitim alan annelerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışan annelerin eğitim düzeyinin yüksek olması bu durumu destekleyebilir. Ek besinlere başlarken önce yoğurt, meyve suyu gibi tek besinlerle başlanmalı, çorba, köfte gibi kombine edilmiş besinler daha sonra verilmelidir (1). Çalışmamızda ilk olarak verilen ek besin en yüksek oranda sebze çorbası (%41.6) olup bunu yoğurt (%33.6) izlemektedir. Akpınar'ın çalışmasında ilk verilen ek besinlerin çorba-yemek suları (%36.4), yoğurt-meyve suyu (%29.8) ve mama (%22.2) olduğu belirlenmiştir (4). Ek besinlere yumuşak sıvı kıvamda, 1-2 tatlı kaşığı miktarda başlanmalı ve miktarı giderek artırılmalıdır (1,3). Çalışmamızda annelerin ek besinlere başlarken yarıdan fazlasının (%55) doğru kıvamda ve çoğunluğunun (%94.8) doğru miktarda verdiği saptanmıştır.

Bebeğin yeni besinin tadını alması ve besin intoleransını ya da alerjisini kolay ayırt edebilmek için farklı besinlere en az 3 gün, tercihen 7 gün ara ile başlanmalıdır (1). Çalışmamızda annelerin $\frac{3}{4}$ 'ünden fazlasının (%78.3) aynı günde birden fazla ek besine başladığını ifade etmeleri bu konuda hatalı davrandıklarını göstermektedir.

Yeni bir ek besin bebek oturur durumda iken, kaşıkla verilmelidir (1). Çalışmamızda annelerin çoğunluğu ek besinleri çocuğa kucağında otururken (%94.2) ve kaşıkla (%95) verdiğini ifade etmiştir.

Bebek doyduğunu, yeterli besin aldığını belirtir. Daha fazla yemeye ve tabağındakini bitirmeye zorlamak bebeğin sonraki yaşamında da devam edebilecek yeme ile ilgili olumsuz durumlara neden olabilir. Zorla yedirme obezite oluşumuna da katkıda bulunabilir (1). Çalışmamızda annelerin yarıya yakınının ek besinleri çocuğuna zorla yedirdiği (%43.7), çocuğun dikkatini başka yöne çekerek yedirmeye çalıştığı (%47.6) saptanmıştır. Bir çalışmada beslenmeye direnç gösteren çocukların annelerinin %66'sının ek besinleri çocuğuna zorla, %17.3'ünün oyunla yedirmeye çalıştığı bulunmuştur (4). Bebek 6-8 aylıkken günde 2-3 öğün, 9-11 aylıkken 3-4 öğün, 12-14 aylıkken 4-5 öğün ek besinler verilmelidir (1). Çalışmamızda yeterli sayıda ek besin öğünü veren annelerin oranı %30.5'tir.

Çalışmamızda annelerin en yüksek oranda erken başladığı ek besinler yoğurt, sebze çorbası ve meyve suyudur. Balık, et ve tavuk en yüksek oranda geç başlanan ek besinlerdir. Kayseri'de yapılmış olan bir çalışmada ek besinlerden inek sütü (%26.2), yoğurt (%26.2) ve meyve suyuna (%24.5) erken başlandığı, biyolojik değeri yüksek olan hayvansal protein kaynaklarından et-tavuk-balık (%69.9), peynir (%61.4), tam yumurtaya ise (%60.5) geç başlandığı ortaya konmuştur (5). Bu durum en yüksek oranda geç başlanan bu besinlerin diğer besinlere göre daha pahalı olmasından kaynaklanabilir.

İnek sütü; az miktarda gastrointestinal kan kaybına yol açabilmesi, bal; Clostridium botulinum sporları içerebilmesi nedeniyle 12 aydan önce bebeğe verilmez (1). Çalışmamızda çocuğuna inek sütü ve bal veren annelerin sırasıyla %26.2'si ve %24.9'u 12 aydan önce vermeye başlamıştır.

Çalışmamızda annelerin $\frac{3}{4}$ 'ünün çocuk beslenmesi ve ek besinler konusunda bilgi aldığı belirlenmiştir. Ancak ek besinlere ilişkin bazı yanlış davranışlar da yüksek oranda bulunmuştur. Burada verilen eğitimin etkinliğinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Sonuç olarak; annelerin ek besinlere geçiş döneminde ek besinlere erken başlama, ilk verilen besin türü, aynı günde birden fazla ek besine başlama, zorla yedirme, yetersiz sayıda ek besin öğünü verme, balık, et ve tavuk gibi hayvansal protein kaynağı besinlere geç başlama gibi yanlış davranışlarda buldukları belirlenmiştir.

Annelerin ek besinlere geçiş döneminde doğru davranışlarda bulunması

için birinci basamak sağlık hizmetlerini veren sağlık personelinin çocuk beslenmesi ve ek besinler konusunda annelere sürekli ve etkin sağlık eğitimi vermeleri önerilir. Ayrıca ek besinler konusuna yazılı ve görsel medyada yer verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ek besinler, Ek besinlere başlama zamanı, Ek besinler konusunda annelerin davranışı

Kaynaklar:

1. Aykut M. Bebek Beslenmesi ve Anne Sütü. İçinde; Öztürk Y, Günay O (ed), Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Erciyes Üniversitesi Yayınları No:172, Kayseri 2011, 1319-1348.
2. Gün İ, Yılmaz M, Şahin H, Aykut M, İnanç N, Günay O, Öztürk A, Çiçek B, Özdemir M, Horoz D, Balcı E, Öztürk Y, Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 0-5 Yaş Grubu Çocuklarda Malnütrisyon Durumu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2010; 53: 107-113.
3. Köksal G, Tamamlayıcı Besinler ve Bebek Beslenmesindeki Önemi, Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2007; 3:6-11.
4. Akpınar F. Yıldırım Beyazıt Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Annelerin 1-5 Yaş Arası Çocuklarında Beslenme Durumu ve Etkileyen Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, 2011.
5. İnanç N, Aykut M, Çiçek B, Şahin H, Yılmaz M, Katrancı D, Tuna R, Kayseri İl Merkezi'nde 0-36 Aylık Çocuklarda Malnütrisyon Durumu ve Etkileyen Bazı Faktörler, Türk Hij Den Biyol Dergisi 2005; 62: 41-48.

431

KORONER ARTER HASTALARINDA BESLENME ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Demirezen, Mehmet Ali Kurçer

Bülent Ecevit Üniv.İ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Yetişkinlik çağının en önemli kronik hastalıklarından biri olan koroner arter hastalığı (KAH) tüm dünyada, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbiditenin en sık nedeni olup bu hastalığın beslenme alışkanlıklarının değişmesi, risk faktörlerinin artması nedeniyle gelecekte daha da ön plana çıkacağı ve işlevsel yetersizlikler arasında ilk sırada yer alacağı tahmin edilmektedir.^{1,2,3} Bu çalışmanın amacı Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'nde tanı koyulan koroner arter hastalarının beslenme alışkanlıklarını ve bu özelliklerini etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma 1-30 Ağustos 2010 tarihleri arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran, koroner anjiyografi uygulanan ve KAH tanısı alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 44 kişi ve aynı polikliniğine başvuran KAH tanısı olmayan 44 kişi toplam 88 kişinin KAH risk faktörleri ve beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiştir. Hastaların sosyo-demografik özelliklerini, günlük su tüketimi, günlük tuz alımı, sigara alkol kullanma durumları, kronik hastalıkları, kolesterol yüksekliği ve son bir ay içinde her bir besin ögesinden haftada tükettiği porsiyon (Örnek;100 gram kırmızı et=1 porsiyon), ile ilgili sorular anket formu yardımıyla toplanmıştır. Ayrıca hastaların boy ve ağırlık ölçümü yapılarak vücut kitle indeksleri hesaplanıp değerlendirilmiştir (değerlendirme kriterlerini açıklayın). Elde edilen veriler, SPSS 15.0 paket programından yararlanılarak hastalık değişkenine göre değerlendirilmiştir. Aritmetik ortalamalar±standart sapmalarıyla verilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkinin gösterilmesinde Bağımsız Örnek T-testi ve kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin gösterilmesinde ise Ki-kare Önemlilik Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların %59.1'i erkek, %40.9'u kadın olup, kendi ifadelerine göre, %60.2'sinin işlerindeki fiziksel aktivitesi hafif, %39.8'i ise ağır tiptedir. Hastaların %21.6'sının sigara içtiği, %36.4'ünün alkol kullandığı belirlenmiştir. Hastalardan %46.6'sı hafif kilolu, %27.3'ü obezdir. Çalışmaya katılanların % 22.7'sinin aktif spor yaptığı, %39.8'inin ailesinde KAH öyküsü olduğu, %50'sinin kolesterol yüksekliği tanısı aldığı,%40.9'unun kolesterol ilacı kullandığı ifade edilmiştir. Beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; %60.2'sinin her öğünde yemeğe ilave tuz eklediği, %30.7'sinin yemeklerde sıvı yağ kullandığı, %29.5'inin özellikle yağlı süt tercih ettiği, %13.6'sının özellikle yağsız peynir tercih ettiği, %28.4'ünün özellikle yağda kızartılmış et ve balık tercih ettiği, %33.0'ünün tavuk veya hindiye özellikle derisi ile, %52.3'ünün ise derisiz yemeyi tercih ettiği belirlenmiştir. KAH olan grupla olmayan grubun gıda tüketim porsiyon ortalamaları karşılaştırıldığında, yumurta, peynir, ekme, patates kızartması ve alkol tüketimleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05). VKİ ortalamaları arasında

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

anlamli fark saptanmamıştır. KAH grubunda KAH olmayanlara göre erkeklerin oranı, ek bir kronik hastalığı bulunma durumu, sigara kullanma alışkanlığı ve kolesterol yüksekliğinin anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü saptanmıştır (p<0.05) .

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmaya katılanların %46.6'sının hafif kilolu ve %27.3'ünün obez olduğu saptanmış olup, Haklı ve arkadaşlarının Ankara'da yaşlı Kalp hastaların beslenme alışkanlıkları konusunda yaptıkları çalışmada %88.7'sinde çeşitli derecelerde obesite bulunmuş, Saraç Özkosif ve arkadaşları yine Ankara'da Koroner anjiyografi hastalarında yaptıkları çalışmada % 33.9'unun hafif obez, % 38.9'unun obez, %10.3'ünün ise morbid obez olduğunu saptamışlardır^{1,2}. Bu çalışmalar Ankara'daki hastane başvurularında Zonguldak'a göre obezitenin daha yaygın olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada , olguların %60.2'sinin düzenli olarak her öğünde yemeğine tuz kullandığı, %30.7'sinin yemeklerde sıvı yağ kullandığı, %29.5'inin özellikle yağlı süt tercih ettiği, %13.6'sının özellikle yağsız peynir tercih ettiği, %33.0'ünün tavuk veya hindiye özellikle derisi ile, %52.3'ünün ise derisiz yemeyi tercih ettiği belirlenmiştir. Saraç Özkosif'in yaptıkları çalışmada hastaların % 70.4'ünün tavuğu derisiz yediği, %43.0'ünün sıvı yağ tercih ettiği, %78.33'ünün yarım yağlı yoğurt, %52.2'sinin yarım yağlı peynir tercih ettiği dolayısıyla bu çalışmaya göre daha sıkı yağsız diyet uyguladıkları belirlenmiştir². Muhtemelen bu hastalarda obezite daha yaygın olduğu için böyle bir diyetle sahip oldukları düşünülebilir. Bu çalışmada KAH olan grupla olmayan grubun bir haftalık gıda tüketim miktarı ortalamaları karşılaştırıldığında, hastaların yumurta, peynir, ekme, patates kızartması ve alkol tüketimleri KAH olmayanlara göre daha yüksektir. Haklı ve arkadaşlarının Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi'nde yaptıkları çalışmada bu çalışmayla uyumlu olarak tüketilen peynir, ekme porsiyon tercihleri yönünden kötü beslenme alışkanlıklarına sahip oldukları bulunmuştur¹. Erkek cinsiyet, sigara kullanımı, satüre yağ tüketimi ile kan kolesterol değerleri ve buna bağlı olarak da kalp hastalıklarının sıklığının yüksek olduğu bilinmektedir. Bu kapsamda, satüre yağların ve kolesterolden zengin besinlerin tüketiminin azaltılması, temel öneriler arasında yer almaktadır^{3,4}. Bu çalışmada da benzer şekilde erkeklerde, sigara içenlerde ve kolesterol yüksekliği olanlarda anlamlı düzeyde daha fazla oranda KAH görülmektedir.

Sonuç olarak, koroner arter hastası olanların olmayan kişilere göre besin seçimi, sigara kullanma ve kolesterol yüksekliği konularında bilgilendirilmeye ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir.

Kaynaklar:

1.Haklı G, Çakıroğlu F. P, Kalp hastası kadın ve erkek yaşlıların beslenme alışkanlıkları ve kan bulgularının değerlendirilmesi, Turkish Journal of Geriatrics 2011;14(1) 54-62.

2.Saraç Özkosif C, Çakıroğlu F. P, Koroner anjiyografi uygulanan hastaların kan lipidleri ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi, url:<http://www.acikarsiv.ankara.edu.tr>. Erişim tarihi: 16/06/2012

3.Samur G, Kalp ve damar hastalıklarında beslenme, Ekim-2006, Ankara.

4.Yeşildal N, Aslan D, Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde beslenme önerileri, Sted Dergisi 2003, cilt 12, sayı 7, 248

Anahtar sözcükler: Beslenme, Koroner Arter Hastalığı

792

MALATYA'DA YARI KIRSAL BİR BÖLGEDE YAŞAYAN 20 YAŞ ÜZERİ YETİŞKİNLERDE OBEZİTE SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Erkan Pehlivan, Ali Özer, Gülsen Güneş, Güray Özen, Elvan Türkol, Çiğdem Öz, Metin Genç

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş ve Amaç: Sağlığı Geliştirme, “kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrol yeteneklerini arttırmaları ve sağlıklarını geliştirmelerinin olanaklı hale getirilmesi” olarak tanımlanmaktadır.¹ Yetişkin dönemde morbidite ve prematür mortaliteyi tetkileyen çok sayıda çevresel ve bünyesel risk faktörü bulunmaktadır.² Yetişkinlerde yeterli ve dengeli beslenme sağlık bir yaşam sürmenin temeli olarak kabul edilmektedir.

Bu çalışmanın amacı, yarı kırsal bir bölgede yaşayan 20 yaş üzeri yetişkinlerde obezite sıklığı ve etkileyen faktörleri tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini Malatya ilinin Battalgazi ilçesinde (Eski Malatya) yaşayan 20 yaş ve üzeri, bir ilçe 2 kasaba ve 13 köyde 8.675'i erkek, 8.735'i ise kadın olmak üzere toplam 17.410 kişi oluşturdu. Araştırma Kasım 2008- Haziran 2009 yılları arasında Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim elemanları ve internleri tarafından gerçekleştirildi. Araştırma örneklemini yerleşim yerine ve nüfusa orantılı çok aşamalı tabakalı küme örnekleme yöntemi ile seçildi. Araştırma evreninden $Nt^2 \times p \times q / d^2 \times (N-1) + t^2 (pq)$ formülü, $d=0.03$ yanılma düzeyinde ve % 5 güven aralığında 1030 kişiye, ilaveten 1.5 desen etkisi hesabı ile toplam 1545 kişiye (erkek-kadın) ulaşılması hedeflendi. Tabakalı küme örnekleme ile merkezde üç mahalle, iki kasaba ve 3 köyden örneğe çıkan hanelerde kişilerin araştırmayı reddetmesi sebebiyle 1.232 kişiye ulaşıldı. Araştırmaya katılma oranı % 79.7 olarak gerçekleşti.

Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın bağımlı değişkeni obezite olup, bağımsız değişkenleri, cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve beslenme alışkanlıklarıdır.

Bireylerin yüz yüze mülakat tekniği ile sosyo demografik özellikleri ve günlük yaşamda beslenme ile ilgili alışkanlıkları sorgulandı. Boy uzunluğu mezru kullanılarak hastaların ayakkabıları çıkartılarak ve birleşik olarak, baş arkası, sırt, kalça ve ayak topuklarının arkasının değmesi ve hazır ol durumunda durmaları sağlanarak başın üzerinden tabana kadar olan uzunluk ölçülerek alındı. Ağırlık dijital tartı ile ayakkabısız olarak ölçüldü. Beden kitle indeksi (BKİ); Vücut Ağırlığı(kg) / Boy²(m) formülüyle hesaplandı. BKİ; 24.9 ve altı normal, 25-29.9 arası hafif şişman, 30 ve üstü şişman olarak alındı.

Veriler SPSS 15.0 programına girildi. İstatistiksel analizlerde ki kare testi kullanıldı. Tüm değerlendirmelerde $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırma kapsamına girenlerin % 47.8'i erkek (589 kişi), % 52.2'si ise (643 kişi) kadındır. Yetişkinlerin %78,2'si evli, %17'si bekar ve % 4,8'i ise dul veya eşi ölmüştür. Yetişkinlerin %19,7'si çiftçi, %9'u işçi, %5'i memur, kadınların %38'2'si ev hanımıdır. Katılımcıların %69'2'si SSK, Bağkur veya Emekli Sandığı güvencesine sahip, %19,3'ü Yeşil kartlı olup yalnızca %10,4'ünün sosyal güvencesi yoktu. Yetişkinlerin %21,9'u eşi ile akraba idi ve kadınların gebelik sayısı ortalaması, 5.14 ± 2.91 , kürtaj sayısı ortalaması 1.57 ± 0.81 ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 4.04 ± 2.25 'di. Haneye giren aylık ortalama gelir sorgusunda dönemin yoksulluk sınırına göre yapılan değerlendirmede ailelerin %86,9'u alt sosyoekonomik düzeye sahipti. Yetişkinlerin yaşadıkları çevrenin fizik koşulları yönünden ifade edilen bilgilere göre, ailelerin %78,9'u müstakil evlerde oturmakta idi, %91'i kış aylarında soba ile ısınmakta, %41'i şebeke suyu, %57'si artezyen kuyu suyu kullanmakta, %24'4'ünde tuvalet ev dışında ve % 46,5'inin ise evlerinin yanında ahır bulunmakta idi.

Araştırmaya katılanların %42,7'si 20-39 yaş grubunda, %36,2'si 40-59 yaş grubunda ve %21,1'i de 60 yaş ve üzerinde idi. Araştırma grubunun yaş ortalaması 44.37 ± 16.03 'ti. Yetişkinlerin %30,5' okuryazar değil veya ilkökul altında eğitimi vardı. %33'ü ilkökul, %26,4'ü orta veya lise ve %10,1'i yüksekokul eğitilmiş idi.

Erkeklerin %23,4'ü, kadınların ise %37,8'i 30 ve üzerinde beden kitle indeksine sahipti ($X^2=29,68$, $SD=1$, $P<0.05$). 20-29 yaş grubunda obezite %6,9 iken 50-59 yaş grubunda %50,9'a çıkmakta ve 60 yaş üzerinde %36,9'a gerilemekteydi ($X^2=126,76$, $SD=4$, $P<0.05$). Eğitimi olmayan grupta obezite %42,3 iken, lise mezununda %17,9'a ve yüksekokul mezununda %15,2'ye gerilemekteydi ($X^2=57,97$, $SD=4$, $P<0.05$).

Araştırmaya katılanların %90,3'ü her gün kahvaltı yaptıklarını, yemeklerde en sık tükettikleri yağın %68,7 ile bitkisel yağ, %22,1 ile tereyağı olduğunu, günde ortalama $6,89 \pm 5,44$ bardak çay, $1,66 \pm 1,85$ fincan kahve içtiklerini ve $19,52 \pm 13,65$ dilim ekme tükettiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %5,7'si yemeklerde

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yemeğin tadına bakmadan tuz attıklarını,%46,8'i yemeğin tadına baktıktan sonra tuz ilave ettiklerini ve %47,5 i ise yemeklerde tuz kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılanlardan obezlerin %38,6'sı, son bir yıl içinde daha az yağlı yemeye başladıklarını, %12,6'sı yedikleri yağın cinsini değiştirdiklerini, %27,3'ü daha çok sebze yemeye başladıklarını, %29,4'ü daha az şeker tüketmeye başladıklarını, %33,1'i ise daha az tuz tüketmeye başladıklarını, %12,1'i kilo vermek için diyet yaptıklarını belirtmişlerdir. Aynı yüzdeler obez olmayan yetişkinlerde sırasıyla; %21,9, %7,6, %21,7, %17,4, %21 ve %6,6 olup farklılıklar tümünde anlamlılık göstermekte idi (P<0.05).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Yarı kırsal bir bölgede yaşayan 20 yaş üzeri erkeklerde obezite %23,4, kadınlarda ise %37,8'i olarak bulunmuştur. Türkiye'de TEKHARF çalışmasında yetişkin erkeklerde obezite %18,7, kadınlarda ise %38,8 olarak bulunmuştur. Battalgazi çalışması ile Türkiye geneli için verilerden kadına ilişkin oran benzerlik gösterirken erkeklerde bu çalışmada daha yüksek bir sonuç bulunmuştur.¹ Benzer bir bölgesel çalışmada (Elazığ Baskil İlçesi) on yıl önceki döneme ait verilere göre erkeklerde obezite %12 kadınlarda %31,6 olarak bulunmuştur.² Son yıllarda Türkiye'de obezite sıklığı erkeklerde daha yüksek oranda olmak üzere hızla yükselmektedir. Elazığ il merkezinde şeker hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada, hastaların %96'sı kahvaltı yaptıklarını, %56,8'i tadına bakmadan yemeklere tuz koymadıklarını, %70,6'sı günde 10 bardaktan az, %25,2'si ise 10 bardak ve daha fazla çay içtiklerini, %85,4'ü hiç kahve içmediklerini, %14,6 sı 1-2 fincan kahve içtiklerini belirtmişlerdir. Hastaların %82,8'i yemeklerde yalnızca sıvı yağ, %7,4'ü ilaveten margarin, %9,8'i ise ilaveten hayvansal yağ kullandıklarını belirtmişlerdir. Aynı bölgede bulunma sebebiyle beslenme davranışlarının araştırmamızın sonuçlarına benzer olduğu görülmektedir.³

Elazığ merkezinde yapılan araştırmada hastaların %47,6'sı son bir yıl içinde daha az yağlı yemek yediklerini, %53,4'ü daha çok sebze yediklerini, %55,6'sı daha az şeker tükettiklerini, %49,2'si daha az tuz tükettiklerini bildirmişlerdir.³ Araştırmaya katılanların şeker hastası olması sebebiyle yaklaşık yarısı diyet yaptıklarını³, Battalgazi araştırmasına katılan yetişkinlerin ise yaklaşık dörtte biri diyet yaptıklarını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, obezite, dikkat çekici olarak yüksek bulunmaktadır. Kırsal bölgelerde yetişkinlerin kendi sağlıkları konusunda farkındalık yaratılması konusunda sağlık taramalarının yapılması ve sağlığı geliştirme projelerinin uygulamaya konulması gerektiği önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, beslenme alışkanlıkları, yetişkinler

KAYNAKLAR:

1- Onat A, Murat SN, Çiçek G, Ayhan E, ve Ark.: Türkiye'de ölüm ve koroner hastalık insidansının bölgesel dağılımları: TEKHARF 2010 taraması sonuçları. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2011;39(4):263-268 doi: 10.5543 /tkda.2011.01446

2- Açıık Y, Sezer RE.:Elazığ'ın Baskil İlçe Merkezinde Hiperlipidemi üzerine bir çalışma. İç Hastalıkları dergisi, 1997 4(6); 376

3-Günaydın Y. Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Polikliniğine Başvuran Tip II Diabetli Hastaların HbA1c Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Danışman:Prof.Dr.Erkan Pehlivan, Malatya, Mart 2012

659

MART, AĞUSTOS, EKİM 2011 VE ŞUBAT 2012 AYLARINDA OBEZİTE KONUSUNDA TİRAJ EN YÜKSEK ULUSAL BEŞ GAZETEDE YER ALAN HABERLERİN İÇERİK AÇISINDAN İNCELENMESİ

Salih Demircioğlu¹, Esra Bulanık¹, Ömer Cennet¹, Zehra Koyuncu¹, Elif Benderlioğlu², Dilek Aslan²

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 2012 yılı mezunu, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Günümüzde bilgi paylaşımı olanakları gelişen teknoloji ile çok artmıştır. Bilgiye ulaşım yoğun bir bilgi çöplüğünü de beraberinde getirmektedir. Gazeteler insanların rahatlıkla ulaşabildikleri ve toplumun büyük kesimine hitap eden araçlardır. Yayınladıkları haberlerle okuyucularını yönlendirebilmeleri yüksek olasılıktır. Yirmi birinci yüzyılın önemi giderek artan büyük sorunlarından biri olan obezite ile mücadelede de gazetelerin içerik açısından değerlendirilmeleri özellikle toplumsal bakış açısının algılanabilmesi yönünden önemli bir veri kaynağı olabilir.

Bu araştırmada tirajı en yüksek ulusal beş gazetenin seçilmiş bazı aylarda obezite ile ilgili yayınladıkları haberlerin bazı özelliklerine göre incelenmesi, bu özelliklerine göre bilimsel verilerle uyumluluklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Haberlerin aynı zamanda reklam/gıda endüstrisinden etkilenip etkilenmedikleri de incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Tirajı en yüksek ulusal beş gazete "Basın İlan Kurumu" nun internet sitesindeki aylık tiraj listeleri kullanılarak Mayıs 2012 tarihinde belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Milli Kütüphane Süreli Yayın Arşivi kayıtlarından ulaşılabilen son tarih olan Şubat 2012 tarihinden önceki bir yıl içinde her mevsimden kur'a ile bir ay belirlenmiştir. Sonuç olarak Mart, Ağustos, Ekim 2011 ve Şubat 2012 aylarında yayınlanan toplam 151 obezite haberi değerlendirilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; gazetenin adı, gazetenin yayınlandığı tarih, obezite ile ilgili haberin ana konusu, haberin yayınlandığı dönem (hafta içi/hafta sonu), haberin yayınlandığı mevsim, haberin yer aldığı sayfa, haberin yayınlandığı yer (ana gazete/ek), haberin sayfanın ne kadarını kapladığı, haberin sağlık köşesinde yer alıp almadığı, haberin başlığının içeriğiyle uyumu, haberin türü (güncel durum ve bilgilendirme/köşe yazısı/röportaj), haberi hazırlayanın yer alıp almadığı, haberin güncel verilerle uyumu, haberin bilimsel kaynağının olup olmadığı, haberin içerdiği mesaj, haberin obezite konusunda çözüm içerip içermediği, haberin reklam içerip içermediği olarak belirlenmiştir. Haberlerin bilimsel verilerle uyumlu olup olmadığı ve reklam endüstrisinden etkilenip etkilenmediği ise araştırmanın bağımlı değişkeni olarak kabul edilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmede ki kare testi kullanılmış olup $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Haberlerin 49'unun (%32,5) obezite ile ilgili güncel veya magazin, 44'ünün (%29,1) obeziteden korunma, 39'unun (%25,0) tedavi, 35'inin (%23,2) sağlık riskleri ve 13'ünün (%8,6) komplikasyon konulu olduğu saptanmıştır.

Haberlerin çoğunluğunun bilimsel verilerle uyumlu olduğu (%61,6) saptanmıştır. Haberlerin büyük çoğunluğunun reklam/gıda endüstrisinden etkilenmediği (%86,1) belirlenmiştir. Her gazetede yer alan haberlerin yarısında haberi hazırlayanın belirtildiği ve kanıt dışı uygulamaların çözüm olarak sunulduğu haberlerin az sayıda olduğu (%5,3) belirlenmiştir.

Gazetelerin belirlenen özelliklerine göre bilimsel verilerle uyumlulukları incelenmiştir. Haberlerin ana konusuna (tedavi/korunma/komplikasyon/sağlık riskleri), yayınladıkları dokümana (ek'inde), yer aldıkları sayfada kapladıkları alana ($\frac{1}{4}$ 'ten fazla), sağlık köşesinde bulunma durumuna, haberin türüne (makale/köşe yazısı/röportaj), hazırlayanın belirtilmesine, bilimsel kaynağına (uzman), sunduğu çözüm önerisine (kanıta dayalı) ve görsel materyal yer alma durumuna göre haberler bilimsel verilerle istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p < 0,05$) daha uyumlu bulunmuştur.

Yine belirlenen özelliklerine göre reklam/gıda endüstrisinden etkilenme durumları incelendiğinde haberin haftanın hangi gününde yayınlandığına (hafta sonu), sayfada kapladığı alana ($\frac{1}{4}$ 'ten fazla) ve sunduğu çözüm önerisine (kanıtı olan ilaç dışı/farmakolojik ya da cerrahi) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Gazetelerdeki haberlerin ana konuları gazeteden gazeteye farklılık gösterse de genel olarak yer alan haberler daha çok gündem/magazin konusundadır. Gazetelerdeki haberlerin çoğunun

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

gündem/magazin konulu olması gazetelerin toplumu bilgilendirmek yerine magazin haberlerine daha çok önem gösterdiğini düşündürmüştür.

Tedavi, korunma, komplikasyonlar ya da sağlık riskleriyle ilgili haberler bilimsel verilerle uyumludur. Dolayısıyla da bu tip haberlerin gündem/magazin haberlerine göre toplumu daha olumlu yönlendirmesi beklenmektedir. Doğruluk değerleri daha yüksek olan bu türler yerine güncel durum/bilgilendirme haberlerinin çoğunlukta olması yine gazetelerin toplumu doğru şekilde bilgilendirme görevlerinde eksik kaldıklarını düşündürmektedir.

Gazetelerde yayınlanan haberlerde, haberi hazırlayan kişilerin ve yararlanılan bilimsel kaynağın açık bir şekilde topluma sunulması gereklidir. Böylece haberi okuyan kişi gerekirse konuda belirtilen kaynağı araştırabilecek, detaylı bilgiye sahip olabilecektir. Bunun yanında kaynak belirtilmeyen ya da doğruluğundan emin olunamayan “iddialar” zaten haber olarak sunulmamalıdır. Çünkü sağlıkla ilgili yapılacak yanlış yönlendirmelerin geri dönüşsüz sonuçları olabilmektedir. Hangi konuda olursa olsun önem gösterilmesi gereken bu durum, sağlık için daha ayrı bir yere sahiptir. Hazırlayanın ve bilimsel kaynağın belirtildiği haberlerin verilerinin daha doğru olması beklenen bir durumdur. Yaptığımız çalışmanın da sonuçları benzerdir. Hazırlananın belli olduğu ve bilimsel kaynak olarak uzmanların belirtildiği haberlerin bilimsel verilerle uyumlulukları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur..

Obezite toplumsal bir sorundur. Haberler bireylerle sınırlı değil toplumsal bir bakış açısında yapılmalıdır. Yapılan çalışmada obezitenin topluma maliyeti/toplum sorunu olduğu yönünde mesajlar içeren haberler tüm haberlerin çok az bir kısmını oluşturmuştur (%9,9). Haberlerin daha çok toplumsal/halk sağlığı bakışıyla hazırlanması, çözüm önerilerinin de aynı bakış açısıyla sunulması gerekmektedir. Bu yolla bireysel olarak obez bireylerin damgalanması, vb. dahil her türlü olumsuz durumun engellenmesi mümkün olabilir.

Araştırmanın kimi kısıtlılıkları bulunmaktadır. Tirajı en yüksek beş gazete dışında kalan ve toplumun büyük bir kesimine hitap eden gazeteler incelenememiştir. Değerlendirme sadece dört ay için yapılmıştır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda araştırmacı sayısı ve araştırma için ayrılan süre arttırılarak çalışmaya dahil edilen ay sayısı genişletilebilir. Araştırma konusu sadece obezite haberleri olmuştur. Başka konulu haberlerin içeriğinde de obezite yer almış ve değerlendirme dışı bırakılmış olabilir. Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda kapsam obezite ile ilgili farklı konulara da genişletilebilir.

Anahtar Sözcükler: Obezite; Gazete; Sağlık okur-yazarlığı

Kaynaklar: Obesity. <http://www.who.int/topics/obesity/en/>. Erişim: 3.8.2012.

1. Hayran M, Özdemir B. Sağlık haberlerinin içerik analizi ve medyaetiği. İyi Klinik Uygulamalar Dergisi 2011;25:30-6.
2. Yıldız H. Medya ve sağlık: Türk basınında sağlık içerikli haberlerin bilgilendirme potansiyeli. 2006. <http://www.belgeler.com/blg/sul/medya-ve-saglik-turk-basininda-saglik-icerikli-haberlerin-bilgilendirme-potansiyeli-media-and-health-informative-potentials-of-health-news-in-turkish-press>, Erişim:22.06.2012
3. Basın İlan Kurumu. <http://www.bik.gov.tr/web/mart-2011-tiraj-raporu>, <http://www.bik.gov.tr/web/agustos-2011-tiraj-raporu>, <http://www.bik.gov.tr/web/ekim-2011-tiraj-raporu>, <http://www.bik.gov.tr/web/subat-2012-tiraj-raporu>, Erişim:26.06.2012.
4. Tokgöz O. Gazeteciliğin toplumda rolü ve önemi. Temel Gazetecilik. SBF Basın ve Yayın Yüksek Okulu Basımevi, Ankara, 1981:s3-20.
5. Hilbert A,Ried J. Obesity in print: an analyses of daily newspaper. Obes facts 2009;2(1):46-51.
6. Kim S, Willis LA. Talking about obesity: news framing of who is responsible for causing and fixing the problem. Journal of Health Communication: International Perspectives 2007;12(4):359-376.
7. Hilton S, Patterson C, Teyhan A. Escalating coverage of obesity in UK newspapers: the evolution and framing of the “obesity epidemic” from 1996 to 2010. Obesity (Silver Spring) 2012 Aug;20(8):1688-95.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Polikliniği'ne kilo vermek için başvuran bireyler ve aynı zamanda her hangi bir kliniğe başvurmamış olup diyet uygulamayan obez bireyler yer almaktadır. Örneklem elemanlarının seçimi için ölçme kriterleri 17– 69 yaşları arasında olmak ve beden kitle indeksi 30 üstü olmak; dışlama kriteri ise tip 1 diyabet hastası olmamak olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılımda gönüllülük esası aranmıştır.

Araştırma 92 kadın ve 11 erkek olmak üzere 103 kişi ile yürütülmüştür. Yaş ortalaması 38.1 olup (SS=11.8), %66,7'si evli, %40,8'i orta gelirli, %60'ı çalışmamaktadır; %36,1'i lise, %27,8'i ise yüksekokul mezunudur.

Araştırmada 3 farklı grup bulunmaktadır: 1.grup; obezite tedavi programına devam eden ve diyet uygulayanlar (N=40), 2.grup; obezite tedavi programına devam etmeyen ve diyet uygulamayanlar (N=46) ve 3.grup; ölçek uygulandığı gün ilk defa diyetle başlayacak olanlardır (N=12).

2.2 Ölçekler

2.2.1 Obezite Değişim Evreleri Ölçeği (ODEÖ) : *Ölçeğin Geliştirilmesi:* ODEÖ'nün maddeleri, kilo problemi olan bireylerde "değişim motivasyonu"nu değerlendirmek için 'Anoreksiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği' ile (Rieger, Touyz, & Beumont, 2002; Rieger ve ark., 2000) 'Bulimiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği'nin (Martinez ve ark.,2007) Türkçe adaptasyonları (Ergüney ve Sertel-Berk, 2012) temel alınarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Madde sayısı 20 olup içeriğinde kilo kontrolü, beden memnuniyeti, diyet uygulama, egzersiz alışkanlıkları, yeme davranışları, duygusal ve kişilerarası problemleri içeren ifadeler yer almaktadır. Her bir maddenin altında değişimin 5 motivasyonel evresine uygun olarak yazılmış 5 ifade yer almakta ve katılımcıdan şu anki tutum ve davranışlarına uygun olan bir veya birden çok ifadeyi seçmesi istenmektedir. Her bir soruya verilen cevap puanı toplanıp, madde sayısına bölünerek katılımcının içinde bulunduğu değişim evresi hesaplanmaktadır.

2.2.2 Yakınsak Geçerlik için Kullanılan Ölçekler: ODEÖ'nün yakınsak geçerliğini sınamak amacıyla Yeme Tutumu Testi (YTT) (Savaşır ve Erol, 1989), Yeme Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) (Yücel ve ark., 2011), Belirti Tarama Testi (SCL-90-R) (Dağ, 1991) ve Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği'nin (BBÖHOÖ) (Gökdoğan, 1988) Türkçe formları kullanılmıştır. Bu ölçeklerin bu çalışmadaki Cronbach alfa katsayıları YTT, YBDÖ, SCL-90-R ve BBÖHOÖ için sırasıyla .75, .86, .97 ve .91'dir.

2.3 Uygulama: Katılımcılara araştırma konusunda bilgi verildikten ve yazılı onayları alındıktan sonra, farklı kliniklerde, özel görüşme odalarında birebir olarak yaklaşık 20 dakika süren yarı yapılandırılmış klinik görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelerde demografik özellikler ve genel sağlık durumu, beden kitle indeksi, kilo alma ve diyet öyküsü alınmıştır. Ardından, ODEÖ, YTT, YBDÖ, SCL-90-R ve BBÖHOÖ'nün yer aldığı, rastgele sırada hazırlanmış araştırma bataryası uygulanmıştır. Uygulama yaklaşık 60 dakika sürmüştür. Klinik görüşme ve araştırma bataryası tüm gruplara aynı şekilde uygulanmıştır. Uygulamadan iki hafta sonra test-tekrar test güvenilirliği için ODEÖ katılımcılara tekrar verilmiştir (N=53).

2.4 İstatistiksel Analiz: Sosyodemografik değişkenler için frekans ve yüzde oranlarına bakılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği için ana eksen boyutlandırma yöntemi ve oblik rotasyonla açılımlı faktör analizi yürütülmüştür. Yakınsak geçerliği sınamak için diğer ölçeklerle olan korelasyonlar hesaplanmıştır. Ayırt edici geçerlik kapsamında ise 1. ve 2.grubun ODEÖ puanları karşılaştırılmıştır. ODEÖ'nün güvenilirliği kapsamında iç tutarlılığı için Cronbach alfa katsayıları hesaplanmış, test-tekrar test güvenilirliği ise 2 hafta ara ile sinanmıştır.

3. BULGULAR:

3.1 Tanımsal İstatistik: Öncelikle ODEÖ'ye göre kişilerin içinde bulunduğu motivasyonel evreler hesaplanmıştır. Buna göre, her iki grupta da tasarlama öncesi ve sürdürme evresinde olan katılımcı yokken, 1.grubun % 57,5'i hazırlık ve % 37,5'i eylem; 2. grubun ise % 45,7'si tasarlama, % 47,8'i hazırlık ve % 8,4'ü eylem evresindedir.

3.2 Yapı Geçerliliği: ODEÖ'nün yapı geçerliliğini için uygulanan faktör analizi (K.M.O=.80, Bartlett=370,483, $p<.001$), öz değeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın %45,61'ini açıklayan iki faktörlü bir yapı ortaya

koymuştur: Yeme-Kilo-Diyet Boyutu (10 madde; açıklanan varyans %32,17), ve Kişisel-Duygusal Boyut (3 madde; açıklanan varyans %13,44).

3.3 Ayırt Edici Geçerlik: Diğer yandan ölçeğin ayırt edici geçerlik sınavında 1.grubun ODEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının 2.grubun ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla, $t_{(77,4)}=6.953, p<.001$; $t_{(81,6)}=8.025, p<.001$; $t_{(77,9)}=1.968, p<.05$).

3.4 Yakınsak Geçerlik : Korelasyon testlerine göre, 1.grupta ODEÖ ile YTT ve YBDÖ-Kısıtlama alt ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla; $r=.41, r=.42; p<.01$). 2.grupta ise ODEÖ ile SCL-90-R-Öfke-Düşmanlık alt ölçeği arasında pozitif yönde ileri düzeyde, SCL-90-R-genel belirti düzeyi arasında pozitif yönde orta düzeyde, SCL-90-R-depresyon ve SCL-90-R-kişiler arası duyarlılık alt ölçekleri arasında da pozitif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler gözlenmiştir (sırasıyla; $r=.55, p<.001$; $r=.44, p<.01$; $r=.35, p<.05$; $r=.30, p<.05$).

3.5 İç Tutarlık ve Test-Tekrar Test Güvenirliği: ODEÖ'nün iç tutarlılık analizine göre tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayı değeri .80, Yeme-Kilo-Diyet Boyutu'nun .79, Kişisel-Duygusal Boyut'un ise .76 çıkmıştır. ODEÖ'nün iki hafta ara ile ölçülen tüm ölçek, Yeme-Kilo-Diyet Boyutu ve Kişisel-Duygusal Boyut için test-tekrar test korelasyon katsayıları ise sırasıyla .65, .69 ve .48'dir ($p<.001$).

4. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER:

4.1 Tartışma:Araştırma sonuçlarına göre ODEÖ'nün geçerliğine ilişkin psikometrik özellikleri kabul edilebilir düzeydedir. Yapılan faktör analizine göre ölçeğin iki farklı boyutu olduğu bulgulanmıştır. Dolayısıyla bu sonuçlar bize obez bireylerde tedavi motivasyonunun yeme, kilo ve diyet gibi davranışsal yanına ek olarak kişilerarası-duygusal kısmının da olduğunu göstermektedir. Ayırt edici geçerlilik bulgularına göre beklendiği üzere diyet yapan kişilerin motivasyon düzeyleri diyet yapmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bu bulgular literatür ile tutarlılık göstermektedir (Johnson ve ark., 2008; Mauriello ve ark., 2010).

Araştırmada dikkat çeken bir diğer bulgu obez bireylerin motivasyon düzeylerinin genelde yüksek olmasıdır. Tedavi ve diyet programına devam eden 1.grup hazırlık ve eylem evresindeyken, tedavi ve diyet programına devam etmeyen 2.grubun çoğunluğu da tasarlama ve hazırlık evresindedirler. Birinci grubun tasarlama ve tasarlama öncesi evrede çıkmamış olmasının nedeni olarak tedaviye devam edebilmek için kişilerin belli bir motivasyona sahip olması gerektiği gösterilebilir (Wee, Davis ve Phillips, 2005). Nitekim motivasyonu düşük olan ve tedaviye devam etmeyen 2.grubun da eylem evresindeki katılımcı sayısı çok azdır. Bu bulgu TTM ışığında ölçeğin geçerliğine kanıt teşkil etmektedir.

Yakınsak geçerlik kapsamında 1.grupta elde edilen korelasyonlar literatürle uyumludur; YBDÖ kısıtlama alt ölçeğinden alınan puanlardaki artışın obez hastalarda diyetle devamlılığın sürmesi ile ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar vardır (Nauta, Hospers ve Jansen, 2001). Öte yandan diyetle devam etmeyen 2.grubun psikopatoloji seviyesi arttıkça tedaviye hazır oluş da artmaktadır. Ancak 2.grupta hazırlık evresinde çok az katılımcı bulunduğundan, bu bulgu ilgili literatürle de uyumlu olarak, psikopatolojik semptom düzeyinin ileri evrelere geçişi ketlediği şeklinde yorumlanabilir (Kaukua ve ark., 2003).

ODEÖ'nün güvenirliliği kapsamında Cronbach alfa katsayıları yeterli olmakla birlikte, test-tekrar test güvenirliliği .70 sınırının altındadır. TTM'ye göre bireyler değişim evrelerinde dinamik bir hareketlilik sergileyebilirler (Procheska ve Diclement, 1983). İki hafta sonraki tekrar-test uygulamasında özellikle diyeti devam eden 1.grup katılımcılar farklı bir evreye ilerlemiş olabilirler. Ancak ikinci uygulamada katılımcı sayısının azlığı bu olasılığı kontrol etmeyi güçleştirmiştir.

4.2 SONUÇ ve ÖNERİLER: Sonuç olarak ODEÖ'nün psikometrik özellikleri kabul edilebilir düzeyde olup obez vakalarda diyet programlarına katılımı ve/veya diyet/tedavi programlarına uyumu etkileyen motivasyonel faktörlerin belirlenmesine yönelik çalışmalarda kullanımı açısından önem taşımaktadır. ODEÖ bireyin içinde bulunduğu motivasyonel evrenin koşullarına göre daha etkin tedavi/müdahale programları düzenlenmesini sağlayabilmesi açısından da ümit vaat etmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Anahtar Sözcükler: Obezite, Transteorik Model, Değişim Evreleri, Tedavi Motivasyonu, Geçerlik-Güvenirlik

*Psk, İstanbul Üniversitesi Sağlık Psikolojisi Yüksek Lisans öğrencisi

**Yard. Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Uygulamalı Psikoloji Ana Bilim Dalı

Kaynaklar:

Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2, 5-12.

Ergüney, F.E. ve Sertel-Berk, H.Ö. (2012). Anoreksiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği (ANDEÖ) ve Bulimia Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği (BNDEÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Poster bildiri*, 17. Ulusal Psikoloji Kongresi, Boğaziçi Üniversitesi.

Gökdoğan, F. (1988). Orta Öğretime Devam Eden Ergenlerde Beden İmajından Hoşnut Olma Düzeyi. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Johnson, S.S., Paiva, A.L., Cummins, C.O., Johnson, J.L., Dymont, S.J., Wright, J.A., ve diğer. (2008). Transtheoretical Model-based multiple behavior intervention for weight management: Effectiveness on a population basis. *Preventive Medicine*, 46, 238–246.

Kaukua, J.K., Pekkarinen, T., Sane, T. ve Mustajoki, P. (2003). Health-related quality of life in obese outpatients losing weight with very-low-energy diet and behaviour modification - a 2-y follow-up study. *International Journal of Obesity*, 27, 1233–1241.

Martinez E., Castro J., Bigorra A., Morer A., Calvo R., & Vila M., ve diğer. (2007). Assessing motivation to change in bulimia nervosa: The Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire. *European Eating Disorders Review*, 15, 13–23.

Mauriello, L.M., Ciavatta, M.M.H., Paiva, A.L., Sherman, K.J., Castle, P.H., Johnson, J.L., ve diğer. (2010). Results of a multi-media multiple behavior obesity prevention program for adolescents. *Preventive Medicine*, 51, 451–456

Nauta, H., Hospers, H., ve Jansen, A. (2001). One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *British Journal of Health Psychology*, 6, 271–284

Prochaska, J.O., Diclemente, C.C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390-395.

Savaşır, I. ve Erol, N. (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksi Nervosa Belirtileri İndeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7 (23), 19-25.

Söderlund, A., Fischer, A. ve Johansson, T. (2009). Physical Activity, Diet and Behaviour Modification in The Treatment of Overweight and Obese Adults: A Systematic Review. *Perspectives in Public Health*, 129(3), 132-142.

Rieger E., Touyz, S, & Beaumont P. (2002). The anorexia Nervosa stages of change questionnaire (ANSOCQ): Information regarding its psychometric properties. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 24–38.

Rieger E., Touyz S., Schotte D., Beaumont P., Russell J., Clarke, S., ve diğer. (2000). Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 387–396.

Yücel B., Polat A., İkiz T., Pirim Düşgör B., Yavuz A. E. Ve Sertel Berk, H.Ö. (2011). The Turkish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and Validity in Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 19, 509-511.

Wee, C. C., Davis, R. B., Phillips, R. S. (2005). Stage of Readiness to Control Weight and Adopt Weight Control Behaviors in Primary. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 410-415.

513

SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNDE OLASI YEME BOZUKLUĞU SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bircan Ulaş¹, Fatoş Uncu², Sarp Üner³

¹Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Gaziantep

²Fırat Üniversitesi, Elazığ Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Elazığ

³Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Son yıllarda giderek önem kazanan ve özellikle gençlerde yaygınlığı ve sıklığı giderek artan yeme bozuklukları (YB) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “tıbbi dikkat” gerektiren “önemli tıbbi durum” olarak tanımlanmaktadır. YB için özgün bir neden ve patogenez bilinmemekle birlikte, risk etmenleri arasında genel, sosyal, ailesel, gelişimsel, psikolojik, davranışsal ve biyolojik etmenler ile yaşam olaylarının yer aldığı kabul edilmektedir. Yeme bozuklukları adolesan ve genç erişkinlerdeki yüksek prevalansı, diğer ruhsal ve bedensel sorunlarla komorbidite ve mortalitesi nedeniyle erken tanı ve tedaviyi gereken bir durumdur (1). Üniversite öğrencileri gerek içinde buldukları yaş gerekse muhtemel psiko-sosyal ve ekonomik zorlanmalar nedeniyle yeme bozuklukları için risk grubunu oluşturmakta ve bu konu ile ilgili eğitim ve önleyici tedbirlerin alınması, korunmanın sağlanması, şayet hastalık oluşmuşsa tedavinin sağlanması önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığını ve etkileyen faktörleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırma, Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik ve Ebelik Bölümü öğrencileri ile Mart-Mayıs 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini oluşturan 881 öğrenciden tabakalı küme örnekleme yöntemi kullanılarak rastgele seçilmiş 384 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada veriler, öğrencilerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile beslenmeye ilişkin bazı davranışlarını değerlendiren soruların yanı sıra Yeme Tutum Testi (YTT), Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ) ve Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği (BDI-PC)’ni içeren anket formu ile gözlem altında toplanmıştır. Ayrıca boy ve ağırlık ölçümleri yapılarak hesaplanan Beden Kitle İndeksi (BKİ) ile DSÖ sınıflamasına göre obezite değerlendirmesi yapılmıştır. Bağımsız değişkenlerle YTT puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ki-kare testi, değişkenlerin birbirleriyle ilişki derecesinin belirlenmesinde Korelasyon ve Lineer Regresyon analizleri kullanılmıştır.

YTT’nin yeme davranışı bozuklukları için iyi bir tarama aracı olduğu düşünülmektedir. Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilmiştir. YTT’nin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır. YTT, 40 maddeden oluşan, altı noktalı çoktan seçmeli likert tipi bir ölçektir. CBSÖ, Stanley Coopersmith tarafından 1986 yılında hazırlanan, çeşitli yaş gruplarına, özellikle yetişkinlere uygulanabilecek şekilde geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin ülkemizde güvenilirlik ve geçerlik çalışması Tufan ve Turan tarafından (1987) yapılmıştır. Tufan tarafından ölçeğin alfa katsayısı $r=0.62$ olarak bulunmuştur. BDI-PC, üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

veya isteği semptomlarını kullanarak yedi başlık altında depresyon taraması yapar. Her başlık 0'dan 3'e kadar dört basamaklı bir derecelendirme içermektedir ve BDI-PC puanı her başlıktaki en yüksek puanın toplanmasıyla elde edilir. BDI-PC'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliği Aktürk Z. ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (2).

Bulgular: Yaş ortalaması 21,4±2,2 yıl olan öğrencilerin çoğunluğu (%80,5) kadındır. %45,8'i ebelik, %54,2'si hemşirelik bölümündedir. DSÖ sınıflamasına göre yapılan BKİ değerlendirmesine göre bireylerin %14,6'sının fazla kilolu ya da şişman, %13,2'sinin zayıf olduğu saptanmıştır. Bireylerin %55,5'i öğün atladığını ve %7,8'i diyet yaptığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılanların BDI-PC kesim puanına (≥ 4) göre %35,4'ünün ($n=136$) depresyon yönünden riskli grupta olduğu ve CBSÖ kesim puanına (≥ 50) göre %13'ünün ($n=50$) benlik saygısının düşük olduğu tespit edilmiştir. YTT kesim puanına (≥ 30) göre yaptığımız değerlendirmede olası yeme bozukluğu sıklığı % 4,2 ($n=16$) bulunmuştur. Çalışmada yer alanların BDI-PC, CBSÖ ve YTT puanlarının aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları sırasıyla; 3,4 ($\pm 2,9$), 67,8 ($\pm 15,6$) ve 14,8 ($\pm 7,4$) olarak hesaplanmıştır.

YTT puanları ile ilişkilerini ki-kare analizleri yaparak istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) bulduğumuz değişkenler; cinsiyet, ekonomik durum, annenin işi, harcama miktarının yeterli olup olmaması, sigara içme durumu, diyet yapma durumu, öğün atlama durumu, depresyon, düşük benlik saygısı ve beden kitle indeksidir. YTT puanları üzerinde etkili olduğu yapılan ikili analizler sonucunda saptanan değişkenlerle yapılan çoklu regresyon analizlerine göre yeme tutum davranışlarını etkileyen değişkenler CBSÖ puanı, diyet yapma durumu ve cinsiyettir. Etkileyen değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ikili ve kısmi korelasyonlar incelendiğinde CBSÖ puanı ile YTT puanı arasında negatif ve düşük düzeyde bir ilişkinin olduğu ($r=0,28$), diğer değişkenler kontrol edildiğinde iki değişken arasındaki korelasyonun $r=0,28$ olarak hesaplandığı görülmektedir. Diyet yapma ve kadın olma ile YTT puanı arasında pozitif ve düşük düzeyde ilişkiler vardır. Bu değişkenler birlikte, YTT puanları ile düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki vermektedir ($R=0,35$; $R^2=0,12$; $p < 0,01$) ve YTT puanındaki toplam varyansın %12'sini açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına göre (β) etkileyen değişkenlerin YTT puanı üzerine görece önem sırası CBSÖ puanı, diyet yapma durumu ve cinsiyettir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-test sonuçları incelendiğinde ise bütün değişkenlerin anlamlı bir etkileyen olduğu görülmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Araştırma sırasında öğrencilerin sağlıklı beslenme davranışları ve antropometrik ölçümler hakkında bilgi toplanmıştır. Hesaplanan BKİ'ne göre zayıflık ve şişmanlık oldukça yaygındır. Ailelerinden uzak olan gençler sağlıklı ve dengeli beslenme davranışlarını oluşturma ile ilgili sorunlar yaşıyor olabilirler. Herhangi bir tür yeme bozukluğunun ergen ve genç erişkinlerde görülme sıklığı %4 olarak bildirilmektedir (3). Bizim çalışmamızda da olası yeme bozukluğu sıklığı % 4,2 ($n=16$) bulunmuştur. Bütün çalışmalar YB'nin erkeklerde seyrek olduğunu göstermektedir. Klinik örneklerde erkek kadın oranı, 1/10, 1/20 arasındadır. Bizim çalışmamızda da kadınlarda yeme bozukluğu gelişme riski istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin %35,4'ünün depresyon yönünden riskli grupta olduğu ve aynı zamanda %13'ünün benlik saygısının düşük olduğu saptanmıştır. Ruhsal sağlık danışmanlığının üniversite sağlık merkezlerinde sunulması ve öğrencilerin bu hizmete ulaşılabilirliğinin sağlanması gerekmektedir.

Yeme bozuklukları için risk grubunu oluşturan üniversite öğrencileri ile yaptığımız çalışma sonucunda kadınlarda, benlik saygısı düşük olanlarda ve diyet yapan öğrencilerde olası yeme bozukluğu riskinin arttığı görülmüştür. Sonuçlar literatürle uyumludur. Üniversite öğrenimi gençleri erişkin hayata hazırlayan önemli bir dönemdir. Sağlık düzeyini iyileştirmeye yönelik yaşam becerileri ve pozitif yaşam tarzı arasında yeme davranışları önemli bir yer tutmaktadır. Üniversite öğrencilerinde bu alanda mevcut durumu göstermeye yönelik benzer çalışmalar yapılmalıdır. Yeme davranış bozukluğunu etkileyen etmenler koruyucu hizmetlerinin sunumunda ve sağlık merkezlerinde erken tanı kullanılabilir.

Kaynaklar:

1. Ünalın D., Öztıp DB., Elmalı F., Öztürk A., Konak D., Pırlak B., Güneş D. Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 16 (2) 75-81 (2009).
2. Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F. (2002). Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(1), 48-57.
3. Ertan T. Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008 S:25-30

Anahtar Kelimeler: Sağlık Yüksekokulu Öğrencileri, Yeme Tutumu, Benlik Saygısı, Beden Kitle İndeksi

564

TIP 2 DİYABETLİ YETİŞKİN OBEZLERDE DİYET VE BESLENME EĞİTİMİNİN KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİNE ETKİSİ

Birsel Kavak¹, Mualla Aykut²

²Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Amaç: Obezite yani şişmanlık; genetik, metabolik yada endokrin sistem bozuklukları sonucu vücuttaki yağ hücrelerinin artmasıyla gelişen, tedavi edilmediği takdirde yaşam kalitesini bozan ve süresini kısaltan ciddi bir hastalıktır. Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM)’luların %85’ i obezdır. Tip 2 DM’si olan hastalarda lipit ve lipoprotein metabolizması bozuklukları kardiyovasküler riski artırmaktadır.

Bu çalışma; Tip 2 DM’li obez hastalarda diyetin ve beslenme eğitiminin kardiyovasküler risk faktörlerine etkisini ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma bir müdahale araştırması olup 05. 09. 2007 – 30. 05. 2009 tarihleri arasında Kayseri Özel İbni Sina Hastanesi Beslenme ve Diyetetik bölümüne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden Tip 2 Diyabetli ve Obez (BKİ>30) olan 7 erkek, 37 kadın toplam 44 yetişkin birey üzerinde yapıldı. Örnek büyüklüğünün belirlenmesinde, literatürde bu konuda yapılmış olan araştırmaya rastlanmadığından; beslenme ve diyet bölümüne, eğitim öncesi veri toplama dönemi olan 05.09. 2007 ile 31. 10.2007 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 44 hasta üzerinde araştırma sürdürüldükten sonra, değerlendirdiğimiz değişkenlerden trigliserit, total kolesterol, HDL, vücut ağırlığı ve bel çevresi değişkenlerine post power analizi uygulandı ve % 80 güçle bu örneklem sayısının yeterli olduğu saptandı. Çalışma için, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan etik onay ve ilgili hastanenin mesul müdüründen idari izin alındı. Anket uygulamasından önce, araştırma kapsamına alınacak katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak yazılı onamaları alındı. Katılımcılar, altı ay boyunca onbeş günde bir, toplam 12 kez görüşmeye çağrıldı. Her görüşmede, katılımcının antropometrik ölçülerine uygun diyet düzenlendi ve diyabet, obezite ve kardiyovasküler hastalıklara uygun beslenme eğitimi verildi ve aynı zamanda doktor kontrolünde ilaç ve insülin kullanımlarının devam etmesi sağlandı. Bu altı ayın başlangıcında ve bitiminde katılımcılara 23 sorudan oluşan, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, diyabet hastalığına yakalanma yılları, hastalıklarına ilişkin bilgi durumları, egzersiz durumları, beslenme durumları ve besin tüketim sıklıkları ile ilgili soruların yer aldığı anket formu yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Katılımcıların boy, ağırlık, bel ve kalça çevresi ölçüldü. Bioelectrical Impedance Analysis tekniği ile vücut yağ, vücut sıvı ve yağsız vücut kütlesi yüzdesini içeren vücut bileşenleri ölçümü yapıldı. Daha sonra hastanenin biyokimya laboratuvarında hastalardan kan örneği alınarak; açlık kan şekeri, HbA1C, trigliserit, total kolesterol, HDL, LDL ölçümleri yapıldı. Çalışma sonuçları istatistiksel olarak “The Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS 15.0)” programı ve Minitab 15 istatistiksel yazılım programı ile değerlendirildi. Sayısal verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kruskal-Wallis testi ile incelendi. Normal dağılıma uyan veriler ortalama ± s.s (standart sapma) olarak verildi ve iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında t testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen veriler ortanca (minimum–maksimum / aralık) olarak verildi. Eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkı bulmak için; dağılım parametrik değilse “wilcoxon testi”, parametrikse “paired samples t testi” kullanıldı. Bağımlı örneklerde iki grup arasındaki farkı bulabilmek için McNemar testi

kullanıldı. İstatistiksel açıdan $p < 0,05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya alınan ve yaş ortalaması $55,11 \pm 8,05$ yıl olan 44 katılımcının 7'si erkek ve 37'si kadındı. Hastaların % 56,9'unda 5 yıldan daha fazla süredir Tip 2 DM hastalığı vardı. Hastaların %43,2'sinde, özellikle kardiyovasküler hastalıklar açısından risk oluşturan hipertansiyon hastalığı bulunduğu belirlendi. Eğitim öncesinde Tip 2 DM'li 44 hastadan sadece % 15,9'unun daha önceden hastalığı için diyet aldığı saptandı. Katılımcıların beslenme durumlarında eğitim sonrası dönemde eğitim öncesi döneme göre istatistiksel açıdan anlamlı değişimler gözlemlendi; öğün sayısı ortalama 4'ten 6'ya yükseldi ($z: 3.334$ $p < 0.01$); açlık süreleri 5 saatten 3 saate düştü ($z: 4.618$ $p < 0.01$); meyve sebze tüketimi 4,5 porsiyondan 7 porsiyona yükseldi ($z: 5,229$ $p < 0.01$) Besin tüketim sıklığına bakıldığında ise; kırmızı eti her gün tüketenlerin oranı % 9,1' iken eğitim sonrasında her gün tüketen görülmedi; gün aşırı tüketenler ise %34,1'den %2,3'e düştü. Kırmızı eti haftada bir kez tüketenlerin oranı %13,6'dan %61,4'e; iki haftada bir tüketenler ise %13,6'dan %29,5'e yükseldi. Balığı her gün ve gün aşırı tüketenler eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında görülmezken haftada bir tüketenler %4,5'ten %29,5'e yükseldi. Kurubaklagilleri gün aşırı tüketenler %2,3'ten %4,5'e, haftada bir tüketenler %31,8'den belirgin bir şekilde %81,8'e yükseldi. Doymuş yağları içeren tereyağı, margarin, kaymağı her gün tüketenler eğitim öncesinde %22,7' iken, eğitim sonrasında hiç bir hastada günlük tüketim görülmedi. Pasta, börek ve benzeri hamur işi yiyeceklerin özellikle haftada bir tüketimi (Kayseri yemek kültürü dolayısıyla) eğitim öncesinde hastaların yaklaşık yarısında (%47,7) gözlenirken, bu oran eğitim sonrasında belirgin bir şekilde %11,4'e düştü. Egzersiz durumlarına bakıldığında; eğitim sonrasında egzersiz yapanların oranında anlamlı bir artış gözlenirken, yapmayanların oranında ise anlamlı bir azalma gözlemlendi ($p < 0,05$) , eğitim öncesi her gün egzersiz yapan 2 (% 4.5) kişi varken bu sayı eğitim sonrası anlamlı bir artış göstererek 10 (% 22.7) kişiye yükseldi ($p < 0,05$). Egzersiz süreleri ortancaları ise 30 dk/günden 40 dk/güne yükseldi fakat istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($z: 1.146$ $p: 0.252$). Biyokimyasal ve antropometrik bulgular eğitim öncesi ve sonrası dönemde karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğinde; eğitim öncesinde; AKŞ, HbA1c, LDL ortancaları sırasıyla 210 mg/dl; % 8,7; 142 mg/dl iken eğitim sonrası bu değerler sırasıyla 172 mg/dl ($z: 5,621$ $p < 0,01$); %7,6 ($z: 5,779$ $p < 0,01$); 129 mg/dl ($z: 5,211$ $p < 0,01$) olarak değişti. Trigliserit, total kolesterol, HDL, ağırlık, bel çevresi değerleri ortalamaları ise sırasıyla $255,02 \pm 92,31$ mg/dl; $235,45 \pm 57,31$ mg/dl; $34,92 \pm 9,01$ mg/dl; $88,09 \pm 11,11$ kg; $111,23 \pm 11,94$ cm iken eğitim sonrası bu değerler sırasıyla $208,60 \pm 56,75$ mg/dl ($t: 5,643$ $p < 0,01$); $210,98 \pm 32,49$ mg/dl ($t: 4,265$ $p < 0,01$); $37,41 \pm 5,78$ mg/dl ($t: 2,365$ $p < 0,05$) ; $80,93 \pm 11,86$ kg ($t: 15,602$ $p < 0,01$); $103,82 \pm 13,11$ cm ($t: 11,418$ $p < 0,01$) olup istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişti.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Katılımcıların beslenme durumları, eğitim sonrası dönemde eğitim öncesi döneme göre olumlu bir şekilde değişmiştir. Aynı zamanda aldıkları eğitim ile hergün egzersiz yapanların sayısında anlamlı bir şekilde artış olmuştur. Halifeoğlu ve arkadaşlarının Tip 2 Diyabetlilerde tedavi öncesi ve sonrası oksidan ve antioksidan durumuna baktıkları bir çalışmaya göre (1) tedavi sonrası glikoz düzeyleri tedavi öncesine göre yaklaşık olarak %38, HbA1c düzeyleri ise %20'lik istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görülmüş. Tedavi sonrası trigliserit düzeyleri tedavi öncesine göre %15 ($p < 0.05$) azalma gösterirken kolesterol düzeyindeki %7'lik azalma anlamlı bulunmamıştır. HDL-kolesterol ve LDL-kolesterol düzeylerinde ise değişiklik gözlenmemiştir. Bizim çalışmamızda ise diyet tedavisi ve eğitim sonrası açlık kan şekeri düzeyinde tedavi öncesine göre %18'lik bir azalma ile 210 mg/dl'den 172 mg/dl'ye, total kolesterol %11'lik bir azalma ile ortalama $235,45$ mg/dl'den ortalama 211 mg/dl'ye , LDL-kolesterol değeri %9 azalarak ortalama 142 mg/dl'den 129 mg/dl'ye, trigliserit değeri ise yaklaşık %19 düşerek ortalama $255,02$ mg/dl'den $208,6$ mg/dl değerlerine ulaşarak tümünde de istatistiksel açıdan anlamlı bir azalma görülmüştür ($p < 0,05$). HDL-kolesterol değeri ise yaklaşık %9'luk bir artış göstererek $34,92$ 'den $37,41$ değerine ulaşmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir artış görülmüştür ($p < 0,05$). Halife oğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada her ne kadar son değerlerde metabolik kontrol değerlerine tam olarak ulaşılamamış olsa da, eğitim ve diyetin kan lipit düzeylerini düşürmede etkili olduğu görülmektedir. Total kolesteroldeki %1'lik artışın koroner kalp hastalığında %2 artışa, %1'lik azalmanın ise kalp krizi riskinde %2-3 oranında azalmaya, LDL kolesteroldeki %11'lik azalmanın koroner arter kalp hastalığında %19 azalmaya, HDL kolesterolde 1 mg/dl'lik artışın ise koroner riskte %3 oranında azalmaya sebep olduğu belirtilmektedir (2). Framingham kalp çalışmasında ise total kolesteroldeki her %1 yükselmenin koroner arter hastalığı riskinde yaklaşık %2 artışa sebep olduğunu gösterilmiştir (3). Klinik çalışmalarda, LDL-kolesterol düzeyinin düşürülmesiyle kardiyovasküler mortalite ve morbiditenin azaldığı tespit edilmiştir (4). Bu durumda; total kolesteroldeki %11'lik azalmanın hastalarımızda kalp krizi riskini %22-33, LDL kolesteroldeki % 9'luk azalmanın koroner arter hastalığını %15, HDL kolesteroldeki %9'luk artışın koroner hastalık riskini %27 oranında azalttığı yaklaşımda bulunabilir.

Sonuç olarak; çalışmamızda beslenme eğitimi ve diyetin kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Bazı değerlerde hedef değerlere ulaşılmasa bile anlamlı azalmalar görülmesi Tip 2 DM'ye uygun bir diyetin ve eğitimin ne derece önemli olduğunu göstermiştir. Diyabetli ve obez hastalarda kan şekeri regülasyonu yanında, kardiyovasküler sistem ve diğer komplikasyonlara yönelik sekonder koruma da mutlaka sağlanmalıdır. Beslenme eğitimi üzerinde daha fazla durulmalı ve bu konuya I. basamak sağlık kuruluşlarından başlayarak daha fazla önem verilmelidir. Toplum sağlığı merkezlerinde ve hastanelerde görevli diyetisyenler bu hastalarda beslenme ve diyet konusundaki eğitimlere ağırlık vermelidirler. Sadece beslenmenin düzenlenmesi ile dahi kronik hastalıklar ciddi oranda azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Tip 2 Diyabetes Mellitus, diyet, kardiyovasküler hastalıklar

Kaynaklar:

1. Halifeoğlu İ, Karataş F, Çolak R, Canatan H, Telo S. Tip 2 Diyabetik Hastalarda Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Oksidan ve Antioksidan Durum. Fırat Tıp Dergisi. 2005; 10(3): 117-122
2. Studd J., The Management of the Menopause, the Millennium Review, Parthenon Publishing, 2000
3. Stein E. The lower the better? Reviewing the evidence for more aggressive cholesterol reduction and goal attainment. Atheroscler 2002; 2: 19-25.
4. Kwiterovich PO jr. State-of-the-art update and review: Clinical trials of lipid lowering agents. American Journal of Cardiology 1998; 82: 3-17

725

İLKÖĞRETİM ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARDA FAZLA AĞIRLIKLILIK OLMA DURUMU VE ETKİLEYEN ETMENLER

Reci Meseri¹ Gulengul Mermer² Hür Hassoy³ Işıl Ergin³

¹Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü ²Ege Üniversitesi, İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü ³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve amaç: Fazla ağırlıklı olma günümüzde üzerinde tartışılan en önemli sağlık sorunlarından bir tanesidir. Özellikle çocukluk çağı şişmanlığının yetişkinlikte şişmanlığa ve şişmanlıkla bağlantılı olarak diyabet, hipertansiyon, kalp damar hastalıklarına yol açabileceği belirtilmektedir. Beslenme alışkanlıkları ise şişmanlığın gelişmesinde önemli rol oynamaktadır. Çocukluk çağında edinilen beslenme alışkanlıklarının, gençlik döneminde ve ardından erişkin yaşta devam ettiği gösterilmiştir. Çocukluktan ergenliğe geçiş dönemi ailenin beslenme davranışı üzerindeki etkisinin azalması arkadaşlar ve medyanın etkisinin arttığı, öğünlerin içeriğine karar sürecinin aileden çocuğa devredildiği özellikli bir dönemdir. Çalışmanın amacı ilköğretim öğrencilerinde fazla ağırlıklı olma sıklığını ve fazla ağırlıklı olmayı etkileyen etmenlerin saptanmasıdır.

Gereç ve yöntem: Kesitsel olarak planlanan çalışma, Kemalpaşa'da 6. ve 7. Sınıflar üzerinde yürütülmüştür. Bu düzeyde eğitim veren 25 ilköğretim okulunda toplam 2955 öğrenci bulunmaktadır. Türkiye'de bu yaş grubunda şişmanlık sıklığına ilişkin ulusal düzeyde bir çalışma olmamasına karşın, bölgesel çalışmalarda şişmanlık sıklığı %15 dolayında bulunmuştur(1). Görülme sıklığı %15, %3 sapma, %95 güven aralığında en küçük örnek büyüklüğü 460 öğrencidir. Rasgele sayılar tablosu kullanılarak merkezden 2, perifer okullardan 2'şer olmak üzere dört okul seçilmiştir (n=876). Çalışmada fazla ağırlıklı olma durumu bağımlı değişken, sosyo-demografik özellikler, ailenin refah düzeyi, beden algısı, kendi ağırlığını bilme durumu ve beslenme alışkanlıkları bağımsız değişkenler olarak sorgulanmıştır. Fazla ağırlıklı olma durumu yaşa göre Beden Kütle İndeksi persentilleri aracılığı ile değerlendirilmiş, 85.0 altı normal, 85.0-94.9 persentil arası hafif şişman, 95.0 ve üstü şişman olarak tanımlanmıştır(2). İkili analizlerde 85.0 persentil ve üstü 'fazla ağırlıklı' olarak gruplandırılmıştır. Doğum yılı, cinsiyet, annenin eğitim ve çalışma durumu, babanın eğitim ve çalışma durumu ve aile tipi sosyodemografik değişkenler olarak sorgulanmıştır. Refah düzeyleri, Dünya Sağlık Araştırması'nda 11 başlıkta sorgulanan hane halkına ait dayanıklı tüketim malları ve diğer sahip olunan refah göstergelerinin varlığı sorgulanarak elde edilen puanların gruplanmasıyla üretilmiştir. Beden algısı için annesi, babası ve kendisini nasıl gördüğü (zayıf, normal,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

hafif şişman ya da şişman) sorgulanmıştır. Kendi ağırlığını bilme durumu için öğrencilerden kendi ağırlıklarını yazmaları, bilmiyorlarsa bilmiyorum seçeneğini işaretlemeleri istenmiştir. Ağırlığını ölçülen ağırlığın $\pm\%10$ 'u içerisinde bilenler ağırlığını biliyor, bu sınırlar dışında ağırlık yazanlar ile bilmiyorum seçeneğini işaretleyenler ağırlığını bilmiyor olarak tanımlanmıştır. Beslenme alışkanlıkları (gazlı içecek, zararlı atıştırmalıklar, taze meyve, tatlı, ev dışında kuru yemek yemek) 7'li besin tüketim sıklığı formu ile sorgulanmış ayrıca yemeklere tadına bakmadan tuz ekleme, çay-kahveye şeker atma, düzenli kahvaltı yapma evet ya da hayır olarak sorulmuştur. Veri, Öğrencilerin boyları sabit boy ölçer ile, ağırlıkları ise dijital tartı ile ölçülmüştür. Ölçüm ayakkabılı olarak hafif okul giysisi ile yapılmıştır yüz yüze görüşme ile okullarda toplanmış, SPSS 15.0 kullanılarak ki-kare, eğitimde ki kare ve t testi ile çözümlenmiştir. BKI persentillerinin hesaplanmasında AnthroPlus programı kullanılmıştır.

Bulgular: Toplamda 832 (ulaşma oranı: %95.0) öğrenci değerlendirilmiştir. Öğrencilerin %52.5'i erkektir, %82.5'i çekirdek aile olarak yaşamakta, %12.8'inin hiçbir sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Yaş ortalaması 12.3 ± 0.6 yıldır. Hemen hepsi (%95.9) harçlık almaktadır. Görünüm açısından annesini hafif şişman görenler %22.7, şişman görenler %4.9'dur. Babalar için bu sayılar sırasıyla %24.0 ve %4.6 iken, kendisini hafif şişman hissedenlerde %13.3, şişman hissedenlerde ise %3.6'dır. Öğrencilerin %32.2'sini kendi ağırlığı konusunda hiçbir bilgiye sahip değilken, kendi ağırlığını $\pm\%10$ içerisinde doğru bilenler %46.5'tir. Öğrencilerin %67.2'si kendi beden görüntüsünden memnundur. Beslenme alışkanlıkları incelendiğinde %82.8'inin her gün en az 1 kez meyve yediği buna karşılık %17.5'inin gazlı içecek içtiği ve %21.6'sının zararlı atıştırmalık yediği bulunmuştur. Yemeğin tadına bakmadan tuz atanlar %15.0 iken, %29.9'unun bazen kahvaltıyı atladığı, %4.6'sının ise hiç kahvaltı yapmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin beşte biri (%20.3) yemek yemekteki temel amacın doymak olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %14.2'si hafif şişman, %18.6'sı şişmandır. Erkeklerde bu oranlar sırasıyla %12.4 ve %21.7 iken, kızlarda %16.2 ve %15.2'dir.

Cinsiyet, babanın eğitim durumu, aile tipi, harçlık alma durumu, her gün gazlı içecek tüketme, her gün zararlı atıştırmalıklar yeme, her gün ev dışında kuru yiyecekler yeme, her gün taze meyve yeme, tadına bakmadan yemeğe tuz atma, ekran başında geçirilen saat ve her gün spor yapma fazla ağırlıklı olmayı anlamlı olarak etkilememektedir. Buna karşılık ailenin refah düzeyi artıkça fazla ağırlıklı olmanın anlamlı olarak arttığı, annesi lise ve üstü eğitim alanlarda fazla ağırlıklı olmanın anlamlı olarak daha sık olduğu belirlenmiştir(sırasıyla $p=0.033$, $p=0.040$). Beden imgesi incelendiğinde kendini fazla ağırlıklı algılayanların ve ağırlığını bilmeyenlerin anlamlı olarak daha sık fazla ağırlıklı olduğu (her ikisi için de $p<0.001$), benzer şekilde çocuğun anne ve babasının görüntüsü ile ilgili algısı şişmanladıkça çocuğun anlamlı olarak daha fazla ağırlıklı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.001$). Beslenme alışkanlıkları incelendiğinde düzenli kahvaltı yapmayanların anlamlı olarak daha fazla, fazla ağırlıklı olduğu belirlenmiştir ($p=0.038$). Tatlı yeme sıklığı artıkça ve kahveye-çaya şeker koyanlarda fazla ağırlıklı olma durumu anlamlı olarak azalmıştır (sırasıyla $p=0.009$, $p=0.010$).

Tartışma: Yapılan çalışmada fazla ağırlıklı olma sıklığı %32.8 bulunmuş, refah düzeyi, anne ve babanın beden imgesi, kendi beden imgesi, annenin eğitim düzeyi, kahvaltı yapma durumunun fazla ağırlıklı olmayı anlamlı olarak artırdığı saptanmıştır. Türkiye'de bu yaş grubu ergenlerde şişmanlık sıklığını araştıran ulusal düzeyde bir araştırma yoktur. Yapılan bölgesel çalışmalarda farklı sıklık bilgilerine ulaşmak olasıdır. Karadeniz bölgesinde 6-17 yaş grubunda yapılan bir çalışmada, hafif şişmanlar %10.3, şişmanlar ise %6.1 bulunmuştur(3). Sur ve arkadaşları tarafından İzmir, İstanbul ve Ankara'da kentsel bölgede yaşayan 1044 çocuk üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise hafif şişmanlık %11.9, şişmanlık ise %2.0 bulunmuştur(4). Kastamonu'da 10-12 yaş grubu çocuklarda yapılan bir çalışmada ise bu oranlar sırasıyla %10.4 ve %1.3 olarak bulunmuştur(5). TC. Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı bir araştırma raporunda bölgesel olarak yapılmış çalışmalar sunulmuş, sonuç olarak çocuk ve gençlerde şişmanlık sıklığının %1.1-%16.0 arasında olduğu belirtilmiştir(1). Bu kadar değişik sıklıklarla karşılaşılmasının nedeni çocuklarda ve gençlerde şişmanlığın saptanmasında ortak bir yöntem olmaması, ölçüm farklılıkları, çocukluk ve gençlik döneminin 18 yaşına kadar uzanan geniş bir zaman dilimini içermesi olabilir. Ayrıca bölgesel farklılıklar, kıır-kent ayrımı da yine bu farklılığa neden olmuş olabilir. Yapılan çalışmada refah düzeyi artıkça şişmanlık sıklığı anlamlı olarak artmaktadır. Koçoğlu ve arkadaşları Sivas'ta yaptıkları çalışmada, sosyoekonomik durumu iyi olan grupta şişmanlık oranlarını anlamlı derece de yüksek saptamışlardır(6). Isparta'da Uskun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da şişmanlık oranı sosyoekonomik durumu iyi olanlarda anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır(7). Çocuklarda şişmanlıkla ilgili yapılan çalışmalarda televizyon izleme olumsuz bir risk etmeni olarak gösterilmektedir(8), ancak anlamlı ilişki bulmayan çalışmalar da vardır(5). Yapılan çalışmada ekran başında geçirilen sürenin fazla ağırlıklı olmaya anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Beslenme alışkanlıklarının besin tüketim sıklığı ile alınması, miktar değerlendirilmemesi ve bir günlük besin

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

tüketim kaydı alınarak günlük alınan besin öğelerinin saptanmamış olması, veri toplamada bildirimine dayalı birçok sorgu yapılmış olması bu çalışmanın kısıtlılıkları olarak sayılabilir.

Sonuç ve öneriler: Çocukların yaklaşık üçte biri fazla ağırlıklıdır. Ailede şişman birey varlığı, kendini fazla ağırlıklı hissetme, beden ağırlığını bilmeme ve refah düzeyi fazla ağırlıklı olmayı anlamlı olarak etkilerken beslenme alışkanlıkları fazla ağırlıklı olmayı anlamlı olarak etkilememiştir. Beslenme alışkanlıklarının saptanmasında besin tüketim kaydının alınması daha yararlı olabilir. Çocuklardaki şişmanlık durumunun belirlenmesi için ulusal düzeyde çalışmalar yapılmalı, şişmanlığın saptanmasında kullanılacak ortak bir yöntem belirlenmelidir. Çocukların ağırlıkları ve boyları düzenli olarak ölçülerek bu konuda farkındalık yaratılmalı ve çocuklardaki şişmanlığın önlenmesi için girişim programları yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Beden Kütle İndeksi, Beslenme alışkanlığı, Öğrenci

Kaynaklar:

- (1) T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (TOÇBI) Projesi Araştırma Raporu. <http://www.beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/tocbi/tocbi.pdf> 2011 July
- (2) Kukul K, Sarvan S, Muslu L, Yirmibesoglu SG. Dietary habits, economic status, academic performance and body mass index in school children: a comparative study. J Child Health Care 2010 Dec;14(4):355-66.
- (3) Simsek E, Akpınar S, Bahcebasi T, Senses DA, Kocabay K. The prevalence of overweight and obese children aged 6-17 years in the West Black Sea region of Turkey. Int J Clin Pract 2008 Jul;62(7):1033-8.
- (4) Sur H, Kolotourou M, Dimitriou M, Kocaoglu B, Keskin Y, Hayran O, et al. Biochemical and behavioral indices related to BMI in schoolchildren in urban Turkey. Prev Med 2005 Aug;41(2):614-21.
- (5) Metinoğlu I, Pekol S, Metinoğlu Y. Kastamonu'da 10-12 Yaş Grubu Öğrencilerde Obezite Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. ACU Sağlık Bil Derg 2012;3:117-23.
- (6) Koçoğlu G, Özdemir L, Sumer H, Demir A, Cetinkaya S, Polat H. Prevalence of Obesity among 11-14 Years Old Students in Sivas-Turkey. Pakistan Journal of Nutrition 2003;2(5):292-5.
- (7) Uskun E, Ozturk M, Kisioglu A, Kirbiyik S, Demirel R. İlköğretim öğrencilerinde obezite gelişimini etkileyen faktörler. S D U Tıp Fak Derg 2005;12(2):19-25.
- (8) Giammattei J, Blix G, Marshak HH, Wollitzer AO, Pettitt DJ. Television watching and soft drink consumption: associations with obesity in 11- to 13-year-old schoolchildren. Arch Pediatr Adolesc Med 2003 Sep;157(9):882-6.

423

İSTANBUL'UN DÖRT İLÇESİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE MÜRACAAT EDEN KADINLARDA OBEZİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hande Öngün Yılmaz¹, Zeynep Koç¹, Nurhan İnce², Filiz Açıkturk¹, Yasemin Beyhan¹

¹Haliç Üniversitesi, ²İstanbul Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Obezite son yıllarda pek çok hastalığın oluşmasında rol oynayan kronik ve tekrarlayıcı bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, obeziteyi vücut kompozisyonundaki yağ miktarının insan

sağlığını olumsuz şekilde etkileyecek düzeyde artışı olarak belirtmektedir. Bölgesel yağ dağılımı kadın ve erkeklerde farklıdır. Obeziteyi belirleyen kriterler çeşitli araştırmalara konu olmaktadır. Bu çalışmada İstanbul'un dört ilçesinde Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran kadınlarda obezite sıklığının saptanarak ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Haziran 2011 tarihinde İstanbul'da Şişli, Beyoğlu, Beşiktaş ve Kadıköy ilçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerine müracaat eden 31-50 yaş arası (40.36 ± 6.28) 1793 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Hazırlanan anketlerle kadınların sosyo-demografik durumları (medeni durumları, çalışma ve eğitim düzeyleri) kronik hastalıklarının olup olmadığı, menopoz ve gebelik bilgileri sorgulanmış, beslenme alışkanlıkları (kahvaltı, öğün sayısı, öğün atlama, ara öğün, besin tüketim sıklıkları), zayıflama diyeti uygulayıp uygulamadıkları ve spor yapma durumları araştırılmıştır. Katılımcıların besin tüketim sıklıkları esas alınarak glisemik indeksi yüksek besinleri tüketim durumları incelenmiştir. Ayrıca ağırlık, boy, bel çevresi, kalça çevresi ölçümleri alınarak BKI ve Bel/kalça oranları hesaplanmıştır. Sonuçlar SPSS 16.0 istatistik programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bulgular değerlendirildiğinde; kadınların % 21,2'sinin çalıştığı saptanmış, BKI düzeyleri çalışan kadınlarda ($25.7 \pm 4.9 \text{ kg/m}^2$), çalışmayanlara göre ($28.6 \pm 5.6 \text{ kg/m}^2$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p=0.0001$). Katılımcıların BKI düzeyleri incelendiğinde; %1,4'ünün 18,5'in altında, %31,3'ünün 18,6 – 24,9 arasında, %34,8'inin 25 – 29,9 arasında, %29,4'ünün 30 – 39,9 arasında, %3,1'inin 40'ın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %39,4'ünün bel/kalça oranlarının 0,8'in üzerinde olduğu hesaplanmıştır. Yaş ile BKI ve bel/kalça oranı arasında $p=0.0001$ düzeyinde pozitif ilişki saptanmış olup, katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça BKI ve bel/kalça oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur ($p=0.0001$). Beslenme alışkanlıkları incelendiğinde %25,7'sinin günde üç öğünden az besin tükettiği; %57,2'sinin öğün atladığı ve en fazla atlanan öğünün %43,2 oranında öğle öğünü olduğu belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Obeziteye neden olan beslenme ile ilişkili faktörlerin irdelenerek ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmaların planlanması ve yürütülmesi, tüm dünyada giderek büyük bir halk sağlığı sorunu haline gelen obezitenin ve neden olduğu kronik hastalıkların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

10-Bulaşıcı Hastalıklar

958

112 ÇALIŞANLARININ EL HİJYENİ VE ELDİVEN KULLANIMI İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Serap Batı¹, Şenay Demir¹, Fatih Kara²

¹Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD, ²Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: El temizliği bireysel hijyenin ilk adımıdır. El yıkama, günlük yaşantı içinde her şeyden önce kişinin kendi sağlığı için önemliyken, çalışma ortamında, diğer kişilerin sağlığı için de önem kazanmaktadır. Başta sağlık sektörü olmak üzere birçok iş kolunda, çalışanların el yıkamasındaki aksaklıklar, hızla toplumu tehdit eden ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Sağlık kuruluşlarında, çalışanların el temizliğini "yeterince ve doğru" uygulaması ile meslek risklerinin azaltılmasının yanı sıra, en etkili ve en ucuz yöntem ile hastane enfeksiyonlarının kontrolü sağlanabilmektedir (Çetin 1993). Çeşitli çalışmalar, sağlık çalışanlarının basit ve oldukça ucuz bir yöntem olan el yıkamaya yeterince dikkat etmediğini ortaya koymaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde bu tekniğin uygulanmasına uyum oranı %40'ı geçmemektedir. Casewell & Phillips yaptıkları çalışmada, hastayı kaldırmak, nabzını, tansiyonunu veya ateşini ölçmek veya hastanın eline, omzuna dokunmak gibi 'temiz' aktiviteler esnasında hemşirelerin ellerine 102-104 cfu Klebsiella spp. Bulaşabileceğini göstermişlerdir. Benzer şekilde, Ehrenkranz ve ark. P. mirabilis ile kolonize olmuş hastaların kasıklarına dokunan hemşirelerin ellerinden kültür almış, 10 ile 600 cfu arası hemşirelerin ellerinin yoğun bir şekilde P. mirabilis ile kolonize olduğu bildirilmişlerdir. Pittet ve ark. Hastayla doğrudan temas, yaranın bakımı, intravasküler katater bakımı, solunum yolu bakımı veya hasta sekresyonlarının tedavisi öncesinde ve sonrasında sağlık çalışanlarının ellerindeki kontaminasyona dair çalışmalar yapmışlardır. Agar parmak ucu etki damga plakalarını kullanarak parmak uçlarından alınan bakteri sayısının 0 ile 300 cfu arası değiştiğini ve hastayla doğrudan temas ve solunum yolu bakımı esnasında sağlık hizmeti veren kişilerin ellerinin kontamine olmasının en yüksek ihtimal olduğunu görmüşlerdir. İzole edilen bakterilerin %15'inin gram-negatif basili ve %11'inin de S. aureus olduğu görülmüştür. Hastaya verilen hizmet süresinin sağlık çalışanlarının ellerindeki bakteriyel kontaminasyonun yoğunluğu ile ilgili olduğu da bu çalışmada gösterilmiştir. Kan ve diğer potansiyel enfeksiyöz materyaller, mukoz membran ve yaralar ile direkt temasta eldiven giyilmeli ve her hastadan sonra eldiven değiştirilmelidir. Eldiven kullanımından önce ve sonra mutlaka eller yıkanmalıdır. Alkollü el antiseptiği uygulandığında eldiven giymeden önce ellerin tam olarak kurduğundan emin olunmalıdır. Eldivenler yıkanarak başka bir hastada kullanılmamalı, eldivenin üzerine alkollü el antiseptiği kesinlikle uygulanmamalıdır. Eldiven kullanımından sonra kalıcı flora ve tırnak altlarında yerleşik mikroorganizmalar neminde yardımı ile süratle çoğalmaktadır. Kontrollü çalışmalarda eldiven içerisinde ellerdeki bakterilerin her dakika için 17 cfu miktarında arttığı gösterilmiştir. Bu mikroorganizmalar eldivenlerdeki mikro yırtıklardan geçerek hastayı enfekte edebilmektedir. Khatib ve ark. Çalışmasında eldiven kullanımının el yıkamada uyumsuzluğu artırdığı gösterilmiştir. Eldiven kullanımı ya da değiştirilmesi, el yıkamanın yerine geçmez. Eldiven kullanımından önce ve sonra mutlaka eller yıkanmalıdır.

Gereç ve Yöntem:Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Konya İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı olarak çalışan Selçuklu, Meram ve Karatay bölgelerindeki Acil Yardım İstasyonlarında görev yapan 185 sağlık personeli(62 hemşire/sağlık memuru, 23 paramedik, 68 Acil Tıp teknisyeni, 32 hekim) oluşturdu. Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde "evreni bilinen bir olayın ortalamasını incelemek için örnekleme alınacak birey sayısını saptamaya" yönelik hazırlanmış olan formülden yararlanıldı (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1997). Formül; $n=Nt^2p.q / d^2(N-1)+t^2p.q$ şeklindedir.

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: Olma olasılığı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

q: Olmama olasılığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Ortalamaya göre yapılmak istenen \pm sapma değeridir.

Buna göre örnek büyüklüğü 126 olarak bulundu

Araştırmanın yapılacağı sağlık personelinin alınacak örneklerin büyüklüğü orantılı seçim yöntemiyle aşağıdaki formül kullanılarak bulundu (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1997). Hesaplamalar sonucunda en az 42 Hemşire/Sağlık Memuru, 16 Paramedik, 46 ATT ve 22 hekim örnekleme alındı. Araştırma verileri Sağlık Bakanlığı ve etik kurul onayı alındıktan sonra toplanmaya başlandı. Araştırma araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu araştırmaya katılmayı kabul eden 133 sağlık personeline uygulatarak yapıldı. Araştırma süreci içerisinde belirtilen istasyonlarda görev yapan 10 hekim görev yeri değişikliği yapılması nedeniyle araştırma kapsamı dışında kaldı.

Bulgular: Araştırmaya toplam 133 sağlık personeli katılmıştır. Bunların % 62,4'ünü kadın (n=83), % 37,6'sını erkekler oluşturmuştur. Yaş ortalamaları $27,2 \pm 5,7$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %10,5'i Hekim (n=14), % 12'si Sağlık memuru (n=16), %5,3'ü Hemşire (n=7), % 51,1'i ATT (n=68), %21,1'i AABT(n=28) 'den oluşmuştur. Meslekte çalışma süreleri ortalaması $6 \pm 4,9$ yıl, 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışma süreleri $3,4 \pm 2,8$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların % 62,4'ü (n=83) mezun olduktan sonra el yıkama konusunda eğitim aldıklarını, % 70,7 'si (n=94) el yıkama konusunda eğitime gereksinimleri olmadığını ifade ettiler. Eğitim alma gereksinimleri olmadığını ifade eden 94 kişiden 29 'u bir neden belirtmiştir. Bunlardan hepsi yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade ettiler. El yıkama konusunda eğitim almaya gereksinim duyan 39 kişiden 25'i neden belirtmiştir. Bunlardan % 12'si (n=3) kendilerini bu konuda yetersiz gördüğü, % 20'si (n=5) yeni gelişmelerden haberdar olmak istedikleri, % 24'ü (n=6) eğitimi gerekli gördükleri, % 32'si (n=8) hijyene önem verdikleri, % 12'si (n=3) riskli bir meslek grubunda oldukları için eğitime gereksinim duyduklarını ifade ettiler. Araştırmaya katılanların 109 kişi (%82) her vakadan sonra el yıkama için zaman ayırabildiklerini, 24 kişi (%18) zaman ayıramadıklarını ifade ettiler. Araştırmaya katılanların % 15'i (n=20) her nöbette 1-10 kez, % 42,1'i (n=56) 11-20 kez, % 33,8'i (n=45) 21-30 kez, % 9'u (n=12) 31 kez ve üzeri el yıkadıklarını ifade ettiler. Araştırmaya katılanların uygulanması gereken el yıkama süresini; % 3'ü (n=4) kir akıncaya kadar, % 3,8'i (n=5) 0-15 sn, % 23,3'ü (n=31) 6-30 sn, % 31,6'sı (n=42) 31-60 sn, % 37,6'sı (n=50) 1-3 dk. olarak belirttiler. Araştırmaya katılanlar uyguladıklarını belirttikleri el yıkama süresi istenen süreler içerisinde değildir. Uyguladıkları el yıkama sürelerini; kir akıncaya kadar (% 5,3), 0-15 sn (%7,5), 6-30 sn (% 18,8), 31-60 sn (% 35,3), 1-3 k. (% 31,6) olarak belirttiler. El yıkama gerekçesi olarak en çok, % 87,2 oranında kendini enfeksiyonlardan korumak, % 71,4 ellerinin kirlendiğini hissettiği ifade edilmiştir. Bunları sırasıyla % 68,4 hastaları enfeksiyondan korumak, % 66,2 mikroorganizmalardan arınmak, % 2,3 ailesini enfeksiyondan korumak izlemektedir. Araştırmaya katılanların % 75,2'si çalıştığı ortamda el yıkama araç- gerecini bulduğunu ifade ederken, % 9'u malzeme bulamadıklarını, % 15,8'i ara sıra araç- gereci bulduklarını ifade ettiler. Araştırmaya katılanların % 80,52'i intravenöz uygulamalar, % 78,2'si intramüsküler uygulamalar, % 79,7'si endotrakeal entübasyon, % 69,2'si vital bulgu takibi, % 83,5'i pansuman uygulaması öncesi ve sonrası, % 44,4'ü eldiven kullanımından önce, %75,9'u eldiven kullanımı sonrası el yıkama işlevinin gerçekleştirilmesi gerektiğini belirttiler. Araştırmaya katılanların % 26,3'ü vaka öncesinde, % 88,3'ü vaka teslimi sonrasında hastanede, % 81,2'si vaka dönüşü sonrası istasyonda ellerini yıkadığını, % 6,8'i yıkamadığını ifade ettiler. Araştırmaya katılanların % 66,2'si uygun ve yeterli şekilde ellerini yıkadığını, % 11,3'ü uygun ve yeterli şekilde yıkamadığını, % 20,3'ü ara sıra yıkadığını ifade ettiler. Araştırmaya katılanlardan uygun ve yeterli el yıkamadığını ifade eden 15 kişiden 13'ü araç-gereç eksikliği, 13'ü zaman yetersizliği, 6'sı hastaların fazla olması, 10'u ihmal edilmesi sebebi ile uygun ve yeterli şekilde el yıkayamadığını ifade ettiler. Araştırmaya katılanların %96,2'si ellerini su ve sabun ile %46,6'sı antiseptik solüsyonlar yıkadığını ifade ettiler. Araştırmaya katılanların %67,7'si ellerini yıkadıktan sonra her zaman kuruladığını, %10,5'i kurulamadığını, % 17,3'ü ara sıra kuruladığını ifade ettiler. %10,5'i havlu ile %67,7'si kâğıt havlu ile % 19,5'i sıcak hava ile kurulamanın en doğru yöntem olduğunu ifade ettiler. Araştırmaya katılanların %27,1'i non-steril eldiven giymeden önce ve sonra ellerini yıkadığını, %6'sı yıkamadığını, %62,4'ü eldiveni çıkardıktan sonra yıkadığını ifade ettiler. Araştırmaya katılanların %72,9'u her vakada eldiven kullandıklarını ifade etmişlerdir. %80,5'intravenöz uygulama, %72,9'u intramüsküler uygulama, %81,2'si endotrakeal entübasyon işlemi, %81,2'si pansuman uygulamasından önce eldiven kullanımını tercih ettiklerini belirttiler. Araştırmaya katılanların %49,6'sı her işlemten sonra, % 59,4'ü vaka tesliminden sonra hastanede,

%48,9'u gözle görülür şekilde kirlendiğinde, %22,6'sı vaka tesliminden sonra istasyonda eldiveni değiştirip veya çıkardıklarını ifade ettiler. Araştırmaya katılanların % 19,5'i ellerinde dermatolojik sorunları olduğunu ifade ettiler.%27,8'i çalışırken yüzük, bilezik gibi takı kullandıklarını ifade ettiler.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: 2005 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi anestezi-reakimasyon, iç hastalıkları, nöroloji ve kalp damar cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yapılan gözlemsel çalışma sonucunda; kliniklere göre el temizliğine uyum sırasıyla; anestezi-reakimasyon; (% 9), kalp damar cerrahi; (% 4,8), nöroloji (%3,4) ve iç hastalıkları (%0) olarak saptanmıştır. Meslek gruplarına göre el temizliğine uyum değerlendirildiğinde, en iyi uyum fizik tedavi teknisyenlerinde (%3,7) saptanmış olup, hemşirelerde (% 3,9), ve doktorlar (%3,2) olarak izlemiştir. İntörn/stajyer doktorlar ve yardımcı sağlık personelinde ise el temizliği kurallarına uyulmadığı gözlenmiştir (Arda ve ark. 2005). Hugonnet ve Pittet , Rumbaua ve ark. ,Kuzu ve ark. ve Makay ve ark.yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin el yıkama uyum oranını %31,9 ile % 34 olarak belirlemişlerdir. Araştırmaya katılan sağlık personelinin çoğunluğu el yıkama ve eldiven kullanımı ile ilgili eğitime gereksinimleri olmadığını ifade ettiler. Araştırmaya katılan personelin çoğunluğu el yıkamak için yeterli zamanlarının ve gerekli araç-gereçlerini olduğunu ifade etmelerine rağmen el yıkama oranları oldukça düşüktür. Eğitimlerde el yıkama ve eldiven kullanımının önemi vurgulanmalıdır. Araştırmaya katılanların eldiven kullanım oranı yüksektir. Eldiven kullanımından önce ve sonra el yıkamanın önemi vurgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: El yıkama, eldiven kullanımı

Kaynaklar:Çetin, E.T., (1993), Hastane Enfeksiyonlarının Önemi, Klimik Dergisi, Cilt.6,Sayı.3

1. Pittet D. Hand Hygiene in healthcare settings:guidelines revisited. Hastane enfeksiyonları Dergisi, 2004;8(2)
2. Arda B,Şenol Ş,Taşbakan M,Yamazhan T, Sipahi O.R, Arsu G, Ulusoy S, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitelerinde El Temizliği Kurallarına Uyumun Değerlendirilmesi, Yoğun Bakım Dergisi 2005;5(3):182-186
3. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. (1997) Biyoistatistik, 7. Baskı, , Şahin Matbaası, Ankara.

367

ANKARA'DAKİ BİR VEREM SAVAŞ DISPANSERİ'NİN 2006-2010 DÖNEMİ KEMOPROFLAKSİ ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Filiz Duyar Ağca¹, Kerem Alp Usal², Gamze Taş², Şeymanur Topraklı², Dicle Karakaya², Sarp Üner³

¹5 no.lu Verem Savaşı Dispanseri Yenimahalle Ankara, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, ³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Tüberküloz (TB) hastalığında kemoprofilaksinin(koruyucu ilaç tedavisi) amacı, TB hastası ile teması olan kişide ya da TB mikrobu ile enfekte kişide TB hastalığı gelişimini önlemektir. Her yıl, bir çok ülkede, çok sayıda kişiye TB koruma tedavisi uygulanmaktadır. Bu çalışma koruma tedavisi verilen kişilerin kemoprofilaksi alma nedenlerinin ve bu tedavinin başarısının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan çalışma Ankara'da hizmet veren bir Verem Savaş Dispanseri (VSD) tarafından 2006-2010 yılları arasında TB kemoprofilaksisi verilen 1617 kişinin kayıtlarının tümünün örneklem alınmadan incelenmesiyle yapılmıştır. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Türkiye Halk Sağlığı kurumundan yazılı izinler alınan çalışmada verilerin analizi SPSS programında Ki Kare testi kullanılarak yapılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Koruma tedavisi alan kişilerin %53,1'ini erkekler oluşturmaktadır. Koruma tedavisi verilen bireylerin 1 ay ile 86 yıl arasında değişen yaşlarının ortalaması $16,4 \pm 13,4$ yıl, ortancası 12 yıl şeklindedir. Yaş gruplarının, koruma tedavisi alma nedenlerinin, BCG skarı bulunma durumlarının, tedavi sürelerinin ve tedavi sonuçlarının dağılımında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

0-14 yaş grubunun koruma tedavisi alanlar içerisindeki yüzdeleri yıllara göre azalırken, 36 yaş ve üzeri grupta koruma tedavisi alma yüzdelerinin arttığı saptanmıştır. Araştırma grubunda 0-14 yaş ve 15-35 yaş gruplarında koruma tedavisi almanın en sık nedenleri TB hastası ile temas ve TDT(tüberkülin deri testi)pozitifliği iken, 36 yaş ve üzerinde en sık neden bağışıklık baskılanmasıdır. 0-14 yaş aralığında tedaviye uyumun yüksek olduğu ve 36 yaş ve üzerindeki grupta tedavi süresinin uzun olduğu saptanmıştır. Koruma tedavisi alma nedenleri değerlendirildiğinde 2006 ve 2007 yıllarında TDT pozitifliği ilk sırada yer alırken, daha sonraki yıllarda yerini TB hastası ile temasa bırakmıştır. Bağışıklık baskılanması nedeniyle verilen koruma tedavisinin yüzdesi ise yıllar geçtikçe artmaktadır. TDT pozitifliği nedeniyle tedavi alan bireylerde endurasyon çapının anlamlı biçimde yüksek, bağışıklık baskılanması nedeniyle koruma tedavisi alan kişilerde tedavi süresinin anlamlı biçimde daha uzun olduğu görülmektedir. Tedaviye en yüksek uyumun TDT pozitifliği nedeniyle koruma tedavisi alan grupta görüldüğü saptanmıştır. Araştırmada kayıtları incelenen 1617 kişilerin %88,3'ünün koruma tedavisi başarılı bir şekilde tamamlanmıştır. Bağışıklık baskılanması nedeni ile tedavi alanlarda kemoproflaksi başarısı %85,3, temas nedeni ile tedavi alanlarda %82,0 ve TDT pozitif olanlarda %94,3 olarak saptanmıştır.

Sonuç ve öneriler: Ülkemizde 15-35 yaş arası bireylerde koruma tedavisi kararı kişinin tercihine bırakılmıştır, 0_14 yaş grubunda olduğu gibi bu yaş grubunda da koruma tedavisinin TB hasta temaslılarında zorunlu kılınması, koruyucu tedaviyi terk oranını düşürebilir. TDT pozitifliği nedeniyle koruma tedavisi alan grupta uyumun diğer gruplardan anlamlı biçimde daha yüksek oranda tedaviyi tamamladığı saptanmıştır. Bireylere TB'un ciddi bir hastalık olduğuna ve bundan korunmaları gerektiğine dair ayrıntılı bilgi verilmelidir. Çalışmanın yapıldığı VSD'nde 2006 yılı ve öncesinde okullarda TDT taraması uygulanırken, Sağlık Bakanlığı kararı ile daha sonraki yıllarda ilkokullarda tarama yapılmaması TDT pozitifliğinin yıllar içinde azalması nedeni olabilir. Ülke prevalans çalışmaları açısından Sağlık Bakanlığı'nın en azından çocuklarda TDT taramasını başlatması uygun olacaktır. Okul tarama çalışmalarına devam edilmesi ile koruma tedavisi verilmesi gereken kişilere ulaşılabilir. Kayıtların çapraz inceleme için daha uygun hale getirilmesi ileride yapılacak çalışmalarda verimliliği artırabilir.

Çalışmanın yapıldığı VSD'nde kemoprofilaksi çalışmalarında %90'lara yaklaşan başarı elde edilmiştir. TB ile mücadele kapsamında temaslı kontrolü ve koruyucu tedavi uygulama hizmeti VSD'leri tarafından verilmektedir. TB hastaları enfekte bireyler arasından(enfeksiyon havuzundan) ortaya çıktığına göre temaslıların takip ve kayıt altına alınmasında VSD'lerin önemi göz ardı edilemez. DSÖ Avrupa bölgesinde hasta yükü açısından 6.sırada yer alan ve TB için yüksek öncelikli olan Türkiye'de VSD dispanserleri önemli bir hizmet vermektedir.

Anahtar sözcükler: Tüberküloz, kemoproflaksi, temaslı, dispanser

ASHILIK DURUMUNUN ELEKTRONİK KAYITLAR ÜZERİNDEN İZLENMESİNE YÖNELİK BİR MODEL ÖNERİSİ

Mustafa Sertel, Tolga Ovayurt, Galip Koroğlu, Gonca Atasoylu

Manisa Halk Sağlığı Md.

GİRİŞ VE AMAÇ: Sağlık yönetiminde, aşı kapsayıcılığı, amaca göre, yaşa göre aşıllık (=age-appropriate vaccination) ve tam aşıllık (=Up-to-date vaccination) göstergeleri ile değerlendirilebilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından, aşıllık durumu, ülke genelinde tam aşıllık üzerinden izlenmektedir. 2007 yılından bu yana, illerden 12-23 aylık çocukların tam aşıllık durumlarının yıllık olarak raporlanması istenmektedir. Sonuçlar 0-4 yaş (0 -59 ay) aşı kayıt fişlerinin (Form 012A) ilgili çocuklar için konvansiyonel olarak sayılıp dökülmesiyle elde edilmektedir. Bu yöntem zaman alıcı ve hatalara açıktır, değerlendirmelerde de yeterli esnekliği sağlayamamaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Manisa İl verisini kullanarak 5 yaş altı çocuklarda yaşına göre aşıllık ve tam aşıllık durumlarının elektronik kayıtlar üzerinden izlenmesine yönelik bir model geliştirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma, tanımlayıcı tipte bir yönelem araştırması olup ilk denemesi 2010 yılı Mart-Temmuz aylarında gerçekleştirilerek 2012 yılı Nisan-Mayıs aylarında tekrar gözden geçirilmiştir. Modelin işlerliği 10.05.2012 gününe ait veri üzerinden gösterilmektedir.

Aşı kayıtlarının elde edilmesi:

Manisa İlinde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına 2008 yılında geçilmiştir. Uygulamanın başında aile hekimlerinin, kayıtlı bebek/çocukların aşı bilgilerini (kendilerine devredilen Form 12A ve Form 006'lardan) Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'ne (AHBS'ye) aktarmaları sağlanmıştır. Bu kayıtlar, Manisa Sağlık Müdürlüğü tarafından elektronik ortamda tutarlılık sorgularından geçirilmiş, gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması süresince elektronik kayıtlar esas alınmakta; uygulanan/uygulandığı öğrenilen (Hastane, özel hekim, eczane, başka ilde, vb) bütün aşılarda AHBS'ye kaydedilmektedir. Elektronik ortamdaki aşı kayıtları Müdürlük çalışanlarıncı her ay düzenli olarak kontrol edilmekte; tutarsızlıkların düzeltilmesi sağlanmaktadır.

Aşıllık durumlarının belirlenmesi:

Beş yaş altı çocukların yaşa göre aşıllık ve 2007-2010 kohortunun tam aşıllık durumunu belirlemeye yönelik bir algoritma geliştirilmiştir. Buna göre, yaşa göre aşıllık durumu, "Aşılı", "Eksik aşılı" ve "Aşısız" olarak gruplandırılmıştır.

Algoritmada, yaşa göre aşıllık değerlendirmesi için Sağlık Bakanlığı'nın Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) Genelgesi (1-3) ve direktifleri esas alınmıştır. Tam aşıllık ise, Sağlık Bakanlığı'nca kullanılan, 1 doz BCG, 1 doz KKK, 3 doz DaBT-IPA-HiB, 3 doz Hep B, 3 doz KPA aşısı uygulanmış olmak üzerinden tanımlanmıştır.

Algoritma, istenen tarih itibarı ile, yaşa göre aşıllık durumlarının, il- (aile hekiminin çalıştığı) ilçe-aile sağlığı birimi ve doğum yılına göre kişi bazlı görülebilmesini sağlamaktadır. Sayma ve karar verme arayüzleri için php – oracle ortamları kullanılmıştır.

Veri hazırlama:

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışmada, Manisa AHBS’de kayıtlı 2007-2012 kohortundaki çocukların aşı kaydı incelenmiştir. 2007-2012 yıllarında doğup Manisa’da bir aile hekimine kayıtlı olan çocuklarda yaşa göre aşıluluk ile 2010 kohortu için tam aşıluluk durumları 10.05.2012 günü itibarıyla hesaplanmıştır.

Kayıt karşılaştırması:

Yıllara göre doğum sayıları, TÜİK verisi ile karşılaştırılmıştır (4).

BULGULAR:

Çalışma kapsamında, 2007-2012 kohortunda, Manisa’da aile hekimlerine kayıtlı 98.625 çocuğun aşıluluk durumu raporlanmıştır. Doğum yılına göre değerlendirilen çocuk sayıları, 2007’den başlayarak sırasıyla, 19.516, 19.161, 18.129, 17.915, 17.941 ve 5.963’tür. TÜİK’in Manisa İline ilişkin doğum sayıları 2007-2010 yılları için sırasıyla 19.618, 19.356, 18.653 ve 18.266’dır (4). Sağlık Müdürlüğü ve TÜİK kayıtlarındaki bebek sayıları karşılaştırıldığında uyumun %97’nin üzerinde olduğu görülmektedir.

Yaşa göre aşılı çocuk oranları, 2007’den başlayarak sırasıyla, %59,8; %92,2; %94,3; %96,6; %98,2; %99,7 ve %86,0 olarak hesaplanmıştır. Bu dönemde aşısız çocukların payı, en düşük 2011 ve 2012 kohortu için %0; en yüksek ise 2007 kohortu için %2,8 arasında bulunmuştur.

Manisa’da 2010 kohortundaki çocukların (n=17.915) %96,6’sının (n=17.309) yaşına göre aşılı; %98,0’inin (n=17.564) tam aşılı olduğu izlenmiştir.

TARTIŞMA / SONUÇ VE ÖNERİLER: Aşıluluk durumu göstergelerinden yaşa göre aşıluluk, yaş grubunda daha fazla varyasyonun izlenmesine olanak sağlaması nedeni ile daha fazla esneklik sağlamaktadır (Ör. okula başlayanlarda, acil servise başvuranlarda). Tam aşıluluk araştırmalarında ise, yaş aralığı daha dar tutulmakta; bu gösterge kesitsel çalışmalarda pratik olarak kullanılmaktadır (Ör. 13-24 aylık çocuklarda).

Bu model, Manisa’da yaşayan 5 yaş altı çocukların aşıluluk durumlarının farklı parametreler açısından değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Bilindiği kadarıyla, halen, ne ülke genelinde, ne de başka illerde aşıluluk durumunu değerlendirmeye yönelik bir yazılım kullanılmamaktadır.

Doğum yıllarına göre çocuk sayılarına bakıldığında, sayıların birbiri ve TÜİK kayıtları ile tutarlı olduğu ve hafif bir düşme eğilimi gösterdiği izlenmektedir (4). AHBS kayıtları TÜİK verisiyle karşılaştırıldığında, tutarlılığın en düşük olduğu 2009’da bile %97’den yüksek olarak izlenmektedir. Küçük farkın, AHBS verisinin 10.05.2012 günkü veriyi göstermesi, TÜİK kayıtlarının nüfus tanımının aynı olmaması (doğum yeri, ikamet) ile zaman içinde göç, ölümler, vb nedenlere bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Gerek düşme eğilimi, gerekse diğer kaynakla tutarlılığı, AHBS kayıtlarının güvenilir olduğunu düşündürmektedir. 2012 yılı için ise, ilk 4 aylık veri söz konusu olduğundan, bebek sayısının beklenen kohortun yaklaşık %33,3’ünü yansıtması normaldir.

2007 kohortunda yaşa göre aşılı çocukların %59,8’lik oranı çok düşük görünmektedir. İzleyen yıllarla birlikte değerlendirildiğinde, aşılama hızlarında, kısa süre içinde, çalışmada bulunan büyüklükte bir fark beklenmemektedir. İldeki bulaşıcı hastalık morbiditesi de bu durumu desteklemektedir. Bu nedenle, 2007 kohortu için hesaplanan düşük yaşa göre aşıluluk oranının gerçeği yansıtmadığı düşünülmektedir. Bu durum, çocukların AHBS’de kayıtlı olmasına rağmen, geçmişe ait aşı bilgilerinin eksik olmasına bağlanmıştır. Bir başka olasılık olarak ise, aşı takvimi değişikliklerinin algoritmaya doğru yansıtılmamış olması akla gelmektedir. Takvimin değişmediği ve algoritmaya düzgün olarak aktarıldığı 2009-2011 yıllarında doğanlar için ise %96,6-99,7 arası izlenen yaşa göre aşıluluk düzeyi daha tutarlı ve yüksek izlenmektedir. 2012 kohortu için yaşa göre aşıluluk düzeyinin düşük hesaplanması ise, hemen tümü hastanede doğan bebeklere bu kurumlarda yapılan Hepatit B aşılmasının AHBS’ye aktarımındaki gecikmeden kaynaklanmaktadır. Bebeklerin 0-30 günlük iken yapılması gerekli ilk; veya nadiren 30-59 günlük iken yapılması gereken ikinci izleminde, hastanede yapılan Hepatit B aşı bilgileri AHBS’ye aile hekimlerince, aşının yapıldığı tarih bilgisiyle kaydedilmektedir. Bu şekilde, izleyen aylarda, geçmişe yönelik kayıtlar tamamlandıkça oran yükselerek gerçeği yansıtmaktadır. Bu durum, modelin daha önceki kullanımı sırasında gözlenmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Manisa İlinde 2010 kohortunun (13-24 aylık) tam aşıllık oranı %98 olarak hesaplanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 yılı verisine göre, 15-26 aylık çocuklar için 1 doz BCG, 3 doz DBT, 3 doz IPA ve 1 doz kızamık aşısı üzerinden hesaplanan tam aşıllık, ülke için %80,5, Batı bölgesi için %84,6'dır (5). Gerek tanım, gerekse dönem açısından farklılık içermesi nedeniyle doğrudan karşılaştırmak uygun olmayabilir. Bununla birlikte, ilimizde tam aşıllık oranlarının, TNSA 2008 verisine göre, ülke ve batı bölgesi verisinden yüksek olduğu izlenmektedir.

Uygulama, Manisa Sağlık Müdürlüğü tarafından geliştirilen AHBS yazılımını kullanan Aydın ilinde kullanıma açılmış olup, aile hekimliği pilot uygulamasının yürütüldüğü diğer illerde de kullanılması için Sağlık Bakanlığı'na öneri sunulmuştur. Bu model sağlık hizmet sunucuları ve yöneticilerinin veriye hızlı, doğru ve amaca uygun esneklikte (Antijen bazlı, ikamet tabanlı, vb) erişmelerini sağlayacak; bölgeler arası karşılaştırmaya ve zaman içindeki değişimi izlemeye yarayan, ülkemiz için öncü bir girişimdir.

Teşekkür: Çalışma raporunu gözden geçirip katkı ve önerileriyle zenginleştiren Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD çalışanlarına teşekkür ederiz.

Anahtar Sözcükler: Aşilar, bağışıklama, toplum (halk sağlığı) surveyanı, bilgisayarlı tıbbi kayıt sistemleri, yöneylem araştırması

Key-words: Vaccines, immunization, population (public health) surveillance, computerized medical record systems, operations research

*Çalışmanın ilk versiyonu, "Aşıllık Durumunun Elektronik Kayıtlar Üzerinden İzlenmesine Yönelik Bir Model Önerisi" başlığıyla, ... adlı yazarlar tarafından 29 Eylül-3 Ekim 2010 tarihinde Antalya'da düzenlenen Aile Hekimliği Kongresi'nde (AHEKON 2010) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR:

1. Sağlık Bakanlığı'nın 2006/120 sayılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) genelgesi -30.11.2006 tarih ve 18607-2006/120
2. Sağlık Bakanlığı'nın 2008/ sayılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) genelgesi- 25.02.2008 tarih ve 6111-2008/14 sayılı
3. Sağlık Bakanlığı'nın 2009/17 sayılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) genelgesi -13.03.2009 tarih ve 7941-2009/17
4. Türkiye İstatistik Yıllığı 2011. Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara, Türkiye. s.43, 66, 82
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. s.162-3

661

BİR BELEDİYE'DE ÇALIŞAN TEMİZLİK İŞÇİLERİNİN VEREM HASTALIĞI İLE İLGİLİ BİLGİLERİNİN SAPTANMASI

Ömer Turhan, Arman Erkan, Ceyhun Kılınc, Mustafa Alican Dirican, Bahar Güçiz Doğan

Hacettepe üniversitesi tıp fakültesi

Giriş ve Amaç: Tüberküloz (TB), *Mycobacterium tuberculosis* basilinin etken olduğu, hava yoluyla bulaşan, daha çok akciğerleri enfekte eden, kontrol altına alınabilen ve tedavi edilebilen, bulaşıcı hastalıklar içerisinde HIV' den sonra mortalitesi en yüksek olan bir hastalıktır (1). Hızlı nüfus artışı, koruma programlarının yetersizliği, vaka takibi ve tedavi başarısızlıkları, yoksulluğun artması, işsizlik, sigara içme, evsizlik gibi faktörler TB

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

hastalığının görülmesinde ve yayılmasında artışa neden olmakta; vakaların %95'i gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülmekte ve dünyanın birçok bölgesinde iş gücü kaybına ve ölümlere neden olmaktadır.

DSÖ tüberküloz kontrol programlarının başarısını belirlemede prevalansı temel almış, TB prevalansını 2015 yılına kadar 1990 yılına göre yarı yarıya düşürmeyi hedeflemiştir. Türkiye, 1990 yılındaki yüz binde 52 olan prevalansını 2006 yılında yüz binde 26'ya düşürerek hedefine erken ulaşan ülkelerden biri olmuştur. Ülkemizde yaklaşık olarak her dört kişiden birinin TB basili ile enfekte olduğu düşünülmektedir. Yaşlılarda insidansın artması beklenen bir durumken, genç erişkinlerde artışın görülmesi ülkemizde TB kontrolünün hala yeterli olmadığını göstermektedir (2).

Ülkemizde işçi sağlığı ile ilgili görevleri İş Sağlığı ve Güvenliği Müdürlüğü üstlenmektedir. TB halk sağlığı açısından sosyal ve toplumsal bir hastalık olduğu gibi aynı zamanda mesleki tehlikelerden de biridir. Hastalık kontrolünün iyi yapılamadığı ülkelerde TB, meslek hastalıkları açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. Ülkemizde henüz meslek hastalıkları konusunda başvurulabilecek ulusal bir kılavuz bulunmamaktadır.

Amerikan Ulusal Mesleki Güvenlik ve Sağlık İdaresi (NIOSH), seçilen bazı eyaletlerdeki ölüm sayılarını ve mesleki ölüm nedenlerine bağlı kayıtları 1971 yılından itibaren veritabanına kaydetmektedir. Bu verilere göre, 1990–1999 yılları arasında, 15 yaş ve üzeri çöp toplayıcılarında solunum sistemi tüberkülozuna bağlı toplam 25 kişi ölmüş ve orantısız ölüm hızı 1,7 olarak hesaplanmıştır.

TB ülkemizde, gelişmiş ülkelere kıyasla daha sık görülmektedir. Hastalıkla mücadelede başarı sağlamada kontrol programlarına, hastalığın erken tanısına, etkili tedavilere gereksinim olduğu gibi toplumun eğitilmesine ve hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin artırılmasına da ihtiyaç vardır. Hastalığın yayılmasının önlenmesi ve enfeksiyondan korunmada, kişilerin TB eğitimi ve bilgi düzeyi önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, Ankara İli'nde bir belediyede çalışan temizlik işçilerinin tüberküloz konusundaki bilgilerinin saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Ankara ili Çankaya Belediyesi Temizlik İşleri Genel Müdürlüğü' ne bağlı temizlik işçilerinin Çankaya sınırları içindeki dinlenme ve vardiya değişim noktalarında yapılmıştır. Araştırma evrenini müdürlük bünyesinde 26 işçi, 49 şoför, 306 gece çöp toplayan ve süpürge elemanı, toplam 381 çalışan oluşturmaktadır. Çalışanların hepsi erkektir.

Araştırma Şubat 2011 tarihinde yapılan tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır. Araştırma evrenini oluşturan 381 kişiden 159'una ulaşamamış, 8 kişi araştırmaya katılmayı reddetmiş, çalışma toplam 214 kişi ile (% 56,2) tamamlanmıştır.

Araştırmanın tanımlanan değişkeni "işçilerin verem hakkındaki bilgileri"dir. Tanımlanan değişkenler ise yaş, öğrenim durumu, sağlık personeli yakını olma durumu, verem hastalığı geçirme durumu ve yakını/arkadaşı verem geçirmiş olma durumudur.

Araştırmada veri toplama aracı, bu çalışma için araştırmacılar tarafından geliştirilmiş 31 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır.

Verilerin toplanması Şubat 2011'de, işçilerin dinlenme ve vardiya değişim merkezlerinde, gözlem altında anket uygulanması şeklinde gerçekleşmiştir. Araştırmacılar, anketlerin doldurulması sırasında katılımcıların yanında olmuştur.

Araştırma verileri SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin (yüzde dağılımı, ortalama \pm SD) yanı sıra ki-kare analizi ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırma öncesinde Çankaya Belediyesi Temizlik İşleri Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmış, işçiler araştırmanın amacı hakkında bilgilendirilmiş, araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre olmuş, kimlik bilgileri sorulmamıştır. Araştırma raporunun bir örneği Çankaya Temizlik İşleri Müdürlüğü'ne verilmiştir. Ayrıca, işçileri

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

verem hastalığı hakkında bilgilendirmeye yönelik olarak hazırlanmış olan bir broşür de çoğaltılmak ve dağıtılmak üzere belediye'deki yetkili kişilere teslim edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan işçilerin yaş ortalaması $42,6 \pm 5,6$ olup, %84,1'i 35–49 yaş arasındadır. İşçilerin büyük çoğunluğu evli (%94,3) ve çocuk sahibidir (%91,6). Öğrenim durumu ilkököl ve altı olan işçiler çoğunluktadır (%74,3); işçiler arasında yükseköğöl ya da fakölte mezunu bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılanların %90,2 si açık alanda çalışmakta olup çoğunun (%78,5) 10 yıl ve daha fazla süredir bu işte çalışmakta olduğu ve yaklaşık yarısının da (%51,9) vardiyalı çalıştığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların 7'sinin (%2,9) verem hastalığı geçirdiği, 8'inin ise (%3,3) çevresinde verem hastalığı geçirmiş birey olduğu saptanmıştır. Hem kendisi verem hastalığı geçirmiş hem de çevresinde verem hastalığı geçiren 1 kişi bulunmaktadır. Bu kişinin çevresinden bu hastalığı aldığı ya da önce kendisinin hasta olup sonra çevresine hastalığı bulaştırdığı düşünölebilir. Kendisi verem hastalığı geçirmeyip, çevresinde de verem hastası bulunmayan işçiler, katılımcıların %96,6'sını oluşturmaktadır.

Katılımcıların %55,6'sı verem hastalığını doğru olarak, bulaşıcı hastalık grubunda değerlendirmiştir. Yanlış yanıt veren katılımcılar ise %16,8'dir. Verem hastalığının nasıl bir hastalık olduğu hakkında fikri olmayanların yüzdesi ise 27,6'dır.

Veremin en çok hangi organda hastalık yaptığı sorusuna ilişkin yanıtlar incelendiğinde katılımcıların %63,1'inin doğru olarak akciğer seçeneğini işaretlediği görölmüştür. Yanlış yanıtı (karaciğer) işaretleyenlerin yüzdesi %18,2'dir.

Araştırmada katılımcılara, verem hastalığının belirtileri birden fazla seçenek işaretlenebilecek şekilde sorulmuştur. Doğru ve yanlış seçeneklerin bir arada bulunduğu soruda en çok işaretlenen belirti "uzun süren öksürük" olmuştur (%58,4). Bunu "kan tükürmek" izlemiştir (%44,9). Katılımcıların %22'si ise hastalığın hiçbir belirtisini doğru yanıtlayamamıştır.

Hastalığın belirtilerinin doğru bilinmesinin verem hastalığı geçirme, öğrenim durumu, yaş ve sağlık personeli yakını olması açısından ilişkisi incelendiğinde, doğru yanıt yüzdesinin öğrenim düzeyi ortaoköl ve üstü olanlarda, ilkököl ve altı olanlara göre anlamlı olarak farklı olduğu görölmüştür ($p < 0,05$). Katılımcıların yaşı arttıkça sadece doğru belirtileri işaretleyenlerin yüzdesinin de arttığı belirlenmiştir.

Araştırmada katılımcılara, verem hastalığına yol açabilecek risk faktörleri ile ilgili bir soru yöneltilmiş ve birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri belirtilmiştir. En çok işaretlenen risk faktörleri "sigara içmek" (%42,5) ve "ailede verem hastası olması" (%42,1) seçenekleridir. Ayrıca işçilerin %32,7'sinin, vereme yakalanma risk faktörlerinin herhangi birisi hakkında bir bilgisi bulunmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların %41,1'i verem hastası olduklarını öğrenirlerse yakın çevrelerine bunu söylemekten çekineceklerini, %76,2'si ailelerinde verem hastası olursa onu mutlaka sanatoryuma götüreceklerini, %60,7'lik kesim ise verem hastası ile birlikte aynı evde yaşamak zorunda kalsalar eşyalarını ayırabileceklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %22,9'u zatürree, %12,6'sı cüzam, %14,5'i ise AİDS olmayı verem olmaya tercih edeceklerini belirtmiştir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Katılımcıların yarısından fazlası verem hastalığının bulaşıcı bir hastalık olduğunu doğru yanıtlamıştır. Buna karşılık %27,6'lık grup ise verem hastalığının ne tür bir hastalık olduğunu bilmemektedir. Cape Town'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %85'i hastalığın bulaşıcı olduğunu doğru yanıtlamışlardır (3). TB tedavisi uzun süren, sosyal ve toplumsal bir hastalık olduğu için birçok toplumda hastalığın bulaşıcı olduğu bilgisi çalışmalarda yüksek yüzdelerde çıkmaktadır.

Çalışmada, öğrenim durumuna göre veremin en çok hangi organda hastalık yaptığı, hastalığın belirtileri ve hastalıktan korunmaya ilişkin bilgisi olma durumu sorularına verilen cevaplar arasında anlamlı farklılıklar bulunduğu saptanmış, eğitim düzeyi yükseldikçe doğru yanıtlama yüzdesinin artış gösterdiği görölmüştür. Taşkın Yılmaz ve arkadaşlarının göğüs hastalıkları hemşirelerinde yaptığı çalışmada öğrenim durumu ile TB bilgi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

düzeıı puan ortalaması arasında istatıksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu, lise mezunu hemşirelerin puan ortalamasının ön lisans mezunu olan hemşirelerin puan ortalamasına göre anlamlı derecede düşük olduğu görölmüştür (4). Bu bulgulara göre eğitimin, kişilerin bilgi düzeıını arttırdığı ve eğitimin sağlıklı bir toplum olma yolunda en önemli faktörlerden biri olduğunu söylenebilir.

Katılımcıların üçte ikisine yakın bir bölümü veremin en çok akciğerde hastalık yaptığını doğru olarak yanıtlamışlardır. Yardımcı sağlık personelleri ile yapılan ulusal bir çalışmada ise katılımcıların %65,1'i TB'nin en sık akciğerlerde hastalık yaptığını belirtmiştir (5).

Katılımcılar, hastalığın belirtilerinden ilk sırada “uzun süren öksürük”, ikinci sırada “kan tükürme” belirtisini işaretlemişlerdir. Bu iki belirtinin en fazla işaretlenmesinin nedenlerinden biri eski Türk filmlerinde sıkça yer verilen bu hastalığın bu iki belirtiyile özdeşleşmesi olabilir. Katılımcıların yaklaşık beşte biri hastalığın hiçbir belirtisini bilmemektedir; hastalığın türü ve hangi organda hastalık yaptığının bilinmeme yüzdesiyle belirtilerin bilinmeme yüzdesinin birbirine yakın olduğu gözle çarpılmaktadır.

Çalışmada, katılımcıların hastalığın bulaş yolunu doğru bilme yüzdesi %70,6'dır. Tanrıku ve Palancı'nın üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise öğrencilerin %36,8'i hastalığın solunum yoluyla bulaştığını doğru olarak yanıtlamışlardır (6).

Araştırmaya katılanların yaklaşık olarak yarısının veremden korunmak için alınabilecek herhangi bir önlem bilmediği görölmüştür. %31,8 ile temizlik en çok dikkat edilen önlem olarak gözle çarpılmaktadır. Bunu dengeli beslenme ve sigara/alkolden uzak durma izlemektedir. Çalışmada işçilerin verem hastalığından korunma yöntemleri hakkında bilgi düzeılerinin düşük olduğu görölmüştür. İşçilere kurum içi, maske kullanımı hakkında eğitim verilmesinin, hem TB'dan, hem de diğer etkenlerden (toz, mikroorganizmalar, vs.) korunmada etkili olacağını düşünölmektedir.

Eğitimin her alanda olduğu gibi sağlıkla ilgili alanlarda da olumlu değerlerin, bilimsel ve sağlıklı gelişmelerin birey tarafından benimsenmesine ve bunları geliştirmek için bireyin katkıda bulunabilecek yeterliliğe ulaşmasına aktif bir şekilde destek verdiği bilinmektedir. Bu yüzden bulaşıcı hastalıklarla ilgili koruyucu önlemler artırılmalı ve eğitimler, mesleki enfeksiyon riskinin yüksek olduğu her sektörde sürekli ve etkili bir şekilde verilmeye devam edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Verem, temizlik işçileri, bilgi, belediye

Kaynaklar:

1. WHO. Global Tuberculosis Control 2011. Geneva (Switzerland), 2011.
2. Türk Tabipleri Birliği Tüberküloz Raporu, Ankara, Ocak 2012; 13–15.
3. Metcalf CA, Bradshaw D, Stindt WW. Knowledge and beliefs about tuberculosis among non-working women in Ravensmead, Cape Town. *Samj* Vol 77: 408–11, Nisan 1990.
4. Taşkın Yılmaz F, Gülen Tuna A, Çevik Y, Kılıçarslan N. Göğüs hastalıkları hastanesinde görev yapan hemşirelerin tüberküloza ilişkin bilgi düzeıleri. *İstanbul, İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 2011;cilt 19- Sayı 1: 37–44.
5. Köse E, Gencer M. şanlıurfa/Ceylanpınar Devlet Hastanesi Yardımcı Sağlık Personelinin Tüberküloz Bilgi Düzeıı ve Mesleki Risk Algılaması. *şanlıurfa, Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2008;6 (2): 86–92.
6. Tanrıku AÇ, Palancı Y. Kafkas Üniversitesi öğrencilerinde tüberküloz bilinç ve bilgi düzeıı. *Kars, Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2007;5 (1):21–26

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Selda Seçginli¹, Sevgi Çağaltay Kayaoğlu², Semra Erdoğan¹

¹İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, ² İstanbul Ün. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Tüberküloz (TBC), tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Tüberküloz tedavisinde birden fazla ilacın düzenli ve yeterli süre birlikte alınması önemlidir. Tüberküloz tedavisinde uyumun düşük olması nedeniyle, hastaya uygun dozlardaki ilacın, bu konuda eğitim almış bir kişi tarafından her gün gözetim altında içilmesi tedavi başarısını arttırır. Doğrudan gözetimli tedavi (DGT) adı verilen bu tedavide, ilacın düzenli alınması sağlanarak, tedaviye uyum artmakta, ilaç direnci minimuma inmekte ve hızlı iyileşme sağlanmaktadır. Tüberküloz tedavisinde, bulaştırmacılığın kısa sürede önlenerek hasta yakınlarının ve toplumun hastalıktan korunması, oluşabilecek yan etkilerin DGT uygulayan sağlık personeli tarafından erken fark edilmesi gibi unsurlar tedavinin başarısını arttıran önemli faktörlerdendir. Tüberküloz tedavisine uyumun iyi olmaması tüberkülozun yayılmasına, hasta sayısının artmasına ve buna bağlı olarak tedavi maliyetinin artmasına neden olmaktadır (1). Bu nedenle, tüberküloz hastalığının yönetiminde sağlık ekibine ve DGT uygulamasını yapan hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

Tüberküloz tedavisinde DGT uygulamasını sıklıkla hemşireler yapmaktadır. Bu nedenle DGT'nin başarısında hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Bu görevlerden biri, verilen bakımın izlenmesi ve sonuçların raporlandırılmasıdır. Bu da, düzenli ve güvenilir bir kayıt sisteminin kullanılmasını gerektirir. Günümüzde, birçok sağlık alanında olduğu gibi tüberküloz hastalarına yönelik hizmet sunumunda da hemşirelik kayıtları yetersizdir ve standart dile dayalı değildir. Bu, hasta sonuçlarını ve hizmetlerin etkinliğini değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Günümüzde kaliteli veri dokümantasyonu, önceki kayıtlara kolay ulaşım, sağlık kaynak kullanımının iyileştirilmesi, klinik karar vermeyi kolaylaştırma ve bilgi güvenliğini artırma gibi özelliklerinden dolayı sağlık ve hemşirelik bilişim sistemlerinin kullanımı yaygınlaşmıştır. Omaha Sistemi, Amerikan Hemşireler Birliği tarafından kabul edilen ve hemşirelik uygulamalarını destekleyen hemşirelik bilişim sistemlerinden biridir (2). Sistem sağlık problemlerini, girişimlerini ve bakım sonuçlarını basit kodlarla tanımlamakta ve sağlık hizmetlerinin dokümantasyonu için son derece uygun bir yapı sunmaktadır. Bu çalışmada, DGT alan bir grup tüberküloz hastasının Omaha Sistemi kapsamında (1) sağlık problemlerini tanımlamak, (2) problemlerin çözümüne yönelik hemşirelik girişimlerini ortaya koymak ve (3) girişimleri/hasta sonuçlarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Böylece, DGT alan hastalara verilen hemşirelik bakımının manuel formlar yerine, elektronik ortamda bir bilgisayar programı ile kayıt altına alınabileceği ve "Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi"nin kullanılabilirliği değerlendirilmiştir.

GEREK VE YÖNTEM: Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırma, İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde Mayıs-Haziran 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı hastanede yatarak tedavi gören ve tüberküloz yanı sıra diğer hastalıkları da (diyabet, hipertansiyon, KOAH, akciğer kanseri gibi) bulunan 135 tüberküloz hastası, örneklemini tüberküloz tedavisinde DGT alan, ayaktan tedavi edilemeyen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar arasından olasılıksız yöntemle seçilen 30 hasta birey oluşturmuştur. Bilgi güvenliğinin sağlanması amacıyla, toplanan veriler sadece araştırmacının ulaştığı ve şifre ile erişime açılan bir bilgisayarda kayıt edilmiştir. Çalışma için gerekli izinler araştırmanın yapıldığı hastanenin Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu'ndan yazılı olarak, girişimin yapıldığı hastalardan ise sözel olarak alınmıştır.

Omaha Sisteminin üç ana bileşeni bulunmaktadır: 1) Problem Sınıflama Listesi (PSL), 2) Girişim Şeması (GŞ) ve 3) Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ). PSL, birey, aile yada toplum gruplarının var olan yada potansiyel sağlık problemlerinin yer aldığı sistematik bir problemler listesidir. Listede, 42 sağlık problemi, problemin belirti ve bulgusu ile birlikte dört alanda (çevresel, fizyolojik, psikososyal ve sağlık davranışları) listelenmektedir. Sistemde her problem aktüel, potansiyel yada sağlığı geliştirme düzeyinde tanımlanır. Tanımlanan sağlık problemlerine planlanacak girişimler *Girişim Şemasında*, dört kategoride (Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık, Tedavi ve İşlem, Vaka Yönetimi ve Sürveyans) ve 75 hedef ile tanımlanır. PDÖ, her problemin "Bilgi", "Davranış" ve "Durum" düzeyinde değerlendirildiği 5'li likert tipli bir yapıdan oluşmaktadır (3).

Veriler, Omaha Sistemi konusunda eğitim almış doktora öğrencisi tarafından, geçerliği ve güvenilirliğini Erdoğan ve Esin (2006)'nin yaptığı Omaha Sistem formları (PSL, GŞ, PDÖ) ile toplanmıştır. Sırasıyla (1) PSL kullanılarak her hastanın sağlık problemleri belirlenmiş, (2) hemşirelik girişimleri planlanmış, uygulanmış ve Girişim Şemasına kayıt edilmiş, (3) girişimlerin sonuçları PDÖ ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, yaş ortalaması 38.3

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

± 9 (min = 23 max = 58 yaş) olan, yaklaşık yarısı (%47) kırk yaş ve üzerinde olan, çoğu erkek (%77), bekar (%60) ve ilkokul mezunu (%52) olan hastalara verilen hemşirelik bakımı elektronik ortamda dokümanite edilmiştir. Çalışmanın değişkenleri arasındaki ilişki ele alınmamıştır.

Çalışmada, ikinci araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği, anamnez ve gözlem yoluyla toplanan veriler, *Nightingale Notlar* programına kayıt edilmiştir. İlgili bilgisayar programında depolanan verilerin, Excel ve SPSS 14.0 istatistik paket programı kullanılarak tanımlayıcı ve inferentiyal (çıkarsamalı) analizleri yapılmıştır. Çalışmada anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Bu çalışmada, TBC hastalarının bakım gereksinimleri Omaha Sistemi içinde yer alan 11 problem ve problemlere ilişkin 25 belirti/bulgu ile tanımlanmıştır. Belirlenen problemler Fizyolojik (%80), Sağlık Davranışları (%12) ve Psikososyal (%8) alanda yer almıştır. Tamamına yakını (% 92) "Aktüel" türde olan bu problemler sıklık sırasıyla; Bulaşıcı/enfeksiyon durumu (%61), sosyal ilişki (%6), beslenme (%6), solunum (%5), dolaşım (%4), deri (%4), tedavi rejimi (%4), işitme (%4), üriner fonksiyon (%2), konuşma ve dil (%2) ve ruhsal sağlık (%2) ile ilgilidir. Çalışmada toplam 606 hemşirelik girişimi, "Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık"(%44), "Sürveyans" (%33), "Tedavi İşlem" (%18) ve "Vaka Yönetimi" (%5) kategorilerinde yapılmıştır. Çalışmada, 75 Omaha girişim hedefi arasından 31'i seçilmiştir. İlaç etkisi/yan etkisi(%16), enfeksiyon önlemleri(%12), örnek toplama(%12), ilaç yönetimi(%9), belirti/bulgular-fiziksel (%8), anatomi-fizyoloji(%7), belirti bulgular/mental/ emosyonel (%6) hedefleri çalışmada seçilen tüm hedeflerin üçte ikisinden fazlasını oluşturmuştur. Çalışmada tanılanan toplam 11 problemin bakım sonuçları "Bilgi," "Davranış" ve "Durum" düzeyinde değerlendirilmiştir. Buna göre, tüm problemler için Bilgi, Davranış ve Durum düzeyinde ilk ve son değerlendirmeler arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$)

TARTIŞMA/SONUÇ VE ÖNERİLER: Bu çalışma, ülkemizde doğrudan gözetimli tüberküloz tedavisi alan hastalara verilen hemşirelik hizmetinin elektronik ortamda, Omaha Hemşirelik Bilişim Sistemi kullanılarak kayıt edildiği ilk çalışmadır.

Bu çalışmada, TBC tanısı almış 6 aydan uzun süredir kombine ilaç kullanan ve diyabet, hipertansiyon, KOAH, akciğer kanseri gibi hastalıkların da eşlik ettiği örneklem grubunda, *enfeksiyon, laboratuvar sonuçlarında pozitiflik, hiperglisemi, kilo kaybı, ödem,solunum yetmezliği, üriner sistem enfeksiyonu, deride kuruluk, işitme kaybı, sınırlı sosyal ilişki* gibi belirti ve bulgular dikkati çekmiştir. Bu bulgular, klinik ortamda TBC tedavisi alan, örneklem grubuna benzer özellikleri olan vakaların bakım gereksinimleri konusunda sağlık çalışanlarına ipucu vermiştir. Belirlenen problemlerin çözümü için en sık yapılan hemşirelik girişimleri "Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık" ve "Sürveyans" olmuştur. "Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık" girişimleri, sistemin kavramları arasında belirtildiği gibi, hastaların bilgilenmesine, özbakım ve başa çıkma konusunda sorumluluk almasına, hastanın ve ailesinin problem çözmesine yardımcı olmak amacıyla yapılmıştır (2). Tüberkülozun uzun süren kronik bir hastalık olduğu düşünüldüğünde, DGT alan hastaların izleminde kullanılan kombine ilaçların yeterli sürede, sıklıkta alınması ve raporlandırılması özel önem taşımaktadır. Bu nedenle "Sürveyans" kapsamında, hastaların ilaçlarını düzenli ve uygun dozda alma durumu gözlenmiş, hastanın ilaç alma davranışları değerlendirmiş ve kontrol altında tutmak için izlenmiştir (2).

Çalışmada belirlenen problemler bilgi, davranış ve durum düzeyinde değerlendirilmiş ve her üç düzeyde de istatistiksel olarak anlamlı bir artış belirlenmiştir. Bu sonuç, yapılan hemşirelik girişimlerinin, hastaların problemlerine ilişkin bilgi, davranış ve durum düzeylerinde olumlu bir katkı sağladığını göstermektedir. Bu çalışmada, *Nightingale Notlar* programında yer alan ve son yıllarda hemşirelere ve sağlık profesyonellerine problemlerin tanı ve tedavisiyle ilgili klinik kararlarını kolaylaştırmak amacıyla geliştirilen klinik rehberlerden olan "Tüberküloz: DGT" konulu klinik rehberin kullanımının bu durumda etkisi olduğu düşünülmektedir. Hastalığa ilişkin hazırlanmış klinik rehberler ile sağlık problemleri ve yapılacak girişimler kolay, hızlı ve sistematik bir şekilde belirlenir ve bu türlü bir yaklaşımın sonuç değişkenlerini anlamlı yönde değiştirmede önemli etkisi bulunmaktadır (4,5).

Çalışma sonuçları, DGT alan hastaların sağlık problemlerinin belirlenmesinde, uygun girişimlerin planlanmasında ve girişimin etkisinin değerlendirilerek hemşirelik hizmetinin kalitesinin belirlenmesinde DGT uygulayan hemşirelere rehber niteliği taşımaktadır. Tüberküloz hastalarına verilen hemşirelik bakımının Omaha Sistemi'ni içeren bir program ile elektronik ortamda dokümantasyonu, bakımın sürekliliği ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesinde yararlı olmuştur. Bu nedenle, klinik alanda hemşirelik bakımının yönetilmesinde bir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

hemşirelik bilişim sistemi olan Omaha Sistemi'nin elektronik ortamda kullanımı ve çalışmanın daha geniş katılımlı benzer hasta gruplarında tekrarlanması önerilmektedir. Bu şekilde, tüberküloz hastaları ile çalışan hemşirelerin ulusal "Elektronik Tüberküloz Yönetim Sistemi"ne hemşirelik verileri ile katkı yapmaları, elektronik ortamda kullanılacak Omaha Sistemi ile daha kaliteli olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Bilişim, Doğrudan gözetimli tedavi, Hemşirelik, Omaha Sistemi, Tüberküloz

KAYNAKLAR:

1. Özkara Ş, Aktaş Z, Özkan S, Ecevit H. (2003). Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı. Ankara.
2. Martin KS. (2005). The Omaha System: A key to practice, documentation, and information management Reprinted 2nd Ed. Omaha, NE: Health Connections Press.USA.
3. Erdogan S, Esin NM. (2006). The Turkish version of the Omaha System: Its use in practice-based family nursing education. Nurse Education Today. 26(5): 396-402.
4. Monsen KA, Foster DJ, Gomez T, Poulsen J K, Mast J, Westra BL, Fishman E. Evidence-based standardized care plans for use internationally to improve home care practice and population health. Applied Clinical Informatics 2011; 2 (3): 373-384.
5. The Minnesota Omaha System Users Group (MOSUG): <http://omahasystemmn.org/index.php>. 20.07.2012

845

DİYARBAKIR'DA 2010 VE 2011 YILLARINDA YAPILAN AKUT BARSAK ENFEKSİYONLARI GÜNLÜK SÜRVEYANSI

Ali Ceylan¹, Zehra Canpolat², Murat Koç²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,² Diyarbakır Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Bulaşıcı hastalıkların ve salgınların önlenmesinde; olumsuz çevre koşullarının düzeltilmesi yanı sıra vakaların saptanması ve günlük takibi, verilerin değerlendirilmesi ve etken izolasyonu önemli yer tutmaktadır. Bu çalışmanın amacı İl Sağlık Müdürlüğüne yapılan "Akut Barsak Enfeksiyonları (Günlük Sürveyansı" verilerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Sağlık Bakanlığı TSHGM tüm illere gönderdiği 26.04.2010 tarih ve 21887 sayılı yazısında akut barsak enfeksiyonlarının günlük bildirimlerinin yapılmasını ve bunun yıl boyu sürmesini istemiştir. Bu doğrultuda "Akut Barsak Enfeksiyonları (Günlük Sürveyansı" günlük olarak 03 Mayıs 2010' dan itibaren başlanmış, Sağlık Ocakları, Aile hekimleri, yataklı tedavi kurumları ve her türlü özel sağlık kuruluşlarından günlük olarak TSİM'e girilmiştir. Bu çalışmada ilgili kuruluşlarca 2010 ve 2011 yılları Mayıs- Kasım döneminde TSİM'e girilen A09 (enfeksiyöz kaynaklı olduğu tahmin edilen Diyare ve gastroenterit), R11(Bulantı kusma) ve K52 (Enfeksiyöz olmayan diğer gastroenterit ve kolit) ICD10 kodlu hastalıkların sürveyans verileri değerlendirilmiştir.

Bulgular: 2010 yılı verileri değerlendirildiğinde 0-59 aylık çocuklarda enfeksiyöz kaynaklı olduğu tahmin edilen Diyare ve gastroenterit (A09) vaka sayıları; mayıs 4036, haziran 6730, temmuz, 6773, Ağustos 5535, eylül 5432, ekim 2730, kasım 933 olmak üzere toplam 32169 bulunmuştur. Aynı kodlu hastalık için 5 yaş üzerindekielerde bildirilen sayılar; mayıs 5056, haziran 8541, temmuz 8067, Ağustos 6633, eylül 6764, ekim 3004, kasım 1099ve toplam 39164 kadardır. 2011 yılı verileri değerlendirildiğinde 0-59 aylık çocuklarda enfeksiyöz kaynaklı olduğu tahmin edilen Diyare ve gastroenterit (A09) vaka sayıları; mayıs 229, haziran, 623, temmuz, 3074, Ağustos 3144, eylül 2627, ekim 1789, kasım 1542 olmak üzere toplam 14233 kişidir. Aynı hastalık için 5 yaş üzerindekielerde ise; mayıs 141, haziran 721, temmuz 4163, Ağustos 3965, eylül 2916, ekim 1762, kasım 1507 ve toplam 16339

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

vaka bildirimini yapılmıştır. 2010 yılında 0-59 aylık çocuklarda ayda ortalama 4604 ± 2747 vaka görülürken 2011 yılında 1861 ± 1155 vaka bildirilmiş ($p=0.025$), her iki yılda da en çok haziran, temmuz ağustos vaka bildirimini yapılmıştır. 5 yaş üzerindekiilerde 2010 yılında ortalama 5595 ± 2722 vaka, 2011 yılında ise 2139 ± 1568 vaka bildirimini yapılmış ($p=0,026$), aynı şekilde en çok haziran temmuz ağustos aylarında bildirim yapılmıştır.

R11(Bulantı kusma) ICD10 kodu ile 0-59 aylık çocuklarda 2010 yılında; mayıs 879, haziran 807, temmuz 1027, ağustos 834, eylül 1015, ekim 799, kasım 315 ve toplam 5676 vaka bildirilmiştir. Aynı hastalık için 5 yaş üzerindeki vaka sayıları ise mayıs 2011, haziran 2323, temmuz 2408, ağustos 2150, eylül 2349, ekim 2113, kasım 770 ve toplam 14124 vaka bildirimini yapılmıştır. 2011 yılında aynı kodlu hastalık sayıları 0-59 aylık çocuklarda; mayıs 53, haziran 53, temmuz 2917, ağustos 943, eylül 808, ekim 586, kasım 667 ve toplam 6501 olup aynı hastalık sayıları 5 yaş üzerindekiiler için; mayıs 120, haziran 119, temmuz 986, ağustos 994, eylül 766, ekim 529, kasım 523 ve toplam 4668 kadardır.

K52 ICD10 kodlu “Enfeksiyöz olmayan diğer gastroenterit ve kolit” vaka sayıları 2010 yılında; mayıs 726, haziran 1216, temmuz 1601, ağustos 1341, eylül 1256, ekim 739, kasım 243 ve toplam 7122 vaka olup, 5 yaş üzerindeki vaka sayıları ise mayıs 2737, haziran, 4935, temmuz, 5221, Ağustos 4352, eylül 4159, ekim 2769, kasım 1103 ve toplam 25276 kadardır. Aynı hastalık için 2011 yılı vaka sayıları 0-59 aylık çocuklarda; mayıs 21, haziran 21, temmuz 1579, ağustos 2406, eylül 2760, ekim 1722, kasım 1328 ve toplam 10578 olup, 5 yaş üzerindekiilerde ise mayıs 19, haziran, 19, temmuz, 1548, Ağustos 1833, eylül 1436, ekim 759, kasım 601 toplam 784 kadardır.

2010 yılında toplam 2454 gaita kültürü yapılmış olup en sık saptanan etkenler sırasıyla E.histolytica: 659, hepatit A 579 totavirüs 386, salmonella 83 dir. 2011 de ise 10244 gaita kültürü yapılmış ve hepatit A391, rotavirüs 305, E.histolytica 123, salmonella 85 en sık saptanan enfeksiyon etkeni olarak bulunmuştur.

Tartışma sonuç ve öneriler: Sağlık hizmetlerinde planlama yapabilmek, müdahalede bulunabilmek, hizmetleri değerlendirebilmek amacıyla vF712

erilerin süregelen, sistematik olarak toplanması, analizi ve sonuçların ilgili birimlere duyurulması salgınların saptanması ve erken müdahalesi için önemlidir. Nitekim değerlendirdiğimiz verilerde her 3 hastalıkta da yaz aylarında mevsimsel bir artış görülmekle birlikte R11kodlu (bulantı kusma vakaları 0-59 aylık çocuklarda 2011 temmuz ayında bir önceki aya göre vaka sayısı önemli ölçüde artmıştır. Aynı şekilde K52 kodlu Enfeksiyöz olmayan diğer gastroenterit ve kolit vakaları da 2011 temmuz ağustos ve eylül aylarında artmıştır. 2010 yılında enfeksiyon etkeni olarak en çok E.histolytica'nın saptanması ve 2011 dekinin 5 katı fazla olması salgın olabileceğini ve vakaların kişi yer, zaman özelliklerinin incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Verilerin günlük olarak TSİM e girilmesi, bunların ilgili TSM sorumlu hekimleri, Halk Sağlığı Müdürlüğü vb günlük analizi ve değerlendirilmesi halen önemli sağlık sorunu olan bulaşıcı hastalıkların saptanması ve salgınların önlenmesi bakımından önemlidir.

Anahtar kelime: sürveyans, akut barsak enfeksiyonu, A09, K52, R11, Diyarbakır

330

EDİRNE MERKEZ İLÇEDE 2011 YILI KUDUZ ŞÜPHELİ TEMAS OLGULARI

Can Behzat Demirkan¹, Burcu Tokuç¹, Hatice Gül²

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ²Edirne Halk Sağlığı

Müdürlüğü <http://kongre.hasuder.org.tr/index.php/uhsk15/uhsk15/user/email?redirectUrl=http%3A%2F%2Fkongre.hasuder.org.tr%2Findex.php%2Fuhsk15%2Fuhsk15%2Fdirector%2FsubmissionReview%2F330&to%5B%5D=%22Can%20Behzat%20Demirkan%22%20%3Ccbdemirkan%40hotmail.com%3E&to%5B%5D=%22Burcu%20Tokuc%3%A7%22%20%3Cburcutok%40yahoo.com%3E&to%5B%5D=%22Hatice%20Gul%3BCI%22%20%3Cglhatice%40yahoo.com%3E&subject=ED%4%BORNE%20MERKEZ%2>

[0%C4%B0L%C3%87EDE%202011%20YILI%20KUDUZ%20%C5%9E%C3%9CPHEL%C4%B0%20TEMAS%20OLGULARI&paperId=330](http://www.turkceyayinlar.com.tr/0%C4%B0L%C3%87EDE%202011%20YILI%20KUDUZ%20%C5%9E%C3%9CPHEL%C4%B0%20TEMAS%20OLGULARI&paperId=330)

AMAÇ: Bu çalışmada, 2011 yılı içinde Edirne Merkez ilçe ve Köylerinden Edirne Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezine (TSM) bildirilen kuduz şüpheli temas olgularının sosyo-demografik özellikleri, temas eden hayvanın özellikleri ve yapılan profilaktik tedavinin uygunluğu açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Çalışma tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma evrenini Edirne Merkez İlçe TSM'ye 01.01.2011 ile 31.12.2011 tarihleri arasında bildirilen 548 olgu oluşturmaktadır. Olguların sosyo-demografik özellikleri, temas eden hayvanın özellikleri ve yapılan profilaktik tedavinin özellikleri ile ilgili veriler Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Kuduz Şüpheli Temas Olgu İnceleme Formlarından yararlanılarak derlenmiştir. Profilaktik aşı ve tedavi uygulamalarının uygun olup olmadığı Sağlık Bakanlığı Kuduz Koruma ve Kontrol Yönergesine göre değerlendirilmiştir. İstatistik analizler SPSS Ver 17.0 kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR: Olguların %34.1'i kadın, %65.9'u erkek ve yaş ortalaması 32.7±40.9 (min:2 - max:89, med:30.0)'dur. Kuduz şüpheli temas olgularının %13.9'u köylerden, %86.1'i ilçe merkezinden bildirilmiştir. En fazla bildirim 66 olgu ile Mayıs ayında, en az bildirim ise 31 olgu ile Kasım ayında gerçekleşmiştir. Temas eden hayvanların %69.7'si köpek, %27.7'si kedi, %0.7'si tavşan, %0.4'ü at, %0.4'ü fare olarak bildirilmiştir.

Kuduz şüpheli teması olan kişiler için karar verilen tedavi şemasında 515 (%94) formda işaretleme yapılmış olup; bunların %90,7'sine yara bakımı, tetanos profilaksisi ve kuduz aşısı uygulanmasına karar verilmiştir. Bunların %23.2'sine yara bakımı yapıldığı, %18.6'sına tetanoz profilaksisi yapıldığı bildirilmiştir. Tüm olguların %2.7'sine serum uygulaması yapılmıştır. Aşılamaların %26.5'inin Sağlık Bakanlığı Kuduz Koruma ve Kontrol Yönergesine göre uygun olmadığı tespit edilmiştir. Bunların %43.4'ünde aşıya geç başlandığı, %28,2'sinde aşı takvimine uyulmadığı, %27.6'sında aşının tamamlanmadığı belirlenmiştir.

SONUÇ: Kuduz şüpheli temas olgularında uygun profilaksi yaklaşımı oldukça düşük düzeydedir. Fatalitesi çok yüksek olan kuduz hastalığında korunma için aşılamanın yönergeye uygun yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Kuduz Şüpheli Temas, kuduz profilaksisi, Edirne

533

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DÖNEM 4-5 ÖĞRENCİLERİNİN HEPATİT ENFEKSİYONLARI BİLGİLERİ VE AŞILANMA DURUMLARI

Tahir Metin Pişkin¹, tülây bağcı bosı¹, tuğba özsoy², yeşim önal², zeynep burçin yılmaz², cemal ünlü²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ² hacettepe üniversitesi tıp fakültesi

Giriş ve Amaç: Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi (HÜDF) Dönem 4 ve 5 öğrencilerinin hepatit enfeksiyonları hakkında bilgi düzeyleri, aşılama ve dış hekimliği uygulamaları sırasında önlem alma durumlarını incelenmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışmada HÜDF dönem 4-5'te öğrenim gören 204 öğrenciden katılmayı kabul eden 184 öğrenciyle yapılmıştır. Araştırmanın değişkenleri; HÜDF dönem 4-5 öğrencilerinin hepatit enfeksiyonları hakkında bilgi düzeyleri, aşılama ve dış hekimliği uygulamaları sırasında önlem alma durumları ile öğrencilerin; yaşı, cinsiyeti, dönemi, hepatit b ile ilişkili eğitim durumlarıdır. Veriler sosyo-demografik özellikler, Hepatit A, B, C ve E ile ilişkili doğru ve yanlış ifadeler içeren cümleler ve Hepatit B ile ilgili önermelerden oluşan 22 soruluk bir anket formu ile gözlem altında toplanmıştır. Katılımcıların hepatit ile ilgili bilgilerinin değerlendirildiği cümlelerden hepatit bilgi puanı hesaplanmıştır. Öğrencilere hepatitler ile ilgili 32 bilgi cümlesi verilmiş, bu cümlelere verdikleri her doğru yanıt "1 puan" olarak değerlendirilmiştir. Tüm

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

önergeler doğru yanıtlandığında öğrenciler 32 puan almıştır. Ortalama ve ortanca benzer olduğundan puanlar ortanca üzerinden bölünmüş ve katılımcılar iki gruba ayrılmıştır. HÜDF Dekanlığından yazılı izin ve araştırma öncesi katılımcılardan sözel izinleri alınmıştır. Verilerin analizi için tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi ile SPSS 16,0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya %41,8'i (77 kişi) erkek, %58,2'si (107 kişi) kadın olmak üzere toplam 184 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması $22,0 \pm 1,05$ yıldır. Katılımcıların %96,7' si Hepatit B aşısı olmuş ancak öğrencilerden 4 kişi (% 2,2) Hepatit B enfeksiyonu geçirmiştir.

Dönemlere göre Hepatit B aşısı olma durumlarına bakıldığında dönem 4'lerin %97,9'u (95 kişi), dönem 5'lerin %96,6'sı (84 kişi) aşı olmuştur. Hepatit B aşısı olan katılımcıların aşı olmalarını etkileyen faktörler incelendiğinde ise %48'i (77 kişi) "okul zorunluluğu" cevabını verirken, %37,5'i (60 kişi) "enfeksiyon riski" cevabını, %14,5'i (23 kişi) "aile isteği" cevabını vermiştir.

Öğrencilerin hepatitler ile ilgili bilgiler içeren cümlelere verdikleri cevaplar incelendiğinde genel olarak her iki dönemde de Hepatit B ve C ile ilgili cümlelere doğru cevap verme yüzdelerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Katılımcıların tüm hepatit enfeksiyonları bilgi puanı ortalaması $26,45 \pm 3,57$ 'dir. Öğrencilerin %50,2'si 27 ve üzeri puan almışlardır. Hepatitler ile ilgili verilen cümleler etkenlere göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise Hepatit E ile ilgili ifadelerle daha fazla sıklıkla yanlış cevaplar verildiği saptanmıştır. "Hepatit A kirli su ve tuvaletlerden bulaşır" cümlesine dönemlere göre verilen cevaplarda dönem 4'lerin doğru cevaplama yüzdesi dönem 5'lere göre yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır (ki-kare:5,92 p:0,015).

Öğrencilere Hepatit B enfeksiyonunun klinik sonuçları, Hepatit B aşısının koruyuculuğu, önlem gerekliliği ile ilişkili doğru ve yanlış önermeler verilmiştir. Her iki dönemde de öğrencilerin önermelere doğru cevaplama yüzdeleri yüksektir. Öğrencilerin "*Hepatit B karaciğer hastalığıdır*" önermesine dönemlere göre verilen yanıtlardaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve fark dönem 4 öğrencilerinin doğru ve fikrim yok cevaplarından kaynaklanmaktadır (ki kare:7,14 p:0,028).

Dönem 4 ve 5 öğrencilerinde "*Hepatit B aşısı sonrası antikor baktırmaya gerek yoktur*" cümlesine verilen yanıtlardaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve bu fark dönem 4 öğrencilerinin yanlış ve fikrim yok cevaplarından kaynaklanmaktadır (ki kare:7,26 p:0,027).

Dönemlere göre uygulama sırasında önlem alma durumları incelendiğinde dönem 4'lerin %95,9'unun (93 kişi), dönem 5'lerin % 89,7'sinin (78 kişi) koruyucu önlem aldığı, katılımcıların önlem alma durumları Hepatit B ile ilgili eğitim alma kaynaklarıyla karşılaştırıldığında koruyucu önlem alanların (171 kişi) %80' inin (137 kişi) eğitimini okul/dersler aracılığıyla aldığı, % 15,7'sinin (27 kişi) herhangi bir eğitim almadığı, % 4,3' ünün (7 kişi) eğitimini doktordan aldığı saptanmıştır.

Katılımcıların buldukları döneme göre uygulama sırasında koruyucuönlem olarak çift eldiven kullanmaları arasındaki fark istatistiki olarak anlamlıdır ve istatistiksel fark hiçbir zaman kullanmayanlardan kaynaklanmaktadır (ki kare: 7,60 p:0,02).

Öğrencilerinin okudukları döneme göre uygulama sırasında koruyucu önlem olarak maske kullanmaları arasındaki fark anlamlıdır ve bu fark dönem 4'lerin hiçbir zaman ve her zaman seçeneklerinden kaynaklanmaktadır (ki kare:6,10 p:0,047). Katılımcıların okudukları döneme göre uygulama sırasında koruyucu önlem olarak siperli maske kullanmaları arasındaki fark anlamlıdır ve bu fark ise dönem 4'lerin her zaman seçeneğinden kaynaklanmaktadır (ki kare:7,206 p:0,027).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Bu çalışma Mart-Nisan 2012 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi dönem 4 ve 5 öğrencilerinde yapılmıştır. Dönem 4 ve 5 deki öğrenci sayısı toplam 204'tür. Çalışmada dönem 4'ten 97, dönem 5'ten 87 olmak üzere 184 kişiye ulaşılmıştır (% 90).

Katılımcıların 107si kız 77si erkek öğrencidir. Çalışmaya katılan 184 kişiden % 2,2'si (4 kişi) Hepatit B enfeksiyonu geçirmiştir. Avrupa Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin raporunda Türkiye'de genel popülasyonda Hepatit B prevalansı %2-8 olduğu bildirilmiştir (1). Göz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada dış hekimliği öğrencilerinde

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

HBsAg pozitifliğini %3,2 olarak tespit etmişlerdir (2). Katılımcıların aşılama durumları değerlendirildiğinde dönem 4 öğrencilerinin %97,9'u dönem 5 öğrencilerinin %96,6'sı aşı olmuştur. Çakmak ve ark. yaptığı araştırmada doktorların %69,4'ünün Hepatit B aşısı olduğunu, Uzun ve ark. yaptığı çalışmada ise tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlilerinin %88,7'sinin aşı olduğunu görmüşlerdir (3,4). HÜDF'nde öğrencilere kliniğe geçmeden önce zorunlu olarak Hepatit B aşısı uygulanmaktadır. Bu fark zorunlu aşı uygulamasından kaynaklanıyor olabilir. Fakat buna rağmen aşı yaptırmayan bir grubun olması aşı uygulamalarının gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmada öğrencilere Hepatit A, B, C ve E ile ilişkili doğru ve yanlış ifadeler içeren cümleler verilmiş ve ortalama puan $26,45 \pm 3,57$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %50,2'si 27 ve üzeri puan almıştır. Çetin ve ark.'nın yaptıkları çalışmada HBV enfeksiyonu ile ilgili bulaş sorularına %57 sıklığında doğru cevap verilmiştir (5). Hepatitler ile ilgili verilen cümleler etkenlere göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise genellikle Hepatit A ve E ile ilgili ifadelerle yanlış cevaplar verildiği görülmektedir. Bu durum meslek hayatlarında karşılaşma risklerinin yüksek olduğu Hepatit B ve C konusuna daha fazla önem vermelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Dönemlere göre uygulama sırasında önlem alma durumları incelendiğinde dönem 4'lerin %95,9'unun (93 kişi), dönem 5'lerin % 89,7'sinin (78 kişi) koruyucu önlem aldığı görülmüştür. Çetinkaya ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada HBV enfeksiyonunu önlemede kurallara uyma durumları sorulduğunda; %55,6'sı devamlı, %36,5'i ise ara sıra uyduklarını söylemişlerdir (6). Uzun ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise genel önlem alanların yüzdesi 86,3 olarak belirtilmiştir (4). Dönem 5 öğrencilerinde önlem alma yüzdesinin dönem 4'lere göre daha düşük olması dönem 5'lerin kendilerine güvenlerinin artmış olması ile ilişkilendirilebilir. Dönem 4 ve 5'lere uygulamalar sırasında koruyucu önlem alınmasının önemi daha sık anlatılmalıdır.

Sonuç olarak meslek hayatlarında Hepatit B ile karşılaşma riski yüksek olan bu grup Hepatit enfeksiyonları ve bulaşma yolları konusunda temel bir bilgi düzeyine sahiptir. Öğrenciler Hepatit enfeksiyonları ve bulaşma yolları konusunda temel bir bilgi düzeyine sahiptir. Katılımcıların aşı, korunma ilkeleri ve olası yaralanma durumlarında yapılması gerekenler konusunda bilgi düzeyleri arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diş Hekimliği, Öğrenci, Hepatit, Enfeksiyon, Bilgi.

Kaynaklar:

- 1) European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies. September 2010.
- 2) Göz M, Mısırlıgil A, Cengiz A T, ve ark. Tıp ve Diş Hekimliği öğrencilerinde HBsAg araştırılması. İnfeksiyon hastalıkları dergisi 1992; 6: 253.
- 3) Çakmak A, Öztürk M, Kişioğlu AN, Doğan M. "Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının Hepatit-B Enfeksiyonuna Karşı Bağışıklanma Durumları", Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2002; 12: 43-46.
- 4) Uzun E, Akçam F Z, Zengin E, Kişioğlu A N, Yaylı G. "S.D.Ü Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinin Hepatit B enfeksiyonu ile ilgili durumlarının, bilgi düzeylerinin ve tutumlarının değerlendirilmesi", S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2008; 15(1)/ 22-27.
- 5) Akçam Z, Akçam M, Coşkun M, Sünbül M. Hastane personelinin viral hepatitler ve hepatit B aşısı ile ilgili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. Viral Hepatit Dergisi 2003; 8: 32-5.
- 6) Çetinkaya F, Naçar M, Ünal D, Erkorkmaz Ü, Öztürk Y. "Hekim, hekim adayları, hemşire ve laboratuvar teknisyenlerinin hepatit B ile ilgili risk algılamaları", Hastane İnfeksiyonları Dergisi 2000; 4: 112-118.

HASTANELERDE HEPATİT B İMMÜNİZASYONUNA YAKLAŞIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Selma Tosun¹, Ayşe Nur Tuncal¹, Ümmühan Yaren¹, Osman Öztürk², Tuba Nur Özden¹, Galip Köroğlu¹

1Manisa Sağlık Md., 2TC.Sağlık Bakanlığı

Giriş ve Amaç: Hepatit B virüs (HBV) enfeksiyonu ile savaşımında başarıya ulaşabilmek için tüm sağlık basamaklarında HBV immünizasyonunun doğru ve uygun şekilde yapılması; bilgi düzeylerinin ve mevcut uygulamaların gözden geçirilip güncellenmesi gereklidir. Viral Hepatitle Savaşım Derneği ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ortaklığında planlanan bir saha araştırması ile ülke genelinde hastanelerde yapılan HBV aşılama çalışmalarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmanın öncelikli amacı ikinci basamak sağlık kuruluşlarında hepatit B aşılmasına gösterilen özenin ve soğuk zincir hakkındaki bilgi düzeylerinin; ayrıca bebeklere doğumda hepatit B aşısı yapılması ve HBsAg taşıyıcı annelerin bebeklerine doğumda HBIG (hepatit B hiperimmünglobulin) yapılma durumlarının değerlendirilmesidir. Planlanan bu çalışmanın pilot uygulaması Manisa’da yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırma, Temmuz 2011’de Manisa ilinde bulunan kamu, özel ve üniversite hastanelerinde görev yapan başhemsirelere, HBV immünizasyonuna ilişkin hazırlanan yapılandırılmış anket formu uygulanması ile yürütülmüştür. Veriler, SPSS For Windows 16.0 programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılımda gönüllülük esasına uyulmuştur. Araştırmanın evrenini, ilde bulunan 15 devlet hastanesi, 1 üniversite hastanesi ve 8 özel hastane oluşturmaktadır. Anketi bu hastanelerden 22’si yanıtlamıştır (%92). Yanıtlamayan 2 hastane, devlet hastanesi statüsündedir. Hastanede kadın hastalıkları/doğum kliniği bulunan 20 hastanenin %95’inde her yeni doğan bebeğe mutlaka HBV aşısı yapılmakta iken, bir hastanede (%5) 2000gr’ın altındaki bebeklere aşılama yapılmadığını belirtmişlerdir. Doğumda bebeklere yapılan hepatit B aşısının %86’sı sağlık müdürlüğünden tedarik edilmektedir. Gebelikte HBsAg pozitifliği saptanan annelerin bebeklerine (gebelikte veya doğum sırasında HBsAg pozitifliği saptanan) uygulamak üzere hastane eczanesinde hepatit B hiperimmünglobulinin (HBIG) bulundurulma durumu %27’dir. Bulundurmayan hastaneler, ilacı gerektiğinde dış reçete yaparak ya da gebenin ailesi tarafından reçete ile tedariki yoluna gitmektedir. Hastane eczanesinde hepatit B hiperimmünglobulinin (HBIG) varlığı sorulduğunda %55’i hiç bulundurmadıklarını, gerektiğinde dış reçete ettirdiklerini, %28’si sürekli bulundurduklarını belirtmişlerdir. Doğumda yapılan Hepatit B aşısı için her bebeğe aşı kartı verilme oranı %86’dır. Kadın hastalıkları/doğum kliniği olan hastanelerde, başvuran her gebeye mutlaka HBsAg bakılma oranı %95’tir. Çalışmaya katılan hastanelerden sadece altısında enfeksiyon hastalıkları kliniği bulunduğu, ancak beşinde uzman olduğu belirtilmiştir. Enfeksiyon hastalıkları kliniği/polikliniğinde HBV aşısı olup olmadığına ilişkin soruya; klinik bulunan altı hastanenin üçünde aşı bulunmakta iken diğer üçünde aşı bulunmamaktadır. Hastanede HBV aşısı varsa, aşının kimlere uygulandığına ilişkin soruya %78.6’sı kadrolu, şirket çalışanı, temizlik görevlisi dahil tüm personele uygulandığını, %21.4’ü sadece kadrolu hastane çalışanlarına uygulandığını, % 42.9’u stajyerlere de uygulandığını, %14.3’ü polikliniğe başvuran taşıyıcıların yakınlarına ve diğer risk grubundan kişilere de (yani sağlık personeli dışındaki kişilere de) HBV aşısı uygulandığını belirtmişlerdir. HBV aşısının saklama koşulları ve soğuk zincire ilişkin sorularda özellikle özel hastaneler ağırlıklı olmak üzere HBV aşısının donmaya hassasiyetinin ve saklama koşullarının yeterince bilinmediği ve bu konuda eğitime ihtiyaç olduğu gözlenmiştir.

Tartışma /Sonuç ve Öneriler: Devlet hastaneleri ve üniversite hastanesindeki HBV immünizasyonu (HBV aşısı, HBIG yapılması) enfeksiyon hastalıkları uzmanı eksikliği nedeniyle yeterli düzeyde değildir. Aşı soğuk zinciri ve saklama koşulları ile ilgili olarak bilgi güncellemeleri yapılması uygun olacaktır. Önümüzdeki günlerde bu anketin, ülke genelinde yaygın olarak uygulanması ve sonuçlara göre ilgili tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak bilgi güncellemeleri yapılması planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, hastane, immünizasyon.

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN HIV/AIDS'E İLİŞKİN TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Adile Tümer¹, Ökkeş Özgür, Şenol Şimşek

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Giriş ve Amaç: İlk olarak 1981 yılında tanımlanmış olan HIV/AIDS günümüze değin infeksiyon hastalıkları arasında en çok ilgi çekenlerden biri olmuştur. İlk tanımlandığı yıllardan günümüze kadar teşhis edilen olgu sayılarında belirgin bir artış olmuştur (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Aralık 2010 itibarıyla dünyada 33.3 milyon HIV-pozitif olgu mevcut olup, 2 milyon civarında AIDS ile ilişkili ölüm bildirilmektedir. Bu rakamlar sorunun boyutunun anlaşılması açısından oldukça dikkat çekicidir. HIV/AIDS ülkemiz için de oldukça önemli bir sağlık sorunudur. T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1985 yılından Aralık 2010'a kadar bildirilen toplam HIV/AIDS olgusu sayısı 4177'dir (4). HIV/AIDS'li bireylere yönelik toplumun duygusal tepkileri, infeksiyonun klinik seyri, kötü oluşu, ölüm ve ölüm süreci ile ilgili kültürel tutumlar, korkular, ölümcül hastalıklardan uzak durma eğilimi ile ilişkilidir.

HIV'le bulaşmanın, önyargı ve damgalamanın azaltılmasına yönelik gerçekleştirilecek çalışmalarda hemşireler temel insan gücü olarak bildirilmektedir (2). Sağlık sisteminin ayrılmaz parçası olan hemşirelerin HIV/AIDS hastalığı konusunda birey, grup ve topluma bilgilendirme ve danışmanlık yapmak, hasta bireylere karşı olumlu tutum sergilemek ve bakım vermek gibi sorumlulukları vardır. O nedenle hemşirelik öğrencilerinin, hızla yayılan HIV/AIDS hastalığı hakkında kapsamlı eğitim almaları zorunludur. Öğrencilerin bilinçlenmesi HIV/AIDS'e ilişkin olumlu tutum geliştirmelerine katkı sağlayacaktır.

Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin HIV/AIDS'e ilişkin tutumlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanan araştırma, 2009-2010

Eğitim-Öğretim Yılında Muğla Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde (birinci ve dördüncü sınıf) okuyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan toplam 190 öğrencinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın verileri 01-08 Ekim 2010 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından sınıf ortamında anket yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplamada; sosyo-demografik soru formu ve HIV/AIDS tutum ölçeği kullanılmıştır. Sosyo-demografik soru formunda; yaş, cinsiyet, sınıf, anne-baba eğitim düzeyi, gelir durumu, yaşadığı bölge, HIV/AIDS'li birey tanıyıp tanımadığı gibi özellikleri belirlemeye ilişkin sorular yer almıştır. HIV/AIDS Tutum Ölçeği, 2006 yılında Zeren tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek öğrencilerin HIV/AIDS'e karşı olan tutumlarını ölçer. Ölçek, toplam 19 sorudan oluşmuştur ve üç alt boyutu vardır (cinsel kalıp ve yargılar, cinsel risk alma, HIV/AIDS'li kişilerden kaçınma). Ölçeğin Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.79 olarak hesaplanmıştır. HIV/AIDS Tutum Ölçeği değerlendirilmesinde ölçekten alınan toplam puan kriter alınabileceği gibi, ölçekteki alt grup bağımsız olarak değerlendirilerek daha spesifik HIV/AIDS tutumları araştırılabilir. HIV/AIDS Tutum Ölçeğinde 12 olumlu, 7 olumsuz (ters yönlü) madde bulunmaktadır. Yanıtlar dört seçenekten oluşmuştur (hiç uygun değil, biraz uygun, oldukça uygun, tamamen uygun). Ölçekten alınacak en yüksek toplam puan 76, en düşük puan ise 19'dur. Ölçekten alınan puanların düşük oluşu HIV/AIDS'e yönelik olumsuz tutum, yüksek oluşu ise olumlu tutum anlamını taşımaktadır.

Verilerin analizi; SPSS 14.0 paket programında, tanımlayıcı istatistikler (sayı ve yüzde dağılımı, ortalama) ve t testi ile yapılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin, katılımcılardan sözel onam alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının 20.36 ± 2.24 , %69.5'inin kadın, %57.9'unun birinci sınıfta okuduğu

saptanmıştır. Annelerinin %52.1'inin, babalarının %41.6'sinin

ilkokul mezunu olduğu ve %45.3'ünün aile gelir durumunu, gelir-gidire eşit olarak ifade ettiği belirlenmiştir.

Öğrencilerin %96.2'sinin HIV/AIDS'li tanıdıklarının olmadığı saptanmıştır.

HIV/AIDS tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; HIV/AIDS'li kişilerden kaçınma 20.71 ± 3.98 , cinsel kalıp ve yargılar 16.06 ± 2.78 , cinsel risk alma 14.84 ± 3.52 ve ölçek toplam puanı 44.64 ± 6.24 olarak belirlenmiştir.

HIV/AIDS tutum ölçeği toplam puan ortalaması ve cinsel risk alma alt boyut puan ortalaması erkeklerde kadınlara oranla daha

yüksektir ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). HIV/AIDS'li kişi tanıdığı olan öğrencilerin, diğerleriyle karşılaştırıldığında, HIV/AIDS'li kişilerden kaçınma, cinsel risk alma ve ölçek toplam

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

puan ortalaması daha yüksektir ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerin HIV/AIDS tutum ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tartışma: HIV/AIDS, halen dünyada korku, yanlış anlama, yanlış bilgilendirme ve ayrımcılık yaratmaya devam etmektedir. Herhangi bir şekilde hastalıktan etkilenmemiş çok az sayıda hemşirelik öğrencisi vardır. Araştırmaya katılan öğrencilerin HIV/AIDS tutum ölçeği toplam puan ortalaması 44.64 ± 6.24 bulunmuştur. Alt boyutlardan en yüksek puan ortalamasının HIV/AIDS'li kişilerden kaçınmaya ait olduğu (20.71 ± 3.98), bunu sırası ile cinsel kalıp ve yargılar (16.06 ± 2.78) ve cinsel risk almanın (14.84 ± 3.52) izlediği saptanmıştır. Araştırmamızın bulgusu Altunkaynak ve arkadaşlarının araştırma bulgusu ile benzerlik, Zeren'in araştırma bulgusu ile farklılık göstermektedir (1,5). Hemşirelik öğrencilerinin HIV/AIDS tutum ölçeği toplam puan ortalamasının orta düzeyde olması, bir başka deyişle istendik düzeyde olumlu tutum sergilenmemesi sosyal önyargılar ile açıklanabilir. AIDS denince ilk akla gelenler ölüm, cinsellik, homoseksüellik gibi kaygı, korku içeren sözcüklerdir. Olumsuz tutumlar, inanışlar, değer yargıları ya da HIV hakkındaki yanlış bilgiler, sağlık hizmeti verenlerin HIV/AIDS ile yaşayanlara ve ailelerine karşı etkili sağlık hizmeti verme yeteneklerini kısıtlamaktadır. Hemşirelik öğrencileri ve hemşireler HIV/AIDS'e karşı tutumlarını, değerlerini ve inançlarını değerlendirmelidirler. Çeşitli belgeler HIV/AIDS ile yaşayan hastalara bakımı reddeden ve ayrımcılığa giden insanların başında sağlık çalışanlarının olduğunu düşündürmektedir. Bu kabul edilemez bir durumdur. Bununla birlikte, sadece olumsuz düşünce, his ve davranışların uzun süreli tartışma ve değerlendirmeleri sonucunda değişiklik sağlanabilecektir. Bu başarıya kişisel ya da grup desteği ile ulaşılabilir.

Sonuç ve Öneriler: Araştırmada öğrencilerin HIV/AIDS'e ilişkin tutum puanlarının orta düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Hemşirelik öğrencilerinde HIV/AIDS farkındalığı oluşturarak olumlu tutum ve davranış geliştirilmesi yararlı olacaktır. Ülkemizde henüz sayıları binlerle ifade edilen HIV/AIDS vakaları için, hasta sayıları milyonları bulan ülkelere örnek olarak korunmayı öğrenmek, öğretmek ve davranış değişikliğinde bulunulmasını sağlamak herkesin görevi olmalıdır. En önemlisi de HIV pozitif kişileri toplumdan dışlamadan hep beraber elele vererek yaşamalıyız ki, bu hastalığa karşı mücadele edebilelim.

Anahtar Sözcükler: HIV/AIDS, Hemşirelik Öğrencisi, Tutum

Kaynaklar:

1. Altunkaynak İÇ, Kırcan N, Tümer A. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin HIV/ AIDS'e Yönelik Tutumlarının İncelenmesi, Poster Bildiri, 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, Balçova Termal Otel, İZMİR.
2. Bulduk S, Esin N, Umut N(2006). Adölesanların HIV/AIDS Bilgi Düzeyleri ve Hastalığa Karşı Sosyal Önyargıları. Sted 2006; 15(8):139-142
3. Kaya S, Yılmaz G, Erensoy Ş, Arslan M, İftihar K. HIV/AIDS'li 36 Olgunun Retrospektif Analizi. Klimik Dergisi 2011;24(1):11-16
4. Tümer A. Dünyada ve Türkiye'de Güncel Verilerle HIV/AIDS. Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi [erişim 18 Haziran 2012]. <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr>
5. Zeren ŞG. HIV/AIDS'e Yönelik Psiko-Eğitim Programının Üniversiteye Yeni Başlayan Ergenlerin HIV/AIDS' e Yönelik Tutumlarına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, 2006

865

Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Kuduz aşı merkezine başvuran olguların değerlendirilmesi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Alparslan Şeker, Zehra İncedal, Mehmet Sağıroğlu, İskender Gün, Osman Günay

Erciyes Üniv.

Giriş ve Amaç: Kuduz, evcil ve vahşi hayvanlar tarafından bulaştırılan ve hastalığın belirtilerinden herhangi biri geliştiğinde hem insanlar hem de hayvanlar için öldürücü olan zoonotik bir viral hastalıktır (1).

Kuduz virüsü; rhabdoviridae ailesine mensup, Lyssavirüs cinsinden bir virüstür ve hastalık iki farklı epidemiyolojik formda bulunur; birincisi genellikle köpekler ve kedigillerden bulaşmanın esas olduğu ve daha ziyade gelişmekte ülkelerde görülen şeklidir. İkincisi ise salvatik form olarak adlandırılır ve Amerika Birleşik Devletleri örneğinde olduğu gibi, gelişmiş ülkelerde görülen, yarasa gibi çok farklı hayvan türlerinden ve genelde yaban hayvanlarından, inhalasyon yolu da dahil olmak üzere daha az dikkat çekecek yollarla bulaşmanın olduğu şekildir (2). Dünya Sağlık Örgütü, dünya genelinde kuduzla ilgili ölümlerin yılda 55.000'den fazla olduğunu ve yılda yaklaşık 15 milyon insana temas sonrası profilaksi uygulandığını tahmin etmektedir (3). Türkiye'de 2006 yılında 143.915 riskli temas bildirilmiş ve kuduz riskli temasın yıllık insidansı yüzbinde 218,7 olarak bulunmuştur. Türkiye'de, 1980–2006 yılları arasında, kuduzla ilgili toplam 247 ölüm olgusu bildirilmiştir (4).

Bu araştırma, Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi'ne başvuran kuduz riskli temas olgularının sosyo-demografik ve riskli temas özelliklerini belirlemek ve kuduz riskli temas sonrası profilaksi yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmanın evrenini, 01 Mayıs 2011–30 Nisan 2012 tarihleri arasında Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Kuduz Aşı Merkezi'ne başvuran 669 olgunun kayıtları oluşturmaktadır. Araştırmada, örnekleme yapılmamış, 669 olgunun tamamı araştırma kapsamına alındı.

Kuduz Aşı Merkezi'ndeki kayıtlardan, başvuran kişilerin yaş, cinsiyet, yerleşim yeri, temas edilen vücut bölgesi, ısırılan hayvanın cinsi, hayvanın sahipli olup olmadığı, hayvanın aşıli olup olmadığı ve kişiye kuduz profilaksisi uygulanıp uygulanmadığı incelendi.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 15.0 programı yardımıyla değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizinde ki kare testi kullanıldı. $P < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan 669 olgunun yaş ortalaması 29.4 ± 19.2 olup, olguların 2 ile 82 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Olguların %38.4'ünün 18 yaşın altında olduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde ilk sırada %26.6 ile 9–18 yaş grubunun olduğu ve %17.8 ile 19–28 yaş grubunun ikinci sırada olduğu bulunmuştur. Başvuruların %83.3'ü erkek, %16.7'si kadındır. Erkek olguların oranı kadınlardan önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($P < 0.001$). Başvuruların %98.8'i Kayseri'den, %1.2'si başka bir ilden yapılmıştır. Başvurular aylara göre incelendiğinde en sık başvurular %14.3 ile Temmuz, %10.5 ile Haziran, %10.0 ile Ekim ayında gerçekleşmiştir. Olgular mevsimlere göre incelendiğinde olguların %34.2'si yaz mevsiminde, %25.5'i son baharda, %22.3'ü ilk baharda, %17.9'u kış mevsiminde meydana gelmiştir. Mevsimler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0.001$).

Başvuran olguların temas bölgeleri %57,8 ile üst ekstremitelere, %31,6 ile alt ekstremitelere, %6,7 ile baş-boyun, %3,9 ile gövde şeklinde sıralanmıştır. Olguların %55.2'sinde temas çıplak deriden, %44.8 olguda elbise üzerinden olmuştur. Olguların %67.6'sı aşıdan önce herhangi bir kimyasal veya antiseptik uygulamış iken, %32.4'ü uygulamamıştır. Olguların %72.0'ı hayvan saldırısına ani olarak uğrarken, %25.3'ü hayvanla oynarken ve %2.7'si hayvanı beslerken saldırıya uğramıştır. Olgular, ısırılan hayvanlar açısından değerlendirildiğinde, hayvanların %72.9'u sahipli, %27.1'i sahipsiz olduğu belirlenmiş ve bu hayvanların da %79.5'inin köpek, %18.7'sinin kedi ve %1.8'inin vahşi hayvan olduğu tespit edilmiştir. Olguların %72.8'inde hayvan kuduz belirtisi göstermemiş iken, %27.2'sinde şüpheli olarak bulunmuştur. Hayvanların %73.7'si gözetim altına alınmış ve gözetim altına alınan hayvanların tamamının 10 günün sonunda yaşadığı belirtilmiştir.

Temas sonrası olguların %95.7'si aşı takvimine alınmış, %4.3'ü ise alınmamıştır. Sahipli hayvanlar ile temas olgularının %94.3'ü aşı takvimine alınmışken, sahipsiz hayvanlar ile temas olgularının %99.4'ü aşı takvimine

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

alınmış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P=0.003$). Aşı takvimine alınmayanların %89.7'si köpeğin kuduz aşılı tam olduğu için, %10.3'ü 2 yıl içerisinde kuduz aşısı olduğu için aşı takvimine alınmamıştır. Aşı takvimine alınan olguların %73.3'üne 3 doz, %26.7'sine 5 doz insan diploid hücre kültürü aşısı (HDCV) uygulanmıştır. Tüm olguların %3.3'üne kuduz antiserumu uygulaması yapılmıştır. 31 olguda aşı programına ara verilmiştir. Bunların %77.4'ü kalan aşılı başka bir merkezde yaptıracak olması nedeniyle, %22.6'sı ise doktor isteğiyle aşı programının kesilmesi nedeniyle gerçekleşmiştir. Aşı takvimine alınan olguların %87.7'si aşı tarihlerine zamanında gelmiş, %12.1'i aksatmış ve %0.2'si hiç gelmemiştir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Çalışmada yer alan kuduz riskli temas olgularının çoğunluğunun genç yaşlarda ve erkek olduğu, %38.4'ünün 18 yaş altında olduğu, olguların en sık yaz ve bahar mevsimlerinde görüldüğü saptanmıştır. Riskli temaslara neden olan başlıca hayvanın köpek olduğu ve olguların yarısından fazlasında üst ekstremite teması olduğu saptanmıştır. Riskli temasa neden olan hayvanların %72.9'unun sahipli, %27.1'inin sahipsiz olduğu tespit edilmiştir. Sahipli hayvanlar ile temas olgularının %94.3'ü aşı takvimine alındığı tespit edilmiştir. Bu veriler, sahipli hayvanların çoğunluğunun kuduz aşısı olmadığını göstermektedir.

Evcil veya sahipli hayvan kuduzunun kontrol altına alındığı gelişmiş ülkelerde yabancı hayvan kuduzu ön plana çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada ülkemizdeki duruma benzer bir şekilde ısırık olgularının %81'inden köpekler, %13'ünden kediler sorumlu tutulmuştur. Ancak, bu çalışmadan farklı olarak tüm ısırık olgularının sadece %6.7'sinde aşılama yapılmış olup, köpek ısırıklarının %5.9'unda ve kedi ısırıklarının %7.8'inde aşılama yapılmamıştır (5). Bu sonuçlar evcil hayvan kuduzunun kontrolü açısından Türkiye'yi gelişmiş ülkeler sınıflamasının dışında bırakmaktadır.

Bu çalışmadan elde edilen veriler, araştırma bölgesinde kuduz riskli temasın halen önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Bu sorunun en önemli nedeni, sahipli köpek ve kedilerin hepsine kuduz aşısı yaptırılmamasıdır. Temas sonrası profilaksi sayesinde, kuduz

Giriş ve Amaç: Kuduz, evcil ve vahşi hayvanlar tarafından bulaştırılan ve hastalığın belirtilerinden herhangi biri geliştiğinde hem insanlar hem de hayvanlar için öldürücü olan zoonotik bir viral hastalıktır (1).

Kuduz virüsü; rhabdoviridae ailesine mensup, Lyssavirüs cinsinden bir virüstür ve hastalık iki farklı epidemiyolojik formda bulunur; birincisi genellikle köpekler ve kedigillerden bulaşmanın esas olduğu ve daha ziyade gelişmekte olan ülkelerde görülen şeklidir. İkincisi ise salvatik form olarak adlandırılır ve Amerika Birleşik Devletleri örneğinde olduğu gibi, gelişmiş ülkelerde görülen, yarasaya gibi çok farklı hayvan türlerinden ve genelde yabancı hayvanlarından, inhalasyon yolu da dahil olmak üzere daha az dikkat çekecek yollarla bulaşmanın olduğu şekildedir (2). Dünya Sağlık Örgütü, dünya genelinde kuduzla ilgili ölümlerin yılda 55.000'den fazla olduğunu ve yılda yaklaşık 15 milyon insana temas sonrası profilaksi uygulandığını tahmin etmektedir (3). Türkiye'de 2006 yılında 143.915 riskli temas bildirilmiş ve kuduz riskli temasın yıllık insidansı yüzde 218,7 olarak bulunmuştur. Türkiye'de, 1980–2006 yılları arasında, kuduzla ilgili toplam 247 ölüm olgusu bildirilmiştir (4).

Bu araştırma, Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi'ne başvuran kuduz riskli temas olgularının sosyo-demografik ve riskli temas özelliklerini belirlemek ve kuduz riskli temas sonrası profilaksi yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmanın evrenini, 01 Mayıs 2011–30 Nisan 2012 tarihleri arasında Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Kuduz Aşı Merkezi'ne başvuran 669 olgunun kayıtları oluşturmaktadır. Araştırmada, örnekleme yapılmamış, 669 olgunun tamamı araştırma kapsamına alındı.

Kuduz Aşı Merkezi'ndeki kayıtlardan, başvuran kişilerin yaş, cinsiyet, yerleşim yeri, temas edilen vücut bölgesi, ısırık hayvanın cinsi, hayvanın sahipli olup olmadığı, hayvanın aşılanmış olup olmadığı ve kişiye kuduz profilaksisi uygulanıp uygulanmadığı incelendi.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 15.0 programı yardımıyla değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizinde ki kare testi kullanıldı. $P<0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan 669 olgunun yaş ortalaması 29.4 ± 19.2 olup, olguların 2 ile 82 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Olguların %38.4'ünün 18 yaşın altında olduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde ilk sırada %26.6 ile 9–18 yaş grubunun olduğu ve %17.8 ile 19–28 yaş grubunun ikinci sırada olduğu bulunmuştur. Başvuruların %83.3'ü erkek, %16.7'si kadındır. Erkek olguların oranı kadınlardan önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($P < 0.001$). Başvuruların %98.8'i Kayseri'den, %1.2'si başka bir ilden yapılmıştır. Başvurular aylara göre incelendiğinde en sık başvurular %14.3 ile Temmuz, %10.5 ile Haziran, %10.0 ile Ekim ayında gerçekleşmiştir. Olgular mevsimlere göre incelendiğinde olguların %34.2'si yaz mevsiminde, %25.5'i son baharda, %22.3'ü ilk baharda, %17.9'u kış mevsiminde meydana gelmiştir. Mevsimler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0.001$).

Başvuran olguların temas bölgeleri %57,8 ile üst ekstremitte, %31,6 ile alt ekstremitte, %6,7 ile baş-boyun, %3,9 ile gövde şeklinde sıralanmıştır. Olguların %55.2'sinde temas çıplak deriden, %44.8 olguda elbise üzerinden olmuştur. Olguların %67.6'sı aşidan önce herhangi bir kimyasal veya antiseptik uygulamış iken, %32.4'ü uygulamamıştır. Olguların %72.0'ı hayvan saldırısına ani olarak uğrarken, %25.3'ü hayvanla oynarken ve %2.7'si hayvanı beslerken saldırıya uğramıştır. Olgular, ısırılan hayvanlar açısından değerlendirildiğinde, hayvanların %72.9'u sahipli, %27.1'i sahipsiz olduğu belirlenmiş ve bu hayvanların da %79.5'inin köpek, %18.7'sinin kedi ve %1.8'inin vahşi hayvan olduğu tespit edilmiştir. Olguların %72.8'inde hayvan kuduz belirtisi göstermemiş iken, %27.2'sinde şüpheli olarak bulunmuştur. Hayvanların %73.7'si gözetim altına alınmış ve gözetim altına alınan hayvanların tamamının 10 günün sonunda yaşadığı belirtilmiştir.

Temas sonrası olguların %95.7'si aşı takvimine alınmış, %4.3'ü ise alınmamıştır. Sahipli hayvanlar ile temas olgularının %94.3'ü aşı takvimine alınmışken, sahipsiz hayvanlar ile temas olgularının %99.4'ü aşı takvimine alınmış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P = 0.003$). Aşı takvimine alınmayanların %89.7'si köpeğin kuduz aşısı tam olduğu için, %10.3'ü 2 yıl içerisinde kuduz aşısı olduğu için aşı takvimine alınmamıştır. Aşı takvimine alınan olguların %73.3'üne 3 doz, %26.7'sine 5 doz insan diploid hücre kültürü aşısı (HDCV) uygulanmıştır. Tüm olguların %3.3'üne kuduz antiserumu uygulaması yapılmıştır. 31 olguda aşı programına ara verilmiştir. Bunların %77.4'ü kalan aşılarını başka bir merkezde yaptıracak olması nedeniyle, %22.6'sı ise doktor istemiyle aşı programının kesilmesi nedeniyle gerçekleşmiştir. Aşı takvimine alınan olguların %87.7'si aşı tarihlerine zamanında gelmiş, %12.1'i aksatmış ve %0.2'si hiç gelmemiştir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Çalışmada yer alan kuduz riskli temas olgularının çoğunluğunun genç yaşlarda ve erkek olduğu, %38.4'ünün 18 yaş altında olduğu, olguların en sık yaz ve bahar mevsimlerinde görüldüğü saptanmıştır. Riskli temaslara neden olan başlıca hayvanın köpek olduğu ve olguların yarısından fazlasında üst ekstremitte teması olduğu saptanmıştır. Riskli temasa neden olan hayvanların %72.9'unun sahipli, %27.1'inin sahipsiz olduğu tespit edilmiştir. Sahipli hayvanlar ile temas olgularının %94.3'ü aşı takvimine alındığı tespit edilmiştir. Bu veriler, sahipli hayvanların çoğunluğunun kuduz aşısı olmadığını göstermektedir.

Evcil veya sahipli hayvan kuduzunun kontrol altına alındığı gelişmiş ülkelerde yabancı hayvan kuduzu ön plana çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada ülkemizdeki duruma benzer bir şekilde ısırık olgularının %81'inden köpekler, %13'ünden kediler sorumlu tutulmuştur. Ancak, bu çalışmadan farklı olarak tüm ısırık olgularının sadece %6.7'sinde aşılamaya yapılmış olup, köpek ısırıklarının %5.9'unda ve kedi ısırıklarının %7.8'inde aşılamaya gerek duyulmuştur. Yarasa, rakun gibi vahşi hayvan ısırıklarında ise olguların %80'inde aşılamaya yapılmıştır (5). Bu sonuçlar evcil hayvan kuduzunun kontrolü açısından Türkiye'yi gelişmiş ülkeler sınıflamasının dışında bırakmaktadır.

Bu çalışmadan elde edilen veriler, araştırma bölgesinde kuduz riskli temasın halen önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Busorunun en önemli nedeni, sahipli köpek ve kedilerin hepsine kuduz aşısı yaptırılmamasıdır. Temas sonrası profilaksi sayesinde, kuduz

olguları büyük ölçüde önlenirse bile, kuduz riskli temas, önemli ölçüde zaman ve para kaybına ve bireylerde endişeye yol açmaktadır.

Kuduz riskli temaslarda etkin koruma ve kontrol için sağlık personelinin bilgisi ve toplumun farkındalığı artırılmalıdır. Çocuk ve genç yaş gruplarına kuduz ve riskli temaslara konusunda eğitim verilmelidir. Bütün kedi ve köpeklerin sahipli olması, sahipli olanların da kuduz aşısının yaptırılması sağlanmalıdır. Evcil hayvanların yabancı hayvanlarla teması önlenmelidir. Bu yollarla evcil hayvanlardaki kuduz önlenmeli, aynı zamanda kuduzun

yabani hayvanlar arasındaki dolaşımını önleyecek önlemler alınmalıdır. Yabani hayvanlarla temas riski yüksek olan bireylere temas öncesi kuduz aşısı yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kuduz, kuduz riskli temas, kuduz aşısı, profilaksi

Kaynaklar: Nesanır N. Türkiye’de henüz çözülemeyen bir sorun: Kuduz riskli temas olguları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006; 12: 202–206.

1. Kanra G, Kara A. Kuduz; patogenezi, tanı ve profilaksi. Hacettepe Tıp Dergisi 2001; 32: 114–124.
2. WHO Media Center. Rabies. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/en/>. (Erişim Tarihi: 18.07.2012).
3. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Kuduz Şüpheli Isırık Görülme ve Kuduz Mortalite Hızları, Türkiye, 1980–2006. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006.
4. Moran GJ, Talan DA, Mower W, et al. Appropriateness of rabies postexposure prophylaxis treatment for animal exposures. *JAMA*. 2000; 284(8): 1001–1007.

882

KIRKLARELİ VE TEKİRDAĞ’DA PANDEMİK GRİP? HASTANE, YOĞUN BAKIM, ŞİFA ve DİĞER FAKTÖRLER

Çiğdem Cerit¹, Muzaffer Eskiocak²

¹ Kırklareli İl Sağlık Müdür Yardımcısı, ² Prof.Dr.,Trakya Üniversitesi Halk sağlığı AD

GİRİŞ/AMAÇ:11 Haziran 2009 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü yeni bir İnfluenza A/H1N1 virüsünün dünyadaki etkinliğini Pandemi olarak resmen ilan etti. İzleyen süreçte ülkemizde olduğu gibi Kırklareli ve Tekirdağ illerinde yatarak tedavi gören, İnfluenza A H1N1 etkenli Grip tanısı almış vakalarda artış gözlemlendi. Bu incelemeyle pandemik grip nedeniyle Kırklareli-Tekirdağ illerinde hastanede yatarak tedavi görenlerin sosyoekonomik durumlarıyla pandemik grip ilişkisini araştırmak, hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarını, hastalık sürecindeki uygulamaları değerlendirmek, halen pandemilerin beklendiği dünyamızda verilerin ilgililerle bilimsel ortamda paylaşılması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM:Bu çalışma, kayıtlar üzerinden, yüzyüze görüşme tekniğiyle yapılmış, tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma Kırklareli-Tekirdağ illerinde 01.06.2010-23.11.2010 tarihleri arasında Kırklareli ve Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Sağlık Grup Başkanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Şubesinde yürütülmüştür. Yatan hastaların tespiti, ICD-10 tanı sisteminde J09, J10, J11 olarak kodlanan, İnfluenza teşhisiyle kamu hastanelerinde yatan hastalar otomasyon sisteminden süzülerek yapılmıştır. Hastanede yatan İnfluenza teşhisi alan hastaların tamamı çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmada kullanılan anket formu Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. ile Kırklareli, Tekirdağ Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesinin katkılarıyla geliştirilmiştir. Anket Araştırmaya Katılanların Bazı Demografik ve Sosyo-Ekonomik Bilgileri, Tıbbi Özgeçmişi, Sağlık Hizmetlerine Ulaşımı ve Hastalık Hakkındaki Bilgi Kaynakları, Hastane Sürecindeki Sağlık Uygulamaları Hakkındaki Görüşlerini içeren 4 bölümden oluşmuştur. Araştırmaya dahil edilmesi planlananlara, eğitilmiş anketörler yüzyüze görüşme tekniğiyle anket uygulamışlardır. Araştırmada yüzde dağılımları verilmiş, kategorik değişkenler arası ilişkiler ki-kare testiyle ölçülmüştür. Verilerin analizi SPSS İstatistik Paket Programıyla yapılmıştır. Araştırma için gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılanlardan sözlü onam alınmıştır.

BULGULAR:Kırklareli ve Tekirdağ illerinde 2009 Pandemi İnfluenza teşhisiyle tanı almış 177 kişi araştırmaya alınmıştır. Araştırma grubunun 108’i Kırklareli ilinde, 69’u Tekirdağ ilinde ikamet etmektedir. Araştırmaya

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

alınanların 172'si şifa ile taburcu edilmiş, 5'i Pandemik H1N1 tanısıyla hayatını kaybetmiştir. %45'si (n=80) kadın, %51'i (n=90) erkektir. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 21 (SS±17,6; ortanca:16,54; alt değer:1;üst değer:76)'dir. Araştırmaya katılanların %44'ü (n=78) 14 yaş altında, %48,6'sı (n=86) 15-64 yaş aralığında, %3,4'ü (n=6) 65 yaş üzerindedir.

Araştırmaya alınanların %35'i (n=62) evli, %28'i (n=50) okur yazar değil, %47,5'i (n=84) ilköğretim, %23,2'si (n=41) lise ve üzeri okul mezunudur.

Araştırmaya katılanların hanelerinde yaşayan kişi ortalaması 3.98 (SS±1,48; ortanca:4; alt değer:1;üst değer:12) olarak tespit edilmiştir. Kullanma suyu olarak %84 oranında (n=149) şebeke suyu kullanılırken, %50 oranında (n=90) içme suyu olarak şebekenin kullanıldığı görülmüştür. Isınma sistemi olarak %59 (n=104) soba kullanılırken, 113 kişi (%63.8) oturduğu evin kendi malı olduğunu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların %93,8'inin sosyal güvencesinin olduğu, %88,7'sinin hem sağlık, hem de sosyal güvencesinin olduğu görülmüşken, %13,6'sının (n:24) işsiz olduğu anlaşılmıştır.

18 yaş altı 84 çocuğun bulunduğu hanelerin 12'sinde baba işsiz, 58'inde anne işsizdir. Yine bu çocukların bulunduğu hanede babalar %34,5 oranında (n:29) lise mezunu iken, aynı oranda anneler ilköğretim mezunudur.

Eve anne veya babadan başka gelir getiren kişi/kişilerin varlığı, 41 hanede (%23,2) tespit edilmiştir. Varsa yardımlar dahil ailelerin hane başına gelir ortalaması 1494 TL;SS±1366TL; ortanca:1000TL; alt değer-üst değer:300-7000TL olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihteki yoksulluk sınırı ve altı, yoksulluk sınırının 2-5 katı ve yoksulluk sınırının 5 katında fazlası gelir ile hastaların şifa ve ölüm ilişkisi arasında fark bulunamamıştır.

Araştırmaya katılanlara "domuz gribi hastalığından korunma ve aşılama konularında bilgi hangi kaynaktan edindiniz" diye sorulmuş, soruyu yanıtlayan 150 kişiden 66'sı sadece medyadan bilgi aldığını söylerken, medya ile birlikte okul, sağlık personeli/kurumundan bilgi aldığını söyleyen 108 kişi olduğu görülmüştür. Bilgi kaynağının sadece okul olduğunu söyleyen 4 kişi mevcutken, okul ile birlikte diğer kaynaklardan da bilgilendiğini söyleyen toplam 14 kişinin olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan 46 okul çağı çocuğunun olduğu göz önüne alındığında 14 kişinin bilgi kaynağı olarak okuldaki mesajlardan istifade ettiği görülmektedir.

Pandemik Grip tanısıyla hayatını kaybeden 5 hastanın bazı bulguları şöyle özetlenebilir: 4'ünün Tekirdağ ilinde ikamet ettiği, 3'ünün erkek olduğu, 4'ünün 40 yaş üzeri ve evli olduğu, 4'ünün hanesinde yaşayan kişi sayısının dört olduğu, ölenlerden birinin gebe olduğu, 2'sinin mevsimsel grip aşısı yaptırdığı, 1'inin pandemik grip aşısı yaptırdığı, 3'ünün Kronik Böbrek Yetmezliği, Hipertansiyon, Obesite, Kalp Hastalığı gibi birden fazla kronik hastalığının olduğu, ölenlerin 4'ünün ilk başvurusunun hastane olduğu, 3'üne ilk 24 saatte, 1'ine 24 saatten sonra olmak üzere antiviral tedavi başlandığı, 2'sine antiviral başlanmadığı, ölen 5 hastadan 4'ünde H1N1 laboratuvar sonucunun (-) negatif olduğu, 1'ine test yapılmadığı akınları tarafından ifade edilmiştir.

Pandemik Grip ön tanısıyla hastanede yatan ve şifa ile taburcu olan 172 hastaya uygulanan anket çalışması sonucu elde edilen verilerin bazıları şöyle özetlenebilir:

Araştırmaya katılanların %97,2'sini oluşturmaktadırlar. 107'sinin Kırklareli ilinde ikamet ettiği, %50'sinin erkek olduğu (n=87), %87,8'inin (n=151) mevsimsel grip aşısı yaptırmadığı, %5,2'sinin (n=9) pandemik grip aşısı yaptırdığı tespit edilmiştir. Pandemik grip aşısı yaptırmama sebepleri irdelendiğinde; %40'ı (n=69) aşıya güvenmediğini, %23,3'ü (n=40) aşılanmaya gerek duymadığını, %3,5'i (n=6) basında çıkan olumsuz haberlerden etkilendiğini, %7'si de (n=12) aşı yapılması sakıncalı grupta yer aldığını söylemiştir.

Araştırmaya katılan şifayla taburcu olan 172 hastanın 37'si (%21,5) kronik hastalığa sahip olduğunu belirtirken, bu kişilerin 16'sı kronik solunum yolu hastalıkları olduğunu, 9'u birden fazla kronik hastalığı olduğunu, kronik hastalığı olanların 4'ü pnömokok aşısı yaptırdığını ifade etmiştir.

Şifayla taburcu olan 172 kişiden 16'sı kendini şişman olarak tanımlamıştır. Vücut Kitle İndeksi elde edilmesi için ankette boy kilo sorgulanmış, çok sınırlı sayıda yanıt alınabilmiştir. Şifayla taburcu olanların %64'ü (n=110)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yaşadıkları ortamlarda hastalık bulaştıracak kimse yok derken, bulunduğu en az 2 ortamda (ev/okul/iş) hastalık bulaştıracak kişilerin olduğunu söyleyen 10 kişidir.

Şifa bulanların %93'ü (n=156) ilk başvuru yeri olarak hastaneleri kullanırken, %7'si (n=12) birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmuştur. Şifa ile taburcu olanların 29'u altı gün ve üzerinde hastanede yattığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan şifayla taburcu olan ve tedavisi hakkında bilgi veren 115 hastanın 90'ı ilk 24 saat içinde antiviral tedaviye başlandığını, 78'i antiviral ilacı son kapsülüne dek kullandığını söylemiştir. Şifa bulanların %28,5'i (n=49) H1N1 laboratuvar sonucunun (+) pozitif, %50'si (n=86) negatif olduğunu belirtmiştir.

Şifayla taburcu olanların %50'si (n=86) hastanede tek kişilik odada yatırıldığını, %22,7'si (n=39) sağlık personelinin hasta odasında bakım verirken maske takmadığını, %32,6'sı (n=56) hasta odasında dışarı çıkarken maske verilmediğini söylemiştir.

TARTIŞMA/SONUÇ VE ÖNERİLER : Mart-Nisan 2009 tarihinde Meksika'da tanımlanan yeni bir influenza A/H1N1 virüsü, takip eden aylarda tüm dünyayı etkileyen bir salgın yapmıştır. Ülkemizde de Ekim-Aralık (2009) aylarında aynı virüs ile salgın oluşmuş ve bu salgın çeşitli yönleriyle toplumumuzu etkilemiştir. 2009 pandemik influenza insan sağlığı açısından zararlar vermiş, ancak aynı zamanda gelecek bir salgın durumunda yapılması gerekenlere dair deneyimler kazandırmıştır.

Yapılan bu araştırma ve pek çok çalışma göstermiştir ki hastalığın bulaşıcılığı, yaygınlığı, prognozu kişisel faktörler yanında birçok sosyoekonomik faktörlerden de etkilenmektedir. Bizim çalışmamız, kamuözel sektör ayrımı yapılmaksızın 1.,2. ve 3.basamak sağlık hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında gelecek pandemilere öncü olması açısından günlük/haftalık/aylık *Sürveys* yapılması gerekliliğini tekrar ortaya koymuştur.

Sağlık Bakanlığı Pandemi Koordinasyon Biriminin 05 Ocak 2010 tarihli bülteninde 2009 H1N1 Pandemisinde; hastalığın 1/3 oranında belirtisiz seyrettiği, hastalığın şiddetinin hafif/orta seyirli olduğu, pandemik gripin 50 yaş altı sağlıklı kişilerde, çocuklarda, gebelerde ve altta yatan kronik hastalığı olanlarda ağır seyrettiği, pandemik griple birlikte yoğun olarak solunum yolu hastalıklarının da görüldüğü, ülkemizde pandemik H1N1 aktivitesinin 2009 yılı 40. haftadan itibaren zirveye ulaşmış, 46.,47.,48.haftalarda plato çizdikten sonra azalma eğilimine girdiği, alınan numunelerde bu haftalardaki pozitiflik yüzdesinin daha fazla olduğu deklare edilmiştir.Ülkemiz verilerinde olduğu gibi Kırklareli ve Tekirdağ illerinde de Pandemi H1N1 İnfluenza virüsünün benzer şekilde seyir gösterdiği yapılan bu çalışmayla tespit edilmiştir.

Yapılan bu araştırma aynı zamanda, salgınlarda verilecek mesajların alıcıya ulaşmasını etkileyen medya, okul, sağlık personeli/sağlık kuruluşu faktörlerin önemini, bağışıklama hizmetlerinde güven duygusunun önemini, güven duygusu sarsıldığında, daha önce kabullenilen koruyucu hizmetlerin reddedilmesi riskinin bulunduğunu, sağlık eğitiminin gerek sağlık personeli için, gerekse bireyler için süreklilik göstermesi gerektiğini bir kez daha hatırlatmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Kırklareli, Tekirdağ, Pandemi İnfluenza A/H1N1, Hastane, Şifa

KAYNAKLAR:

- 1) Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, İnfluenza Çalıştayı Raporu, 16 Ekim 2010, Ankara.
- 2) Sağlık Bakanlığı Pandemi Bülteni, 05.01.2010.
- 3)WidgrenK, Nielsen J, Mølbakk. Registry-based surveillance of influenza-associated hospitalisations during the 2009 influenza pandemic in Denmark: the hidden burden on the young. PLoSONE.
- 4) Influenza activity-United States and worldwide, June 13-September 25, 2010.MMWR 2010; 59: 1270-3

956

KRONİK HEPATİT B HASTALARINDA DEPRESYON GÖRÜLME DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe İnci¹, Muzaffer Fincancı¹, Özgü Kesmezacar², Ferda Soysal¹, Münire Fidan¹

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ²İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü

GİRİŞ VE AMAÇ: Akut hastalıklarda depresyon düşük düzeyde görülürken hastalık kronikleştikçe depresyon görülme oranı artmaktadır. Son yıllarda yapılan bazı çalışmalar, kronik viral hepatitli hastalarda eşlik eden psikiyatrik bozukluk ve madde kullanım oranlarının yüksek olduğunu ortaya koymuştur (1).

Depresyon ve kronik hepatit hastalığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların çoğu interferon kullanan hastaları değerlendirmekte ve özellikle Kronik hepatit C hastalarında depresyonun daha yüksek görüldüğünü göstermektedir (2). Kronik hepatit B'nin psikiyatrik belirtilerle daha az ilişkili olmasının nedenleri halen araştırılmaktadır. Bu çalışmada İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon hastalıkları kliniği tarafından takip edilen ve tedavileri sürdürülmekte olan Kronik Hepatit B hastalarında, anket yöntemi ile depresyon durumu ve bu durumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır(3).

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hepatit polikliniğince takibi yapılan ve tedavi almakta olan 170 Kronik Hepatit B hastası alındı.

Rutin poliklinik takipleri sırasında hastalar ile görüşüldü. Hastaların demografik bilgileri, almış olduğu antiviral tedavi ve süresi, ek hastalık durumu, psikiyatrik tedavi öyküsünü sorgulayan anket formu ve BECK Depresyon ölçeği uygulandı. İstatistiksel analizde Student-t testi Mann Whitney-U testi, Kruskal-Wallis testi ve Pearson korelasyon analizi yapıldı, istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ alındı.

BULGULAR: Hastaların BECK depresyon puan ortalamaları 12.91 ± 11.68 olarak bulundu. Depresyon için kesme puanı olarak kabul edilen 17 puan üzerinden değerlendirildiğinde hastaların % 34.1'inin (n:58) 17 ve üzeri puan aldığı görüldü.

Hastaların % 62.4'ü erkek, %37.6'sı kadındı, yaş ortalamaları 46.63'tü(18-82).

Hastaların eğitim düzeyine bakıldığında % 65.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu görüldü. % 4.7'sinin psikiyatrik hastalık öyküsü anamnezi vardı. % 42.9'unun ek bir hastalığı vardı.

BECK depresyon ölçeğine göre depresyon puan ortalaması kadınlarda (16.63 ± 12.02 ;) erkeklere (10.66 ± 10.92) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p = 0,002$).

Sigara kullananlarda (17.58 ± 12.22) depresyon puanı kullanmayanlara (11.95 ± 11.38) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p = 0,016$)

Alkol kullanımı, psikiyatrik öykü varlığı, ek hastalık varlığı ve eğitim düzeyinin depresyon durumunu etkilemediği görüldü. Hastaların almış oldukları antiviral tedavi süresi ile depresyon durumu arasında ilişki saptanmadı ($R=0,008$; $p=0,913$).

İnterferon almakta olan 3 olgunun aldıkları puan 17'nin altındaydı, oral antivirallere bakıldığında depresyon puan ortalamaları sırasıyla; Adefovir 24.67 ± 13.80 , Tenofovir 14.02 ± 12.47 , Entekavir 13.03 ± 11.06 , Lamivudin 11.83 ± 11.67 , Telbivudin 10.0 olarak bulundu.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

TARTIŞMA SONUÇ VE ÖNERİLER: Kliniğimiz tarafından takip edilen ve tedavi almakta olan Kronik Hepatit B hastalarında anket yöntemi ile depresyon durumu ve bu durumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesinin amaçlanmış olduğu bu çalışmada, BECK depresyon puan ortalamalarına bakıldığında hastaların % 34.1'inin 17 ve üzeri puan aldığı görüldü. Savaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu 75 olgunun alındığı çalışmada 17 ve üzeri puan alanların oranı % 34, 7 bulunmuş ve bizim çalışmamızın da bu sonuçla uyumlu olduğu görülmüştür(4).

Kunkel ve ark.nın kronik hepatit B'li 50 göçmende Beck depresyon ölçeği ile yapmış olduğu çalışma incelediğinde % 54'ü normal, %16'sında hafif depresyon,% 24'ünde orta depresyon,% 6'sında ağır depresyon olduğu belirlenmiştir(5).

Özkan ve arkadaşlarının yapmış olduğu % 43.9'u HBV, % 56.1'i HCV hastalarından oluşmuş olan çalışmada % 48.6'sında en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu ve hastaların %15'inin majör depresyon olduğu saptanmıştır(6).

107 kronik hepatit B hastasının değerlendirildiği başka bir çalışmada hastaların hiç birinde depresyon olmadığı görülmüştür(7).

Altındağ ve ark çalışmasında BDÖ ortalama puanları hepatit B hastalarında 10.8 ,hepatit B taşıyıcılarında da 9.7 olarak tespit edilmiş .Hepatit B hastalarında 17 puan ve üzeri % 20, hepatit B taşıyıcılarında % 13.3 olarak bulunmuştur(8).

IFN tedavisi almamış olan kronik hepatit B ve C'li hastalarda psikiyatrik hastalık sıklığını araştıran bir çalışmada yaşam boyu majör depresyon yaygınlığı kronik hepatit C'li hastalarda daha yüksek bulunmuştur (9).

Çalışmamızda BECK depresyon ölçeğine göre depresyon puan ortalaması kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulundu. Savaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise cinsiyet ile depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında bu iki grup arasında anlamlı bir farka rastlanmadığı bildirilmiştir(4).

Çalışmamıza katılan hastalardan % 4.7'sinin psikiyatrik hastalık öyküsü anamnezi vardı ancak psikiyatrik öykü varlığının depresyon durumunu etkilemediği görüldü. Savaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da psikiyatrik öykü varlığının depresyon varlığını etkilemediği görülmüştür(4).

Kronik hepatit C'li hastaları içeren çalışmada , depresyon gelişme oranları eskiden depresyon öyküsü olan hastalarda %62, depresyon öyküsü olmayanlarda ise %35 olarak saptanmıştır(10).

Yaptığımız çalışmada alkol kullanımı, ek hastalık varlığı ve eğitim düzeyinin depresyon durumunu etkilemediği, hastaların almış oldukları antiviral tedavi süresi ile depresyon durumu arasında ilişki saptanmadı. Savaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da alkol kullanımı eğitim durumunun depresyon ile ilişkili olmadığı görülmüştür,ancak bizim yapmış olduğumuz çalışmada sigara kullananlarda depresyon puanı kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuşken Savaş ve ark. yapmış olduğu çalışmada sigara ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(4).

Sonuç olarak önceden bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmasa da kronik hepatit B hastalarının tedavi öncesi ve takipleri sırasında psikiyatrik yönden sorgulanması, gerekli olduğu durumlarda psikiyatrik desteğin alınması yararlı olacaktır. Bu hastalarda depresyon görülebileceği akılda tutulmalı ve hastalar bu açıdan yakından izlenmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. Gen Hosp Psychiatry 2007; 29:409-416.
2. Batista-Neves, Quarantini LC, de Almeida AG, Bressan RA, Lacerda AL, de-Oliveira IR et al. High frequency of unrecognized mental disorders in HCV-infected patients. Gen Hosp Psychiatry 2008; 30:80-82

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

3.Taşyaran MA. HBV İnfeksiyonu Epidemiyolojisi. Kılıçturgay K, Badur S, Viral Hepatit 2001, 1. Baskı Kitabı, Viral Hepatitle Savaşım Derneği, İstanbul, 2001: 121-128.

4. Savaş N,Öner S,Tamam L,Öner H,Saltoğlu N,Aytaç N,Akbaba M.ÇÜTF Balcalı Hastanesi Klinik Bakteriyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniğinde İzlenen Kronik B Hepatitli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Görülme Sıklığı Floradergisi2002;7(3):177-184

5. Kunkel EJ, Kim JS, Hann HW, Oyesanmi O, Menefee LA, Field HL, Lartey PL, Myers RE. Depression in Korean immigrants with hepatitis B and related liver diseases. Psychosomatics. 41(6): 472-80, 2000

6. Ozkan M, Corapcioglu A, Balcioglu I, Ertekin E, Khan S, Ozdemir S, et al. Psychiatric morbidity and its effect on the quality of life of patients with chronic hepatitis B and hepatitis C. Int J Psychiatry Med 2006; 36:283-297.

7. Ataei B., Khorvash F., Salehi M., Houshmand S., Kassaian N., Babak A., Nokhodian Z., Ataei M. The Relative Frequency of Depression and Anxiety in Patients with Hepatitis B Referring to Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center İshafan Iran.Journal of İshafan Medical Scholl Vol.29.no:169 March -2012

8. Altindag A., Cadirci D. Sirmatef.,Depression and health related quality of life in non-cirrhotic chronic hepatitis B patients and hepatitis B carriers Neurosciences 2009; Vol. 14 56-59

9. Lim JK, Cronkite R, Goldstein MK, Cheung RC. The impact of chronic hepatitis C and comorbid psychiatric illnesses on health-related quality of life. J Clin Gastroenterol 2006; 40:528-534

10. Evon DM, Verma A, Dougherty KA, Batey B, Russo M, Zacks S, et al. High deferral rates and poorer treatment outcomes for HCV patients with psychiatric and substance use comorbidities. Dig Dis Sci 2007; 52:3251-3258.

Anahtar kelimeler: Kronik Hepatit B, Depresyon, İnterferon

NOT: Bu poster daha önce XI.Ulusal Viral Hepatit Kongresi 12 - 15 Nisan 2012 Antalya poster sunu olarak sunulmuştur.

914

MALATYA MERKEZ İLÇEDE YAŞAYAN 2-5 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA HEPATİT B İMMÜNİTESİ, İMMÜNİTENİN ANNE HBSAG SEROPOZİTİVİTESİYLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE MUTANT HBV AÇISINDAN İNCELENMESİ

Leyla Karaoğlu¹, Saliha Ekşi¹, Cenk Özdalgiçoğlu², Arif Yılmaz¹, Mehtap Omaç Sönmez³, Güray Özen⁴, Elvan Turkol⁵

¹Recep tayyip erdoğan üniversitesi, ²Bağcılar eğitim ve araştırma hastanesi, ³Bitlis Eren Üniversitesi, ⁴Gaziantep Halk Sağlığı Müdürlüğü, ⁵Adıyaman Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş ve amaç: Aşı uygulamasından sonra çocuklarda HBsAg pozitifliğinde belirgin azalma tespit edildiğinden, Dünya Sağlık Örgütü 1997 yılında tüm ülkelere Hepatit B aşısını rutin aşı programına almalarını önermiştir. Türkiye’de 1998 yılında 2. aydan itibaren, 2003 Eylül tarihinden itibaren de doğar doğmaz olmak üzere 3 doz hepatit B aşısı bir yaş altındaki bebeklere rutin olarak uygulanmaya başlamıştır (1,2,3).

Son yıllarda Türkiye’de dahil olmak üzere Singapur, Japonya, İngiltere, Almanya ve Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan çalışmalarda, aşı sonrası anti-HBs oluşan kişilerde HBsAg pozitifliği gözlenmekte ve bunun

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

nedeni HBV genomundaki nokta mutasyonlarla açıklanmaktadır. Mutasyonun, S geninin a epitopunda 145. sıradaki glisin yerine arginin geçmesiyle oluştuğu belirlenmiştir (1,4,5,6). Aşı antikorunun nötralize edemediği aşından kaçmayı başaran mutant hepatit B virusları ile enfeksiyon oluştuğu kabul edilmektedir. Kesin olmamakla beraber, mutant HBsAg suşlarının enfekte anneden doğum sırasında enfeksiyonu alan çocuklara aşı yapılmasıyla ya da enfekte kişilere HB immünglobulini yapılmasıyla oluşabileceği ileri sürülmektedir (4-10). Bu bulgular, mutasyon sonucu hepatit B virusunun yeni varyantları oluşmuş olabileceğini göstermektedir ve mutant suşları da kapsayacak aşı geliştirilmesi çözüm önerisi olarak tartışılmaktadır (1, 4).

Bu çalışmada, Malatya il merkezinde yaşayan ve en az bir doz hepatit B aşısı yapılmış 2-5 yaş arasındaki çocuklarda anti-HBs ve HBsAg seroprevalansını saptamak, HBsAg pozitif vakalarda mutant HBs suşlarının olup olmadığını saptamak, çocukların annelerinde HBsAg seroprevalansını saptamak ve annelerdeki HBsAg seropozitivitesi ile çocuklardaki HBsAg seropozitivitesi arasında ilişki olup olmadığını incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, Malatya İnönü üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından desteklenerek yürütülmüş olan "Malatya il merkezindeki 0-6 yaş okul öncesi çocuklar ve 15-49 yaş kadınlarda anemi prevalansı" başlıklı bir araştırmada toplanan serumlar kullanılmıştır. Serumlarda hepatit göstergelerinin çalışılması için gerekli kaynak Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından karşılanmıştır. Araştırmaya katılan kişilerden (çocuklar için annelerinden) ilerde yapılabilecek olan bu çalışmaya atfen gerekli "bilgilendirilmiş onam" imzalı olarak alınmıştır. Çalışmanın anemi kısmı için İnönü Üniversitesi Etik Kurulu'ndan, hepatit B kısmı için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Ev ziyaretleri için gerekli izinler de Malatya Vilayet makamından alınmıştır.

Araştırma, Malatya il merkezinde kentsel ve kırsal alanda çok aşamalı nüfusa orantılı küme örnekleme yöntemiyle belirlenen 30 sağlık evi bölgesinde (küme) yürütülmüştür. Her sağlık evi bölgesinden 20 hanede yaşayan kadın ve çocuklar araştırma kapsamına alınmıştır. Anti-HBs analizi yapmaya 477 çocuğun serumu uygun bulunduğu ve standart sağlamak amacıyla bu çalışmada 477 çocuğun ve annelerinin bulguları incelenmiştir. On çocuk kardeş olduğundan incelenen anne sayısı 467'dir.

Veri toplama işlemi İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim elemanları tarafından Veriler evlerde yüzyüze anket tekniğiyle toplanmış ve 10 cc venöz kan örneği alınmıştır. Çocukların aşılama durumu anneden sözlü olarak öğrenilmiştir, aşı kartı görülmemiştir. Annelerin tümü çocukların hepatit B aşılarının tamamlanmış olduğunu belirtmiştir. Anti-HBs negatif çıkan çocukların aileleri telefonla aranarak durum bildirilmiş, aşı öyküsü tekrar alınmıştır. Çocuklar, en az bir doz hepatit B aşısı almış kabul edilmiştir.

Kanlar santrifüj edilerek serumları ayrılmış ve serumlar -20°C'da sekiz ay süreyle saklanmıştır. Çocuk serumlarında ve anne serumlarında serolojik tetkiklerden HBsAg ve anti-HBs, kantitatif makro Eliza (Abbott Architect,2000,USA) yöntemi ile Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarında değerlendirilmiştir. Test prospektüsüne göre Serum HBsAg düzeyi ≥ 0.05 IU/ml ve serum anti-HBs düzeyi ≥ 10 mIU/ml pozitif kabul edilmiştir. HBsAg pozitif ve anti-HBs pozitif saptanan çocuklar ikinci kez ziyaret edilerek tekrar venöz kanları alınmıştır. Hem HBsAg hem de Anti-HBs pozitif saptanan çocukların serumları, annelerinin serumları ile birlikte soğuk zincire uyularak İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalına transfer edilmiştir. Transfer edilen bu serumlarda hepatit göstergeleri, PCR yöntemiyle HBV ve mutasyon varlığı araştırılmıştır. İstanbul Tıp Fakültesinde hepatit serolojik testleri DadeBehring (Germany) ELİSA kitleri kullanılarak çalışılmıştır. HBV DNA, QIAamp DNA Blood mini kiti (QIAGEN, USA) kullanılarak elde edilmiştir. ABI 310 sequencer (Applied Biosystems) sekanslama cihazında DYEnamic ET Terminator Cycle Sequencing (Amersham Pharmacia, The Netherlands) kiti kullanılarak sekanslama analizi yapılmış ve sonuçlar Sequence Navigator software (Applied Biosystems) de değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 18.0 programı ile değerlendirilmiş, analizlerde ki-kare ve ANOVA testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına giren çocukların yaş ortalaması 3.5 ± 0.04 , annelerin yaş ortalaması 30.3 ± 0.3 yıldır. Çocukların %49.7'si erkek, %50.3'ü kızdır. Annelerin %10.5'i okuryazar değildir, %48.6'sı ilkokul mezunudur. Ailelerin ortanca aylık geliri 600 TL'dir, %18.3'ü Yeşil Kart sahibidir, %13.0'ının sağlıkta sosyal güvencesi yoktur.

Çocukların %9.9'u hepatit B'ye karşı duyarlıdır, immün yanıt gelişmemiştir (hem HBsAg, hem anti-HBs negatif). Çocukların %89.5'sinde anti-HBs düzeyi ≥ 10 mIU/ml'dir (Anti-HBs pozitif ve HBsAg negatif). İmmün yanıt gelişmiş olan çocukların %65.0'ında anti-HBs düzeyi 100 mIU/ml ve üzerindedir. Anti-HBs seropozitivitesi ile çocuk yaşı ve cinsiyeti arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). HBsAg pozitif saptanan üç çocuk analiz dışı tutulduğunda Anti-HBs geometrik ortalaması 170.2 mIU/ml'dir. Geometrik ortalama çocuk yaşı ile ilişkili bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınlarda HBsAg seropozitifliği %5.1'dir. Toplam üç çocuğun serumunda HBsAg pozitif saptanmıştır (%0.6). HBsAg pozitif saptanan üç çocukta ikisinde anti-HBs negatif saptanmıştır (%0.4). Bu iki çocuk akut ya da kronik olarak enfektedir. Diğer çocukta ise HBsAg ile birlikte anti-HBs ve anti-HBc pozitif pozitif, anti-HBe negatif saptanmıştır. Bu çocuğun annesinde de HBsAg'nin pozitif olduğu görülmüştür. Çocuğun annesinin serumu mutasyon açısından incelenmiş ve mutasyon saptanmamıştır. Bu çocuğun ilk PCR incelemesinde HBV DNA negatif bulunmuştur. Çocuğun serum miktarı yeterli düzeyde olmadığından çocuk serumunda PCR tekrarı ve sekans analizi yapılamamıştır. Aile tekrar kan vermeyi reddettiğinden bu çocuğun serolojik testlerinin yorumu eksik kalmış ve atipik seroloji olarak değerlendirilmiştir. Bu çocuk, aşından kaçan mutant HBV ile enfekte olabilir. HBsAg pozitif saptanan kadınların çocuklarının %8.3'ünde HBsAg pozitif saptanırken HBsAg negatif saptanan kadınların çocuklarının %0.2'sinde HBsAg pozitif saptanmıştır ($p<0.05$). Gebeliklerinde HBsAg pozitif olan kadınlar hastanede doğar doğmaz çocuklarına Hepatit B aşısı yapıldığını belirtmiştir. HBV DNA pozitif saptanan serumlarda sekans analizi sonucunda mutasyon görülmemiştir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Hepatit B aşısı başladıktan on yıl sonra yapılan bu araştırma Malatya'da 2-5 yaş grubu çocuklarda HBsAg seroprevalansının düşük düzeyde olduğunu, çocukların %90'ının aşıyla immünite kazandığını göstermektedir. Kadınlardaki hepatit B seroprevalansı literatürle uyumludur. Çocuktaki HBsAg seroprevalansı annedeki seroprevalansla ilişkili bulunmuştur. Herhangi bir mutasyon saptanmamasına rağmen açıklanamayan atipik serolojik vakaların saptanmış olması mutant HBV açısından ileri araştırmaların yapılması ve sürveyansın başlatılması gerektiğini göstermektedir. Türkiye'de de laboratuvar olanakları artırılmalı ve yaygınlaştırılmalı, HBsAg pozitif annelerin bebekleri yakından takip edilmelidir. Araştırma mevcut ticari kitlerle tanı sonuçlarının değişebildiğini göstermiştir (yalancı pozitiflik ve negatiflik gibi), dolayısıyla güvenilir ve ileri tanı metodlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Hepatit B aşısı programı başarılıdır ve sürdürülmelidir ancak aşıya başlama zamanının (yenidoğan dönemi sonrası) yeniden değerlendirilmesi gerekebilir. Gebelerde rutin HBsAg çalışılması ve HBsAg pozitif anne bebeklerinin hepatit göstergeleri yönünden sık aralıklarla takibi düşünülebilir. Mutant tiplere karşı aşı çalışmalarının da yürütülmesi gerekli görünmektedir.

Anahtar sözcükler: hepatit B, seroprevalans, immün yanıt, mutant HBV

Kaynaklar:

1. Hepatitis B.

<http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo20022/en/index4.html>

1. Badur S. Hepatit B enfeksiyonları: Epidemiyoloji ve aşı. Klinik gelişim, 18 (3);32-43,2005
2. Tosun S.Y. Ülkemizde Hepatit B aşılması. STED, 11 (4);140-142,2002.
3. Toru Shizuma, Kiyoshi Hasegawa, Kayo Ishikawa, Takuma Naritomi, Aiko Iizuka, Naoko Kanai, Miho Ogawa, Nobuyuki Torii, Riho Joh, and Naoaki Hayash. Molecular analysis of antigenicity and immunogenicity of a vaccine-induced escape mutant of hepatitis B virus. J Gastroenterol 2003; 38:244-253.
4. Candan Öztürk. HBV aşıları. Turk J Immunol, Vol.15, No.1, 2010:14-19.
5. Carman WF, Zanetti AR, Karayiannis P, Waters J, Manzillo G, Tanzi E, et al. Vaccine-induced escape mutant of hepatitis virus. Lancet 1990;336:325-9.
6. Cooreman M.P., Leroux-Roels G., Paulij W.P. Vaccine -and hepatitis B immune globulin-induced escape mutations of hepatitis B virus surface antigen. J Biomed Sci, 2001; 8:237-247.
7. Sayiner AA, Agca H, Sengonul A, Celik A, Akarsu M. A new hepatitis B virus vaccine escape mutation in a renal transplant recipient, *Journal of Clinical Virology* 2007;38 (2): 157-160.
8. Oon CJ, Lim GK, Ye Z, Goh KT, Tan KL, Yo SL, Hopes E, Harrison TJ, Zuckerman AJ. Molecular epidemiology of hepatitis B virus vaccine variants in Singapore. Vaccine, 1995;13 (8);699-702.
9. Hsu H.Y., Chang M.H., Liaw S.H., Ni Y.H., Chen H.L. Changes of hepatitis B surface antigen variants in carrier children before and after universal vaccination in Taiwan. *Hepatology* 30 (5);1312-1317, 1999

795

MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE KUDUZ RİSKLİ TEMAS SÜRVEYANSI OLUŞTURMA ÇABALARI: DURUM SAPTAMA

Gonca Atasoylu, Serol Deveci, Galip Köroğlu

Manisa Halk Sağlığı MD

GİRİŞ VE AMAÇ: Kuduz riskli temas (KRT) ülkemizde ve ilimizde sık karşılaşılan bir sağlık sorunudur. Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı verisine göre, ülke genelinde, sağlık kurumlarına 152.236 KRT başvurusu gerçekleşmiştir (1). Manisa ilinde 2007-2011 yıllarında yapılan KRT bildirimlerine göre, yıllık ortalama sayının 4.250'yi aştığı izlenmiştir (2).

Manisa'da kuduz aşısı ve immunglobulini devlet hastanelerinde uygulanmaktadır. Bu uygulama, ilde 2008'de geçilen aile hekimliğinden en az 4 yıl önce başlatılmış olup, sağlık personeli ve halk tarafından bilinmektedir. KRT nedeniyle, kırsal alanda aile sağlığı merkezlerine (ASM'lere) az da olsa başvurulabilmekte, olgular, ASM'lerce hastanelere yönlendirilmektedir.

Kuduz ve KRT, A grubu bildirim zorunlu hastalıklar kapsamında olup bütün sağlık personeli ve kuruluşlarınca bildirim zorunludur. Mevzuata göre, "bildirim sistemindeki tanımlamaya uyan olası ve kesin kuduz vakaları Sağlık Müdürlüğü'ne ihbar edilmeli, ayrıca kuduz ve KRT olgularının Form 014 ile ilgili sağlık ocağının kayıtlarına dahil edilmesi sağlanmalı, sağlık kurumunca ay sonunda icmal edilerek Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilmelidir" dir. Kuduz aşısı ve immunglobulini uygulayan kurumlarca her KRT olgusu için KRT Vaka İnceleme Formu doldurulmalı, ay sonunda tedavisi (profilaksisi) tamamlananlar, KRT İzleme Formuna icmal edilerek Sağlık Müdürlüğüne bildirilmelidir (3).

KRT bildirim, ülke genelinde, aile hekimliği uygulamasına adapte edilmemiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 2010/48 sayılı genelgesiyle de 2010 yılı Temmuz ayı itibarıyla, aile hekimlerinden yazılı form toplanmasına son verilmiştir. Manisa'da Toplum Sağlığı Merkezleri, bölgelerindeki hastaneler ve Müdürlük tarafından Form 014'lerle bildirilen KRT'leri kaydetmekte, ay sonunda icmal listesini Müdürlüğe bildirmektedir. ASM'lerde aşısı ve immunglobulin uygulanmadığı ve Form doldurulmadığından bildirim yapılmamakta, hastalar ancak hastaneye başvurduklarında sürveyans ağına dahil olmaktadır. Bu nedenle, Manisa'da ASM'lere başvurduğu halde hastaneye gitmeyen KRT olgularını izleyen bir sistem bulunmamaktadır.

ASM'lere yapılan KRT başvuruları; Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin kırsal hekimlik stajının geri bildiriminde izlenmesi, geliştirilmesi gereken bir alan olarak vurgulanmıştır.

Çalışmanın amacı, Manisa'da aile sağlığı merkezlerinde KRT başvurularına yönelik bir sürveyans sistemi kurulması için mevcut durumu saptamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma, Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından 2012 yılında yürütülen girişimsel bir yönelem araştırmasının tanımlayıcı tipteki durum saptama ayağıdır. Öncelikle, KRT olarak değerlendirilebilecek ICD-10 tanı kodları taranmıştır. Bunlar, A82 (Kuduz), A82.1 (Kent kuduzu), A82.9 (Kuduz, tanımlanmamış), W50 (Bir başka şahıs tarafından darp, vuruş, tepilme, bükülme, ısırılma veya tırmalanma), W54 (Köpek tarafından ısırılma veya darbelenme), W55 (Memeliler tarafından ısırılma veya darbelenme, diğer), W59 (Sürüngelemler tarafından ısırılma veya ezilme, diğer), W64 (Canlı fiziksel güçlere maruz kalma diğer ve tanımlanmamış), Z20 (Bulaşıcı hastalıklarla temas ve maruz kalma), Z20.3 (Kuduzla temas ve maruz kalma), Z24 (Bazı viral hastalıklara karşı bağışıklama) ve Z24.2 (Kuduzla karşı bağışıklama ihtiyacı) olarak belirlenmiştir (4).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

2011 yılında Manisa’da kamu 1, 2 ve 3. basamak sağlık kurumlarında, bu kodlarla kaydedilen başvurular, Müdürlüğe iletilen poliklinik kayıt verisinden elde edilmiştir. Başvuruların ilçe, sağlık kurumu, tanı ve başvurana göre dağılımları incelenmiştir.

KRT ile ilişkili olabilecek tanı alan kişi sayısı, 2011 yılına ait bildirimlerle (2) karşılaştırılmıştır.

ASM’lerde 2011 yılında KRT ile ilgili yaklaşımları belirlemeye yönelik bir soru formu hazırlanmış; AHBS üzerinden yayımlanmış; formların aile hekimlerince elektronik ortamda doldurulması istenmiştir. Soru formu, ASM’lere KRT nedeniyle başvuru yapıma ve kayıtlanma durumu, kullanılan tanı kodları ve Z24 tanı kodunun 2011 yılında ne amaçla kullanıldığı hakkında sorular içermiştir.

Tanımlayıcı istatistikler, yüzdeler ve aritmetik ortalama olarak verilmiştir. Veri, Microsoft Office Excel programı yardımıyla değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Manisa ilinde 2011 yılında sağlık kurumlarınca kaydedilen KRT ile ilişkili tanılar incelendiğinde, 13.025 kişiye ait toplam 18.723 tanı bulunduğu belirlenmiştir.

KRT ile ilişkili tanı alan kişilerin %21,2’sinin (n=2.756) birden fazla başvurusu olduğu; %19,6’sının (n=2.550) 2. basamak sağlık kurumlarına birden fazla başvurduğu belirlenmiştir. Toplam 1.348 kişinin 2. basamak kurumlara en az üç kez başvurduğu; bunların dağılımında en büyük payı %45,8 (n=618) ile başvuru sayısı 3 olanların aldığı izlenmiştir. 2011 yılında Manisa’da 3.871 KRT bildirimi gerçekleştiği; bunların %92,2’sine (n=3.569) profilaksi önerildiği görülmüştür (2).

KRT ile ilişkili tanı alanların %48,8’inin sadece birinci basamak kurumlara ve bir kez başvurduğu (n=6.349) belirlenmiştir. Bu başvuruların %97,0’sinde (n=6.155) Z24 kodlanmış; bunu %1,3 ile (n=83) Z20 ; %0,7 (n=43) ile W54 izlemiştir.

KRT ile ilişkili olduğu düşünülen kodların %64,5’inin (n= 12.078) 2. basamak; %35,5’inin (n=6.640) 1. basamak sağlık kurumlarında konduğu saptanmıştır. İkinci basamakta konan tanılarının %36,9’u (n=4.456) W54; % 29,5’i (n=3.558) W50; %23,0’ü (n=2.782) Z24.2’dir. W50 kodlu tanının ikinci basamak sağlık kurumlarında en az üç kez kodlandığı kişi sayısı 107 olup bu kişilere konan tanılarının (n=434), 2. basamaktaki W50 tanılarının % 12,2’sini oluşturduğu görülmüştür.

Aile hekimlerinin soru formunu doldurma oranı %88,5’tir (n=340). Soru formuna dönüş yapan aile hekimleri, AHBS’de 2011’de 1. basamakta KRT ile ilişkili tanılarının (n=6.640) %89,3’ünü (n=5.928) kaydetmiş; tanı alanların (n=6.553) %90,5’ine (n=5.928) tanı koymuş görünmektedir. 2011 yılında KRT olgusuyla karşılaşma durumu sorusuna, bu hekimlerin %68,8’i (n=234) hayır; %22,4’ü (n=76) evet; %8,8’i (n=30) hatırlamadığı yanıtını vermiştir.

KRT başvurusuyla karşılaştığını veya karşılaşma durumunu hatırlamadığını bildiren hekimlerin 1. basamak sağlık kurumlarında KRT ile ilişkili tanılarının (n=6.640) %27,0’sini (n=1.790) koyduğu belirlenmiştir.

KRT olgusuyla karşılaştığını bildiren hekimlerin başvuruyu AHBS’ye kaydetme durumu incelendiğinde, %61,8’ince (n=47) tamamının, %15,8’ince (n=12) bazılarının kaydedildiği, %7,9’unca (n=6) kaydedilmediği, %14,5’ince (n=11) kaydedilme durumunun hatırlanmadığı bildirilmiştir.

2011 yılında KRT başvurusu alıp bunların bir bölümü ya da tamamını kaydettiğini belirten hekimlere (n=59) kullandıkları kodlar sorulmuş; %35,6’sı (n=21) hatırlamadığını belirtmiştir. Hatırlayan hekimlerin %94,7’si (n=36) W54, %26,3’ü (n=10) W55, %10,5’i (n=4) Z24, %5,3’ü (n=2) Z20, %2,6’sı W50 (n=1) ve %2,6’sı (n=1) W59 kodunu kullandığını bildirmiştir.

Z24 tanı kodunun ne amaçla kullanıldığı sorulduğunda; aile hekimlerinin %46,2’si (n=157) bu kodu kullanmadığını, %47,1’i (n=160) sadece grip aşısı uygulamasında, %2,6’sı (n=9) grip ve diğer bazı aşılamalarda, %1,5’i (n=5) grip aşılması dışında çeşitli durumlarda kullandığını belirtmiş, %2,6’sı yanıtlanmamıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

TARTIŞMA/ SONUÇ VE ÖNERİLER: Manisa’da KRT ile ilişkili tanı alan kişi sayısının (n=13.025) bildirimlerin (n=3,871) çok üzerinde olduğu görülmüştür. Bu durum, bildirim eksikliğinden çok, kodların başka sağlık sorunlarını tanımlamada kullanılmış olabileceğini düşündürmüştür.

İl genelinde KRT olgularına 2. basamak sağlık kurumlarında (aşı ve Ig ile) müdahale edildiğinden, kişilerden mükerrer başvurusu bulunanlara profilaksi başlanmış olabileceği öngörülmüş, 2.550 kişinin en az 2, 1.348 kişinin ise en az 3 başvurusu olduğu anlaşılmıştır. Bu sayılar bildirimlerdeki profilaksi önerilen kişi sayısına (n=3.569) daha yakın olmakla birlikte, farkın dikkat çekici olduğu saptanmıştır. Bu durumun, tanı grubuna dahil edilmeyen kodların bulunması; kişilerin tekrarlayan aşı uygulaması başvurularının hastane poliklinik kayıtlarına işlenmemesi veya Müdürlüğe iletilen poliklinik verisinin eksikliğine bağlı olabileceği öngörülmüştür.

Tanıların %35,5’inin 1. basamak sağlık kurumlarında konmuş olması, daha önemlisi kişilerin %48,8’inin sadece 1. basamak sağlık kurumlarına ve bir kez başvurmuş olması, tanı grubunun KRT dışındaki sağlık sorunlarını tanımlamada kullanıldığı öngörüsünü önemli ölçüde desteklemektedir. Acil başvurularda aile sağlığı merkezlerinin tercih edilme oranının il ve ülke genelinde çok düşük olduğu bilinmektedir.

İkinci basamak sağlık kurumlarında KRT ile ilişkili olarak kullanıldığı düşünülen kodlardan, W54 ve Z24.2’nin %59,9 ile yüksek oranda kullanıldığı izlenmiştir. İlimizde ve ülkemizde en yaygın KRT, köpeklerle temas nedeniyle gerçekleştiğinden köpek tarafından ısırılma, darbelenmeyi tanımlayan W54’ün sıkça kullanılması; dört basamaklı kırınım kodlarının kullanılabilirdiği hastanelerce kuduza karşı bağışıklama ihtiyacını en net olarak tanımlayan Z24.2 kodunun işaretlenmesi beklenen bulgulardır. Çalışmada, W50 tanısının %29,5’lik oran ile 2. en sık kod olarak kullanılmış olması dikkati çekmiştir. İncelemede, bu tanıyı ikiden daha fazla kez alan kişi sayısının çok düşük olması (n=107) ve bu tanıyı alanların ancak %12’sini oluşturması nedeniyle, KRT yerine, başka kişilerce darp-cebire uğrama durumunda kullanılma olasılığının daha fazla olduğu düşünülmüştür.

Aile hekimlerinin 2011 yılında aldıkları KRT başvurularını AHBS’ye kaydetmeye ilişkin davranışlarını daha iyi anlayabilmek amacıyla iletilen soru formunun %88,5’luk yanıtlanma oranı iyi olarak değerlendirilmiştir. Bu hekimlerin, incelenen tanıların 1. basamakta %89,3’ünü koymuş olması da temsiliyetin iyi olduğunu desteklemektedir.

Soru formunu yanıtlayan hekimlerden KRT ile karşılaştığını ve karşılaşma durumunu hatırlamadığını belirtenlerin birinci basamakta kodlanan tanıların ancak %27,0’sini kodladığı gözlenmiştir. Bu bulgu da, tanı kodlarının, başka sağlık sorunlarını tanımlamada kullanıldığını desteklemektedir.

Bu çalışmanın en önemli bulgusu, KRT başvurusuyla karşılaştığını bildiren aile hekimlerinin %23,7’si tarafından, başvuruların eksik kaydedildiği veya kaydedilmediğinin belirtilmesidir. Manisa İlince 2011’de bildirilmiş kuduz olgusu bulunmamaktadır. İl genelinde halkın konuya duyarlı olduğu bilinmektedir. Yine de, bu bilgiye göre, ASM’ye başvurduğu halde hastaneye başvurmayan KRT olgusu bulunabileceği akla gelmektedir.

Çalışmanın ikinci önemli bulgusu ise, KRT’yi tanımlamada Z24 kodunun kullanılmayıp W54 kodunun yaygın olarak tercih edilmesidir. Sadece köpekle teması tanımlayan W54 kodu, bunun dışındaki KRT’ler için uygun değildir. Ülkemizde ve ilimizdeki KRT başvurularının %30’unun köpek dışındaki hayvanlarla temasa bağlı gerçekleştiği bildirilmektedir (1,2). Z24 kodunun içinde kuduz sözcüğünün bulunmaması ve grip aşısını kaydetmede kullanılması nedeniyle KRT’de akla gelmediği tahmin edilmiştir.

Çalışmanın girişim aşamasında, AHBS üzerinden aile hekimlerine Z24.2-Kuduza karşı bağışıklama ihtiyacı kodunun kullanıma açılacak, KRT için standart olarak bu kodun kullanılması önerilecektir. Halen Manisa-AHBS’si 3 kırınımlı olarak (Ör. Z24) çalıştırılmaktadır. Bu uygulama, bazı sağlık sorunlarının tanımlanmasına olanak sağlayamamaktadır. Ancak, 10.000 kadar kod içeren bu sistemin birinci basamakta ayrıntılarıyla kullanılması, seçim, depolama ve yorumlama aşamalarında zorluklara yol açabilmektedir. Bir durumun birden fazla kodla ifade edilebildiği ICD-10 sistemi (4) yerine, birinci basamak sağlık kurumlarında başvuruların karşılaşma nedenine göre sınıflandırılması için Birinci Basamağın Uluslararası Sınıflandırması’nın (ICPC) (5) kullanılmasının daha uygun olduğu düşünülmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Girişimde, ilk kez bu uygulama için, 4 kısımlı bir kodun AHBS’de kullanılmasına başlanacak, aile hekimlerince yaygın olarak kullanılan W54 kodu da izlenecektir. Zamanla Z24.2 kodu kullanımının yaygınlaşması beklenmektedir.

Bundan sonra, aile hekimlerince kaydedilen Z24.2 ve W54 kodlarının günlük izlenmesine yönelik AHBS uygulaması kurulması, TSM’lerce kişilerin hastaneye başvurma durumlarının sorgulanması, gitmeyenlerin yönlendirilmesi ve kurgunun sonbaharda çalıştırılmaya başlatılması planlanmaktadır.

TEŞEKKÜR: Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı AD ve intörnlerine konuya dikkat çektikleri için teşekkür ederiz.

Anahtar Sözcükler: Kuduz, Bulaşıcı hastalık kontrolü, Hastalık bildirim, enfeksiyon kontrolü

KAYNAKLAR:

1. Sağlık Bakanlığı’nın 23-24.11.2011’de Kuduz Saha Rehberi Tanıtım Toplantısında sunulan veri
2. Türkiye Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM), 2011 Manisa İl İcmal verisi
3. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri’nin 24.02.2004 / 1534 sayılı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı Ve Bildirim Sistemi Yönergesi
4. ICD-10 Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması Onuncu Revizyon Türkçe Sürümü, Ankara, Mayıs 2007
5. WONCA International Classification Committee (WICC), International Classification of Primary Care (ICPC) (<http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/icpcstory.html>) (Erişim: 20.06.2012)

682

MERSİN’DE BERBER/KUAFÖRLERİN MESLEKİ BULAŞICI HASTALIK BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI

Tayyar Şaşmaz¹, Havva Mendes², A. Koray Kenziman³, Ayşe Turna Ok⁴, Songül Koçuk⁵

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD ÖğÜ., ²Uzm.Dr, Toros Devlet Hast. Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı, ³Dr, Mersin Halk Sağlığı Müd., ⁴Hemşire, Toros Devlet Hast., ⁵Hemşire, Mersin Ağız Diş Sağ Mer.

Giriş ve Amaç:Toplumda birçok insan ortak hizmet veren yerlerden hizmet almaktadır. Buralardan hizmet alan kişilerin sağlıklı koşullarda hizmet almaları gereklidir. Berber ve kuaförler bu alanlardan biridir. Bu salonlarda çalışanlar kişisel hijyenlerine, çalışma aletlerinin dekontaminasyon, dezenfeksiyon ve sterilizasyonuna, atıkların doğru şekilde uzaklaştırılmasına ve çalışma ortamının temizliğine gereken önemi vermedikleri takdirde müşteri ve kendilerine hastalık bulaştırmaları kaçınılmazdır.

Sağlık çalışanları gibi vücut sıvıları ve kan ürünleri ile karşılaşan meslek gruplarında kanla bulaşan hastalıklar risk teşkil etmektedir. Berber ve kuaförlerin genellikle müşterilerinin görünen ve görülemeyen kan ve vücut sıvıları ile temas ettikleri iyi bilinmektedir. Genellikle jilet veya makas gibi keskin aletler kullanırlar ve bazen bu aletlerle müşterilerini bazen de kendilerini yaralayabilirler. Elektrikli traş makinelerinin ortak kullanımı da kanla bulaşan hastalıkların geçişinden sorumlu olabilmektedir (1,2). Kişioğlu ve arkadaşlarının(3) yaptığı bir çalışmada kuaför ve güzellik salonlarında çalışanların manikür- pedikür uygulayanları sırasında %53.3’ünün kullandıkları aletlerle yaralandıklarını tespit edilmiştir. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü tarafından berber ve güzellik merkezlerinde çalışanların kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusunda bilgilendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

katılımcıların %23.0' ünün eldiven kullanma alışkanlığının olmadığı, %42.9'unun kullandığı aletleri kolonya / alkol ile silerek dezenfekte ettiği rapor edilmektedir (4).

1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 126. ve 127. maddeleri ve T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 27.01.2005 tarih 1059 sayılı genelgesine göre gıda üretim yerleri **ve sıhhi müesseselerde** çalışanların bulaşıcı hastalık taşıyıcılığı yönünden her 3 ayda bir muayene olma ve sıhhi rapor alma mecburiyeti getirilmiş ve bu sıhhi muayenenin de ücretsiz olarak belediye tabipleri veya hükümet tabipleri tarafından yapılacağı belirtilmiştir. İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik içinde berber ve kuaförler sıhhi müesseseler içinde sayılmıştır. Bu nedenle berber ve kuaförlerde çalışan kişilerin sağlıklı olup olmadıklarını değerlendirmek için periyodik olarak portör muayenelerini yaptırmaları ve muayene sonrasında sağlıklı olmayan kişilerin de iyileşinceye kadar çalışmamları gerekmektedir.

Bu çalışma ile Mersin Merkez Akdeniz İlçe sınırları içinde çalışan erkek ve kadın kuaför salonlarında çalışan kişilerin portör muayeneleri ile meslekleriyle ilgili bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Berber, portör, bulaşıcı hastalık, enfeksiyon, dezenfeksiyon

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte planlanan bu çalışma 1 Şubat – 31 Aralık 2011 tarihleri arasında Mersin Akdeniz İlçe sınırları içinde yapıldı. Berber ve kuaförler odası ile Akdeniz Belediyesi Zabıta Müdürlüğünden elde edilen bilgilerle ilçe sınırları içinde 345 berber ve kuaför salonunun olduğu tespit edildi. Kesin sayı bilinmemekle beraber, salonlarda 800 kişinin usta, kalfa ve çırak olarak çalıştığı öğrenildi. Bir örnekleme yapılmadan, bölgede bulunan bütün berber ve kuaför salonlarının ve bu salonlarda çalışan kişilerin tamamının çalışmaya alınması planlandı. Çalışma ile ilgili resmi izin ve etik kurul onayları alındı.

Veri toplamak için standart bir veri formu hazırlandı. Veri formunun pilot çalışması 15 berber ve kuaför üzerinde yapıldı. Pilot çalışma sonrasında veri formu revize edilerek, kullanıma hazır hale getirildi. Veri formunda kişilerin demografik bilgileri yanında meslekleriyle ilişkili bulaşıcı hastalıklar ve bu hastalıkların önlenmesi hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan sorular yer almaktaydı.

Veri toplamak için berber ve kuaför salonlarına haber verilmeden gidildi. Çalışanlara çalışma hakkında bilgi verildi. Çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlere çalışmaya alındı. Çalışanların portör muayenesinin olup olmadığı "Esnaf Portör Muayene Kartı" incelenerek tespit edildi.

Veri formlarından elde edilen veri bilgisayara girildi. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 129'u kadın kuaförü (%44.5) olmak üzere toplam 290 berber ve kuaför salonu alındı. Çalışmaya 492'si erkek (%64.7) olmak üzere toplam 760 kişi katıldı. Çalışanların yaş ortalamasının 28.1±10.8 yıl olduğu tespit edildi. Berber ve kuaförlerin 301'inin (%39.6) ilkökul ve altı eğitim seviyesine sahip olduğu ve 379'unun (%49.9) usta olarak çalıştığı tespit edildi. İşyerlerinin 176'sında (%60.7) çalışma ruhsatının olduğu ve işyerlerinde çalışan ortalama kişi sayısının 2.7±1.9 kişi olduğu belirlendi. Meslekte geçen süre ortalamasının 13.2±10.8 yıl olduğu saptandı.

Çalışmaya katılanların 71'inin (%9.3) bugüne kadar en az bir defa portör muayenesi yaptırdığı ve sadece 24'ünün (%3.1) portör muayenesini düzenli olarak yaptırdığı tespit edildi. Portör muayenesi yaptırmama nedenleri arasında %54.9 ile "böyle bir muayeneyi bilmeme" birinci sırada yer almaktaydı.

"Çalıştıkları ortamdan kendilerine veya müşterisine hangi bulaşıcı hastalıklar bulaşabilir?" sorusuna çalışmaya katılanların %69.3'ü Hepatit B, %44.3'ü HIV/AIDS, %42.2'si mantar, %28.e'ü Hepatit C, %17.5'i de bit cevabını verdi. Bu güne kadar en az üç doz Hepatit B ve Tetanoz toksoidi aşısı yaptıranların oranının sırasıyla %12.1 ve %3.2 olduğu belirlendi. Her yıl düzenli olarak grip aşısı yaptıranların oranı ise %3.7 idi.

Çalışmaya katılanların %43.3'ünün çalışırken iş önlüğü giydiği tespit edildi. İş önlüğü giymeyenlerin %64.0'ı rahat edemediği için, %23.7'si de gerek görmediği ya da tembellik nedeniyle iş önlüğü giymiyordu.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Berber ve kuaförlerin %29.5'inin her müşterisi için yıkanmış havlu, %3.4'dünün her müşteri için özel makas/tarak takımı ve %98.5'inin de her müşteri için ayrı jilet kullandığı tespit edildi. Manikür ve pedikür yapanların sadece %3.4'dü her müşterisi için özel manikür pedikür seti kullanmaktaydı. Çalışanların kullanılan araç ve gereci dezenfekte etmek için kullandığı ilk beş yöntemin sırasıyla alkol (%58.3), ultraviyole (%48.3), zefiran (%27.9), sıcak su (%14.5) ve yakma (%13.1) olduğu tespit edildi.

Çalışmaya katılanların %19.6'sının son bir ay içinde işyerinde yaralandığı saptandı. Erkek berber ve kuaförlerin %95.9'u müşterisinde yaralanma olduğu zaman tek kullanımlık kan taşı kullanmaktaydı.

Çalışmaya katılanların %72.1'i mesleği ile ilgili eğitime ihtiyaç duyduğu ve %43.4'ünün mesleki gelişim, %12.6'sının cilt bakımı, %12.5'inin de sağlık bilgisi konusunda eğitim almak istediği tespit edildi.

Tartışma / Sonuç: Çalışmamızda berber ve kuaför salonlarının %39.3'ünün çalışma ruhsatının olmaması ve mevzuatımız gereği yaptırılması zorunlu olan portör muayenesini çalışmaya katılanların %90.7'sinin yaptırmamış olması dikkat çekicidir. Portör muayenesi yaptırılmamasının başlıca nedeninin ise çalışanların portör muayenesinden habersiz olmasıdır. Hem ruhsatsız çalışma hem de portör muayenesinin yaptırılmaması bu salonlarda çalışan kişilerle buralardan hizmet alan müşterilerin her türlü sağlık sorunu ile karşı karşıya kalacağını göstermektedir.

Kanla bulaşan hastalıklar sağlık çalışanları gibi vücut sıvıları, kan ürünleri ile karşılaşan meslek gruplarında risk teşkil etmektedir. Berber ve kuaförlerin genellikle müşterilerinin görünen ve görülemeyen kan ve vücut sıvıları ile temas ettikleri iyi bilinmektedir. Genellikle jilet veya makas gibi keskin aletler kullanırlar ve bazen bu aletlerle müşterilerini bazen de kendilerini yaralayabilirler. Elektrikli traş makinelerinin ortak kullanımı da kanla bulaşan hastalıkların geçişinden sorumlu olabilmektedir (2). Kişioğlu ve arkadaşlarının "İsparta'da kuaför ve güzellik salonlarında çalışanların HIV/AIDS konusunda tutum ve davranışları konulu çalışmalarında; manikür- pedikür uygulayanların %53.3'ünün kullandıkları aletlerle yaralandıklarını tespit etmişlerdir (3). Boztaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kuaför ve güzellik salonlarında çalışanların %30'unun son bir ayda işlerini yaparken kesici delici bir aletle yaralandığı bildirilmektedir (1). Çalışmamızda da berber ve kuaförlerin %19.6'sının son bir ay içinde iş yerinde yaralandığı tespit edildi. Bu sonuçlar berber ve kuaförlerin sıklıkla işleriyle ilgili yaralanmalara açık olduğunu göstermektedir. Yaralanmaya bu kadar açık olan bir meslek grubunda, çalışmamızdan elde edildiği gibi Hepatit B aşısının çok düşük oranda yaptırılması, çalışanların ve müşterilerin Hepatit B ile karşı karşıya kalma riskini artırabilir. Yine aynı şekilde diğer koruyucu aşıların da çok düşük oranda yapılması dikkat çekici bir sonuçtur.

Ankara'da berber ve kuaförlerde yapılan bir çalışmada çalışanların kullandığı aletleri dezenfekte etmek için %42.9 ile "Kolonya/alkol ile silme" yöntemi ve %26.2 ile sterilizatör kullandıkları rapor edilmektedir (4). Çalışmamızda da berber ve kuaförlerin kullandıkları aletleri dezenfekte etmek için en fazla alkol ve kolonya kullandığı tespit edildi. Berber ve kuaförler tarafından etüv, kaynatma gibi daha etkili yöntemlerin düşük oranda kullanılması, etkinliğinin ne kadar olduğu bilinmeyen kolonya ya da alkolle silme gibi yöntemlerin yoğun kullanılması, kullanılan aletlerin kabul edilebilir bir dezenfeksiyon / sterilizasyon aşamasından geçmediğini göstermektedir.

Çalışmaya katılanların tamamına yakınında her müşteri için ayrı bir jilet kullanılması olumlu bir gelişme iken, makas, tarak, önlük, havlu gibi araç gereçlerin ağırlıklı olarak ortak kullanılması ve gün sonunda temizlenmesi, berber ve kuaförlerde yeterli hijyen şartlarının olmadığını göstermektedir.

Sonuç olarak çalışmamızda; i) Berber ve kuaför salonlarının yüksek oranda ruhsatsız çalıştırıldığı, ii) Çalışanların tamamına yakının düzenli olarak portör muayenesi yaptırmadığı, iii) Hepatit B, Tetanoz toksoidi ve grip aşısını yaptıranların oranının çok düşük olduğu ve v) Kullanılan araç gereçlerin dezenfeksiyon ve temizliğinin yeterli olmadığı saptanmıştır.

Öneriler: Belediye zabıtasının gerekli denetimleri yaparak, ruhsatsız çalışan berber ve kuaförleri tespit etmesi ve bu şekilde çalışmanın sonlandırılması,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Berber ve kuaförlerin hijyen ve portör muayenesi yönünden rutin denetimlerinin yapılması ve çalışanların periyodik olarak portör muayenesinin yaptırılması,
- Berber ve kuaförlere meslekleriyle ilişkili bulaşıcı hastalıklardan korunmak ve kullandıkları araç gereçlerin dezenfeksiyon/sterilizasyonunu sağlamak için sağlık eğitimi yapılması
- Çıraklık eğitim merkezlerinde eğitim müfredatı içine portör muayenesi ve mesleki bulaşıcı hastalıkların önlenmesi konusunun eklenmesi,
- Yaygın iletişim araçları kullanılarak toplumda berber ve kuaförlerden bulaşabilecek hastalıklar ve alınacak önlemler konusunda farkındalık oluşturulması önerilir.

Kaynaklar:

1. Boztaş G, Çilingirlioğlu N, Özvarış ŞB, ve ark. Ankara ilinin bir semtinde bulunan kuaför ve güzellik salonlarında çalışan kişilerin kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusunda bazı görüş ve uygulamaları. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;60-80.
2. Kelly CR. Electric Razors. As a Potential Vector for Viral Hepatitis. N Engl J Med 2000; 342: 744-45.
3. Kışioğlu AN, Öztürk M, Demirel R, Uskun E, Kırbıyık S. Isparta İl Merkezindeki erkek berberlerin hepatit-B hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2000;7:53-7.
4. Üner S, Özvarış ŞB. Kan yoluyla bulaşan hastalıklardan korunmada farklı bir hedef grup için eğitim programı. Toplum Hekimliği Bülteni 2001;22:1-4

301

MUĞLA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE HEPATİT B VİRÜSÜ, HEPATİT C VİRÜSÜ, İNSAN İMMUN YETMEZLİK VİRÜSÜ İNFEKSİYONU VE SİFİLİS SEROPREVALANSI

Metin Pıçakçıefe, Nevin Yılmaz, Gülsen Düzöz

Muğla Sıtkı Koçman Üniv.

Giriş ve Amaç: Ülkemizin Güney-Batı bölgesindeki hepatit prevalansına ait net bir bilgi yoktur. Bu çalışmada Muğla il tabanlı, kan merkezine başvuran donörlerde Hepatit B, Hepatit C, HIV ve sifilis seroprevalansını saptamak, pozitif olguların sosyodemografik özellikleri ve kan verme durumları ile aralarındaki ilişki incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif tipteki çalışmanın evrenini 1 Ocak- 31 Aralık 2008 tarihlerinde Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kan Merkezine başvuran 7289 donör oluşturmuştur. Örnek seçilmemiştir ve 7289 donörün Sorgulama Formlarının tamamı incelenmiştir. Bağımlı değişken donörlerin seropozitif olma durumudur. Seropozitif olma durumu; HBsAg, anti-HCV, Anti-HIV 1/2 ve sifilis pozitif olma alt başlıklarında irdelenmiştir. Bağımsız değişkenler sosyodemografik özellikler, alınan kan ile ilgili özellikler ve kan verme durumu alt başlıklarında irdelenmiştir. Veri, SPSS 17.0 paket programı kullanılarak, Fisher'in Kesin Testi ile çözümlenmiş, $p < 0.05$ anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Donörlerin %96.7'si erkek, %50.5'i 34 ve altı yaş grubunda, %34.6'sı ilköğretim mezunu, %66.2'si evli, %74.6'sı turizm bölgesinde oturmaktadır. Donörlerin %36.2'si A Rh+ kan grubuna sahip, %70.4'ü hastası için kan vermiştir. Donörlerin %0.6'sında HBsAg, %0.4'ünde Anti-HCV, %0.2'sinde sifilis seropozitif bulunmuştur. Donörlerin kanlarının tamamında Anti-HIV 1/2 pozitifliğine rastlanılmamıştır. Erkeklerde HBsAg ($p = 0.028$) ve sifilis seropozitif sıklığı ($p = 0.015$), turizm bölgesinde oturanlarda ise Anti-HCV seropozitif sıklığı ($p = 0.011$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Muğla'da hepatit B, Anti-HIV ve sifilis seroprevalansı ülkemizin donör verilerinin ortalaması sınırları içerisinde, diğer az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerin donör verilerinin ortalamalarına göre ise daha düşük oranda bulunmuştur. Hepatit C seroprevalansı ise ülkemizin donör verilerinin ortalaması ve diğer az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerin donör verilerinin ortalamalarının sınırları içinde bulunmuştur (1,2,3,4,5). Saptanan hepatit C olgularının çoğunluğunu turizm bölgesindeki donörlerin oluşturması, cinsiyet ile hepatit B ve sifilis arasında anlamlı bir ilişki bulunması çalışmamızın en dikkat çekici sonuçlarıdır. Kan transfüzyonuyla bulaşan enfeksiyonların önlenmesinde test yöntemleri ne kadar gelişirse de risk her zaman vardır. Transfüzyonla bulaşan enfeksiyonların bölgesel yaygınlığının bilinmesi, taşıyıcıların belirlenmesi ve tedavi edilmesi, kan merkezlerinde donör sorgulama formunun etkin kullanımı, immünoproflaksi ve toplumu bilinçlendirme çalışmaları bu risklerin azalmasını sağlayabilir.

Anahtar sözcükler: Hepatit B Virusü, Hepatit C Virus, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, Sifilis, Donör

Kaynaklar:

1. Uyanık MH, Kuzucu Malcok H, Aktaş O. Kan donörlerinde hepatit B, hepatit C ve HIV-1/2 seroprevalansı. Atatürk Üniv Tıp Derg. 2004; 36(2): 35-8.
2. Kaya S. Kan donörlerinde hepatit B virusu, hepatit C virusu ve insan immün yetmezlik virusu enfeksiyonu ve sifilis sıklığı. Klimik Derg. 2008; 21(2): 65-8.
3. Gupta N, Kumar V, Kaur A. Seroprevalence of HIV, HBV, HCV and syphilis in voluntary blood donors. Indian J Med Sci 2004;58:255-7.
4. Matee MN, Magesa MP, Lyamuya EF. Seroprevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B and C viruses and syphilis infections among blood donors at the Muhimbili National Hospital in Dar Es Salaam, Tanzania. BMC Public Health 2006, 6:21.
5. Garcia-Montalvo BM. Seropositivity of HIV, HBV, HCV and Treponema pallidum in blood donors in southeast Mexico. Rev Invest Clin. 2006; 58(6): 567-72.

813

OLGU SUNUMU: EŞZAMANLI GÖRÜLEN BİR KIZAMIK KIZAMIKÇIK VAKASI

Çiğdem Cerit¹, Ahmet Önder Porsuk², Muhammed Mustafa Saymaz¹

¹Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü, ²Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü

GİRİŞ ve AMAÇ:Kızamık (measles, rubeola) bulaşıcı, paramiksovirus ailesinden bir RNA virüsü hastalığıdır. Özellikle aşısı olmayan ya da yeterli bağışıklık düzeyi gelişmeyen kişilerde görülür. Kızamıkçık (rubella) ise bulaşıcı, Togaviridae ailesi rubivirus cinsinden RNA virüsü ile oluşan döküntülü bir hastalıktır. Çocuklarda ve erişkinlerde hafif seyirli bir klinik tabloya yol açar. Yapılan literatür incelemesinde bu iki hastalığın eşzamanlı olarak görülebileceğine dair bilgiye rastlanmadığı gibi, bu konuda yapılmış başka vaka sunumlarına ulaşılamamıştır.

Bu olgu sunumuyla, kızamık ve kızamıkçığın eliminasyon programlarının yürütüldüğü ülkemizde halen önemli bir morbidite nedeni olan bu iki hastalık nadiren eşzamanlı olarak görüldüğünden vakanın ilgililerle bilimsel ortamda paylaşılması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM:Bu çalışma, kayıtlar üzerinden ve yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmış bir olgu sunumu çalışmasıdır. Sunumu yapılan vaka, Kırklareli İli Lüleburgaz İlçesi'nde, 14.07.2011 tarihinde tespit edilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Vakanın doğrulanmasında, ELİSA yöntemi kullanılmıştır. ELİSA ile spesifik IgM antikorunun saptanması DSÖ tarafından rutin kızamık ve kızamıkçık sürveyansı için önerilen standart testtir. Vakanın sunumu için gerekli izinler alınmıştır.

BULGULAR:Vaka, 17 aylık erkek çocuktur. Miyadında ve sectio ile doğduğu bildirilmiştir. Bebeklik döneminde herhangi bir özellik olmadığı, Sağlık Bakanlığı Aşı Takvimine ve yaşına göre tam aşı olduğu, ancak 12 ay civarında Varisella geçirdiği ebeveyni tarafından beyan edilmiştir. Vaka, ailenin tek çocuğu olmakla birlikte, yaşları 4 ile 14 arasında değişen beş yakın çocuk akrabasının da yaşadığı aileye ait bir apartmanda ikamet etmektedir. Anne ev hanımı olduğunu ve çocuğun bakımı ile bizzat ilgilendiğini belirtmiştir. Ailenin sosyoekonomik durumu göreceli olarak orta üst kategoride sınıflandırılabilir.

İlk olarak 14.07.2011 tarihinde Lüleburgaz Devlet Hastanesi'nde görevli bir çocuk hastalıkları uzmanı tarafından 38.9 derece ateş, döküntü, ishal, kulak arkası şişlik ve ağrı bulgularıyla kızamık olası vaka olarak değerlendirilmiştir. Kızamık/Kızamıkçık Vaka İnceleme Formu ile Kızamık/Kızamıkçık Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formu doldurularak kızamık ön tanısıyla kan numunesi alınmış ve Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı İstanbul Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlüğü'ne gönderilmiştir. Gönderilen numunelerin sonucu 19.07.2011 tarihinde ELİSA Kızamık IgM (measles) pozitif (+) ve ELİSA Kızamıkçık IgM (rubella) pozitif (+) olarak tespit edilmiş, Kırklareli Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi'nden tekrar numunesi alınması istenmiştir.

20.07.2011 tarihinde bağlı bulunduğu aile hekimi ve Lüleburgaz Toplum Sağlığı Merkezi ekiplerince evinde yapılan ziyarette vakanın anamnezi ve numuneleri tekrar alınmış, vakanın izolasyonu sağlanmıştır. Aile hekiminin muayenesinde; çocuğun vücudunda hafif döküntülerin olduğu, ateşinin olmadığı, kulak arkası LAP olmadığı, başka bir bulgusunun olmadığı, çocuğun hareketli, aktif olduğu gözlenmiştir. Anamnezde öncelikle 07.07.2011 tarihinde gece Lüleburgaz Devlet Hastanesi acil servise ateş, kulak arkası şişlikle başvurduğu, boğaz enfeksiyonu teşhisiyle antibiyotik içeren bir şurup verilerek ertesi gün çocuk polikliniğine yönlendirildiği öğrenilmiştir.

08.07.2011 Cuma günü Lüleburgaz Devlet Hastanesi'nde diğer bir çocuk hastalıkları uzmanı tarafından aynı şikayetlerle muayene olduğu, hemogram, CRP, sedimantasyon, TİT analizlerinin yapıldığı, 08.07.2011 tarihinde yapılan analiz bulgularında Hb:12.7, Htc:35.9, WBC:14, PLT:148, Sedim saat 15, CRP:13.64 (mg/L) olduğu, idrarın normal olarak tespit edildiği anlaşılmaktadır. Tanı olarak boğaz-beze enfeksiyonu dendiği, acilde verilen ilaçlara devam denerek 1 hafta sonra kontrole çağırıldığı aile tarafından ifade edilmiştir.

09.07.2011 Cumartesi çocuğun ateş, iştahsızlık şikayetlerinin artması üzerine sabah 06.00'da Lüleburgaz Devlet Hastanesi Acil Servise başvurulmuş, telefonla çocuk hastalıkları uzmanı ile görüşülmüş, acilde enjektabl antibiyotik uygulanarak reçetesi düzenlenerek eve gönderildiği anlaşılmıştır.

12.07.2011 Salı günü, sağ kulak arkası döküntülerinin başlaması üzerine tekrar Lüleburgaz Devlet Hastanesi'ne başvurarak ön tanısını koyan çocuk hastalıkları uzmanına muayene olmuşlar. Döküntüleri sağ kulak arkası, boyunda, ensede ve az miktarda da vücutta mevcutmuş. Intramusküler antibiyotik tedavisi başlanmış, dört adet enjeksiyon yapılmış.

14.07.2011 Perşembe günü, tekrar aynı çocuk hastalıkları uzmanına giderek muayene olduklarında vücudunda yaygın kızarıklık, döküntü mevcutmuş. İM antibiyotik kesilmiş, idrar ve kan numuneleri alınarak, kızamık veya kızamıkçık şüphesi ile ihbar yapılmış. 14.07.2011'deki kan değerlerinde Hb:11.5, Htc:33.5, WBC:8.8, PLT:162 olarak tespit edildiği anlaşılmıştır. Oral antibiyotikle tedavisine devam edilmiş.

15.07.2011 Cuma günü Lüleburgaz'da bir özel hastaneye başvurmuşlar, çocuk hastalıkları uzmanına muayene olmuşlar. Dermatoloji uzmanı ile konsülte edilerek alerjiye dönük süspansiyon ve losyon tarzı ilaçlar ile kortikosteroid tablet verilmiş.

Kırklareli Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi tarafından 22.07.2011 tarihinde filyasyon çalışması yapılmış, olgu ve temaslıları ile görüşülmüştür. Olgunun öyküsünde kızamık kızamıkçık kuluçka sürelerine uyan dönemde, klinik belirtilerin görülmeye başladığı 07.07.2011 tarihinden 1 hafta önce, 28.06.2011-01.07.2011

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

tarihleri arasında Babaeski İlçesi Müsellim köyüne düğün sebebiyle misafir olarak gittiği, düğüne yurtdışından, özellikle dönemi itibarıyla kızamık salgınlarının görüldüğü Avrupa'dan kimse ile temas etmediği ancak 2011 yılında imparte kızamık vakalarında artış görülen ve yerli vakaların bulunduğu İstanbul ilinden gelen çocuklu yakın akrabası bir aile ile görüştüğü öğrenilmiştir. Başka da bir temas öyküsü saptanmamıştır. Bulaşıcı Hastalıklar şubesinde yapılan ziyaretinde, çocuğun vücudunda cilt altı, sönmeye meyilli döküntüler gözleendiği, ateş olmadığı, genel durumunun iyi olduğu, ailenin işbirliğine meyilli olduğu görülmüştür. Aile ve aile apartmanında yaşayanlar Kızamık-Kızamıkçık hastalığı hakkında bilgilendirilmiş, yakın ev temaslıları belirlenerek yaşları 4 ile 14 arasında değişen beş yakın çocuk akrabasının Kızamık Kızamıkçık Kabakulak aşısı ile aşılması sağlanmıştır. Hastanın ve yakınlarının izolasyonu önerilmiştir.

Kan örnekleri tekrar alınarak Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'na 25.07.2011 tarihinde numunesi gönderilmiş, 29.07.2011 tarihli Ulusal Kızamık Laboratuvarı raporunda ELİSA Kızamık IgM (measles) pozitif (+) ve ELİSA Kızamıkçık IgM (rubella) pozitif (+) olarak tespit edilmiştir. Vakanın birden fazla hastane başvurusu olduğu göz önüne alındığında hastane temaslılarının belirlenmesi çalışmaları ve aşılama çalışmaları yürütülmüştür. İldeki hastaneler, aile hekimleri kızamık-kızamıkçık sürveyansı açısından uyarılmıştır.

TARTIŞMA /SONUÇ VE ÖNERİLER:Kızamık, sadece insanları enfekte ettiğinden eliminasyonu mümkün olan bir hastalıktır. Bununla birlikte; duyarlı insanlar arasında ikincil atak hızı %90'dan fazla olup bulaşıcılığı en yüksek hastalıklardan biridir. Virüs, hava yollarındaki damlacıkların solunmasıyla ya da enfekte kişilerin burun ve boğaz sekresyonlarının doğrudan ya da dolaylı (kontamine nesnelere aracılığıyla vb) temasıyla bulaşır. Bu nedenle tek bir kızamık vakasının bile filyasyonu önemlidir.

Kızamık hastalığı olan kişiler döküntünün başlamasından dört gün öncesine, döküntünün sona ermesinden ise dört gün sonrasına kadar bulaştırıcı kabul edilmektedir. Maruziyet sonrası, belirtilerin başlamasına kadar olan inkübasyon süresi ortalama 10-12 gündür (7-18 gün). Bildirilen kızamık vakalarının yaklaşık %30'unda bir ya da daha fazla pnömoni (%1-6), diyare (%6), otitis media (%7-9), körlük ve post enfeksiyöz ensefalit (1000 vakada 1), ölüm (%3-6), 100.000 vakada 1 subakut sklerozan panensefalit (SSPE) komplikasyonları gelişmektedir. Bir yaş altı çocuklarda ve erişkinlerde ciddi komplikasyon riski daha yüksektir. Bizim vakamızda erken dönem komplikasyonu tespit edilmemiştir.

2003 yılında yayınlanan Ankara'da Bir Salgın İncelemesi: Kızamık mı? Kızamıkçık mı? adlı çalışmada birinci sınıf öğrencisi bir grup çocukta kızamık benzeri hastalık görüldüğü bildirilmiş, aynı çalışmada geniş çaplı ulusal bir aşılama etkinliği ile kızamık eliminasyonunun hedeflenmesi gerektiği, ülke çapında kızamık/kızamıkçık tanısını koymada seçiciliği artırmaya dönük laboratuvar ağının güçlendirilmesi tartışılmıştır. Örnek olarak verdiğimiz bu çalışmada da olguların hiçbirinde kızamık ve kızamıkçık eş zamanlı olarak tespit edilmemiştir.

Ülkemizde aşılama programları sayesinde aşıyla korunulabilen Kızamık-Kızamıkçık vakalarında önemli oranda düşüş sağlanmıştır. 2006 yılından itibaren aşı takviminde kızamık aşısı yerine KKK aşısı uygulanmaya başlanmıştır. KKK aşısı 12. ay ve ilköğretim birinci sınıfta (6-7 yaş) olmak üzere iki doz şeklinde uygulanmaktadır. 2011 yılı verilerine göre Kırklareli'nde 0 yaş KKK aşı oranları %95'in üzerindedir. Ancak aşının koruyuculuğu, kapsayıcılığı ve yılın herhangi bir zamanında importasyon ihtimali; bu hastalıkların sürveyansının ulusal düzeyde tüm yıl boyunca sürdürülmesi gerektiğini unutturmamalıdır. Kızamık ve kızamıkçık kontrolünün düzeyi arttıkça ve eliminasyona yaklaşıldıkça, her olası vakanın araştırılması ve laboratuvar tarafından doğrulanması önem kazanmaktadır.

Bu olguya KKK aşısı, doğumunu takiben bir yıl sonra 28.02.2011 tarihinde uygulanmıştır. Döküntü başlama tarihi 09.07.2011'dir. Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler açısından değerlendirildiğinde KKK aşısı sonrası ateş, lenfadenopati, döküntü, boğaz ve baş ağrısı, hafif kızamıkçık tablosu, artralji sık ve hafif yan etkiler olarak değerlendirilirken; anafilaksi, 1-6 hafta içinde görülen trombositopeni, ensefalopati, aseptik menenjit nadir ve ciddi yan etkiler olarak sınıflandırılmaktadır. Olguda aşı yapılma tarihi ile kızamık ve kızamıkçık enfeksiyon döküntülerinin ortaya çıkışı arasında 4 ay 10 gün bulunması, aşının istenmeyen yan etkilerinin kuluçka dönemine uygunluk göstermediğini, dolayısıyla enfeksiyonların KKK kullanımına bağlı olmadığını düşündürmektedir.

Bu olguda, maruziyet sonrası kuluçka süreleri göz önüne alınarak bulaştırıcılığı, komplikasyonların varlığı, aşılama ve sürveyans çalışmaları irdelenmiştir. Devlet Hastanesinde çalışan bir çocuk hastalıkları uzmanı

tarafından vakanın kliniğinin olası kızamık, olası kızamıkçık olarak düşünülmesi önemlidir. Ayrıca olguda bir immün yetmezlik olup olmadığı da akla getirilmelidir. Ancak olası tanı alana dek özel hastane dahil dört kez hastane başvurusu olması, döküntülü bir çocukta, eliminasyon programı süren, aktif sürveyans yapılan bu iki hastalığın ve immün yetmezliğin akla gelmemesi de düşündürücüdür. Kırklareli'ndeki inceleme, sürveyans sisteminin güçlü ve zayıf yönlerinin saptanması açısından da bir fırsat olmuştur.

ANAHTAR KELİMELER: Kızamık, Kızamıkçık, Sürveyans, Kırklareli.

KAYNAKLAR:

- 1) Sağlık Bakanlığı "Kızamık, Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu Sürveyansı Daimi Genelgesi, 2010.
- 2) D.Kanyılmaz, F. Atmaca, B. Kaya, G. Korukoğlu, N. Noyan, D. Güriş "Ankara'da Bir Salgın İncelemesi: Kızamık mı? Kızamıkçık mı?", STED 2003;12(6):206.
- 3) CDC.CDC., Measles outbreak---Hennepin County, Minnesota, February--March 2011. Kızamık salgını --- Hennepin County, Minnesota, Şubat - Mart 2011. MMWR 2011;60:421 . MMWR 2011; 60:421.
- 4) U. Deveci, F. Gökcan, K. Demirören "Olgu Sunumu: Doğumsal Kızamıkçık Sendromu" Fırat Tıp Dergisi 2007;12(2): 149-150.
- 5) World Health Organization Regional Office for Europe. Eliminating measles and rubella and preventing congenital rubella infection: WHO European region strategic plan 2005–2010. Copenhagen, Denmark: The Office; 2005.

963

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ERİŞKİN VE ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARI HAKKINDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Özgü Kesmezacar¹, Muzaffer Fincancı², Suna Koyuncu², Nurcan Demirkıran², Özden Özgün²

¹İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, ²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ ve AMAÇ: Toplum bağışıklamasında hem aşı uygulanması gereken hem de toplumda aşı uygulayacak ve önerecek öncül grup olmaları nedeniyle sağlık çalışanlarının, erişkin ve çocukluk çağı aşıları hakkındaki tutum, davranışları ve aşı yaptırmama nedenlerinin bilinmesi önem taşır.

Son yıllarda pandemik grip aşısı ile aşı güvenilirliği tartışmaları tekrar gündeme gelmiştir. Bu durum kişilerin diğer aşılarla karşı tutumunu da etkilediği için mevsimsel grip aşılamasında da oranların azaldığı görülmüştür. Ayrıca kızamık-kızamıkçık-kabakulak (MMR) aşılamasında da özellikle sağlık çalışanları arasında istenilen düzeyde aşılama yapılamadığı gözlemlenmiştir.

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının erişkin çocukluk çağı aşıları hakkındaki tutum ve davranışlarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Değerlendirme yapılırken erişkin çağı aşıları için kendi aşılanma durumları, çocukluk çağı aşıları içinde çocuklarının aşılanması konusundaki tutum ve davranışları incelenmiştir. Ek olarak aşı yaptırmama nedenleri analiz edilmiştir.

GEREÇ YÖNTEM: Araştırma, 01.02.2012-30.04.2012 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiş kesitsel tipte çalışmadır. Araştırmanın evrenini hastanede çalışan 380 hekim ve 418 yardımcı sağlık personeli (hemşire, ebe ve sağlık memuru) oluşturmuş, örnekleme yapılmamıştır. Hekimlerin % 63,4'üne, yardımcı sağlık personelinin ise % 61,5'ine ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul edenlere literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu uygulanmıştır. İstatistiksel

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

analizlerde tanımlayıcı istatistikler, student t testi ve ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 241 hekim, 257 yardımcı sağlık personeli katılmıştır. Katılımcıların %67,3'ü kadın, % 32,7'si erkektir. Yaş ortalaması hekimlerde $35,35 \pm 9,05$; yardımcı sağlık personeline $32,72 \pm 8,83$ 'dür ($p=0,048$). Meslekte çalışma süresi ve hastanedeki çalışma süresi sırasıyla hekimlerde $10,8 \pm 9,26$ yıl; $4,89 \pm 6,03$ yıl ($p=0,065$) iken yardımcı sağlık personeline $12,33 \pm 8,92$; $8,23 \pm 7,88$ yıl ($p=0,0001$) olarak saptanmıştır. %54,3'ü dahili, % 40,2'si cerrahi, % 5,5 ise idari birimlerde çalışmaktadır.

Sağlık çalışanlarında aşı yaptırma yüzdeleri: hepatit B % 88,6; mevsimsel grip % 27,1; pandemik grip % 29,1 olarak belirlenmiştir. Kadınların % 58,5'i, erkeklerin % 60,9'u MMR aşısı yaptırmıştı. Hepatit B aşısı yaptıranların % 93,9'u serolojik olarak aşının kontrolünü yaptırmıştı. Hekim ve yardımcı sağlık personelleri arasında hepatit B, MMR ve mevsimsel grip aşılarını yaptırma yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yokken; pandemik grip aşısı yaptırma yüzdesi hekimlerde daha yüksek olarak tespit edilmiştir ($p=0,001$). Hastanede çalışılan birimin dahili veya cerrahi klinik olması hekim ve yardımcı sağlık personelinin aşı yaptırma durumlarını etkilemediği tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarından doğal bağışıklığı olduğunu söyleyenler hariç; aşı yaptırmama sebebini hepatit B'de % 58,8; MMR'da ise % 23,5 "ihmal etme" olarak belirtmişlerdir.

Mevsimsel grip aşısında % 31,9'u "aşının etkili olduğunu düşünmedikleri-koruyuculuğuna inanmadıkları"; pandemik grip aşısı için ise % 22,6'sı "güvenilir bulmama" nedeniyle aşığı kendilerine yaptırmadıklarını belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının % 51,2'sinin çocuğu vardı. % 56,4'ü tek, % 39,3'ü 2 çocuk sahibiydi. Çocuklarına aşı yaptırma durumları çocukluk çağı aşılarında (difteri-tetanoz, polio, kızamık, MMR) % 95'in üzerinde iken mevsimsel grip aşısında % 20,8; pandemik grip aşısında ise % 19,8 idi. Çocuklarına pandemik grip aşısı yaptırma oranı hekimlerde yardımcı sağlık personeline göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,02$).

Katılımcıların, çocuklarına mevsimsel grip aşısı yaptırmama nedeni olarak % 32,6'sı "aşının etkili olduğunu düşünmedikleri-koruyuculuğuna inanmadıkları"; pandemik grip aşısı için ise % 26,1 "güvenilir bulmadıklarını" belirtmişlerdir.

TARTIŞMA SONUÇ ÖNERİLER: Tüm dünyada aşılama, halk sağlığı açısından önem taşımaktadır. Sağlık çalışanları, günlük aktiviteleri sırasında çeşitli enfeksiyonlu hastalarla karşı karşıya gelmektedirler. Bu hastalıklardan bazıları sağlık personeline geçebilmekte ve ciddi sorunlar yaratabilmektedir. Bunun yanı sıra mesleğe bağlı yaralanma ve enfeksiyonlar da sağlık çalışanları için ayrıca bir sorundur. Bu durum, koruyucu önlemlerin alınmasını ve uygulanmasını zorunlu kılmaktadır. Bu önlemlerin başında da bağışıklama ve eğitim gelmektedir.

Gerek 2006-2007 döneminde yaşanan kuş gribi, gerekse 2009- 2010 döneminde yaşanan domuz gribi pandemileri sırasında aşının etkililiği, yan etkileri, içerdiği skualen, civa gibi koruyucu madde vb. tartışmalarının aşılama oranlarını etkilediği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarında mevsimsel grip aşılama oranları % 2-80 arasında değişmektedir. Torun'un yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının influenza aşısı yaptırma oranı %12,7 olarak bulunmuş ve bu dönemde yaşanan sürecin sonraki sezondaki mevsimsel grip aşısı uygulamalarına da yansıtacağı öngörülmüştür. İkinci ve arkadaşlarının çalışmasında, 2010-2011 sezonunda sağlık çalışanlarının mevsimsel grip ve grip aşısı ile hekim ve hemşirelerin mevsimsel grip aşısı ile ilgili tutum ve davranışlarının değerlendirildiği çalışmada 2009 sezonunda mevsimsel grip aşısı yaptırma oranı %28,5, pandemik influenza aşısı yaptırma oranı %43.8 iken, 2010 sezonunda mevsimsel grip aşısı yaptırma oranı % 8,8 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ise mevsimsel grip ve pandemik grip aşıları yaptırma yüzdeleri sırasıyla % 27,1 ve % 29,1 olarak bulunmuştur.

Aşıya güvenin azalması çocukluk çağı aşılama oranlarını da etkileyip, toplum bağışıklığında azalmaya yol açabilir. Bu durum bulaşıcı hastalıklar ile mücadeleyi zorlaştırıp, bağışıklama hizmetlerine de zarar verebileceği endişesine sebep olmuştur.

ANAHTAR KELİMELER: Aşı, Hepatit B, Pandemi Grip, Mevsimsel Grip, Sağlık Çalışanları

KAYNAKLAR:

1. İkinci S, Birengel S, Çalışkan D, Akdur R. AÜTF İbni Sina Hastanesi'nde Hekim ve Hemşirelerin Mevsimsel Grip/Aşısı ile İlgili Tutum ve Davranışları, STED, Ocak-Şubat 2012;1(1): 1-9
2. Thoon KC, Chong CY. Survey of health care workers' attitudes, beliefs and willingness to receive the 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) vaccine and the impact of educational campaigns. Annals Academy of Medicine April 2010; 39(4): 307-12
3. Akdur R. Domuz gribinin küresel salgını. Bilim Ütopya Mayıs 2011; 17(203): 36-45.
4. Şanlı K. İnfluenza virüsü ve domuz gribi. JOPP Dergisi 2010; 4-12. İnci E. Üst solunum yolu enfeksiyonlarında
5. Torun S. D, Torun F, Catak B, Healthcare workers as parents: attitudes toward vaccinating their children against pandemic influenza A/H1N1. BMC Public Health 2010, 10: 596-601

841

TÜRKİYE'DE 1990-2010 YILLARI ARASINDAKİ BRUSELLOZ İNSİDANS TRENDLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Pınar Ay, Şenay Özgülcü, Ayşe Gülsen Teker, Mustafa Kosdak, Hasan Gökhan Öncül

Giriş ve Amaç: Bruselloz akut ve sinsi başlangıçlı bir sistem hastalığıdır. Aralıklı ve değişik sürelerde düzensiz ateş, baş ağrısı, halsizlik, bol terleme, üşüme, eklem ağrısı, düşkünlük ve genelleşen ağrı ile seyreden bir zoonozdur. Ülkemizde bruselloz sıklıkla koyun, keçi, inek ve manda yoluyla bulaşmakta ve olgular ağırlıklı olarak hayvancılıkla uğraşanlarda görülmektedir. Besiciliğin yanı sıra, çiğ süt ve süt ürünleri tüketimi en önemli risk faktörlerinden biridir (1). Ülkemizde pazarlarda açıkta satılan çiğ süt ve süt ürünlerinin incelendiği çalışmalarda da brusella cinsi bakteriler sıklıkla saptanmaktadır (2,3).

Bu çalışmanın amacı, 1990-2010 yılları arasında **Bruselloz** hastalık insidans trendinin cinsiyet, yaş grupları ve bölgelere göre analiz edilmesi yoluyla ülkemizdeki hastalık epidemiyolojisinin değerlendirilmesi ve hastalığın önlenmesi ile kontrolüne yönelik stratejilerin önerilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bruselloz insidans trendlerinin değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yoluyla elde edilen Ulusal Sürveyans Sistemine ait veriler kullanılmıştır. Ülkemizde Bruselloz A Grubu bildirim zorunlu hastalıklar listesinde yer almaktadır. Veriler aylık olarak cinsiyet, yaş grupları ile bölgeler dikkate alınarak toplanmaktadır. Ulusal Sürveyans Sistemimizde kabul edilen tanıma göre klinik tanımlamaya uyan (bir kişide hayvancılıkla uğraş, mesleki temas veya infekte hayvana ait ürünlerin tüketilmesi öyküsü ile birlikte akut veya sinsi başlangıçlı, devamlı ya da değişken süreli intermittan veya düzensiz ateş, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, baş ağrısı, özellikle geceleri yoğun terleme, vücutta yaygın kas ve eklem ağrılarıyla karakterize hastalık) ve doğrulayıcı laboratuvar kriterlerinden en az biri pozitif olan vaka (klinik örneklerden *Brucella spp*'in izolasyonu, daha önce tedavi almamış olguda, tek serum örneğinde STA ile antikor titresinin >1/160 olması, en az iki hafta ara ile alınan çift serum örneğinde *Brucella* STA titresinin 4 kat artışı), kesin vaka olarak sınıflandırılmaktadır.

İnsidans hızları 100 000 kişi başına olacak şekilde hesaplanmıştır. Yaş grupları 0, 1-4, 5-9, 10-14 ve ≥15 yıl olacak şekilde değerlendirilmiştir. Bölgesel hızların hesaplanmasında 7 coğrafi bölge esas alınmıştır.

Bulgular: Bruselloz insidans hızları ülkemizde 1990 yılından 1998 yılına kadar artış trendi göstermiştir. 2000 yılında 100 000'de 16.16 olan insidans, 2001'de 100 000'de 23.00'e kadar yükselmiştir. 2002 ve 2003'te insidans hızı sırasıyla 100 000'de 25.71 ve 21.20 olarak bulunmuştur. 2004 yılından bu yana ise azalma eğilimindedir. 2004'te yılında 100 000'de 24.23 olan insidans 2005'te 20.57 olarak ölçülmüştür. Sonraki yıllarda düşme eğilimi devam etmiştir. 2006'da 14.97'ye gerilemiş; 2007'de 16.22 olarak ölçülmüştür. 2008 ve 2009

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yıllarında 100 000'de 13.28 olarak tespit edilmiştir ve 2010 yılında da 10.36 olarak bulunmuştur. Bilindiği gibi 2005 yılından itibaren güncellenen Sürveyans sistemi ile birlikte standart olgu tanımları kullanılmaya başlanmıştır. Bu durum 2005 öncesi ile sonrasını kıyaslamayı zorlaştırmaktadır. Ancak 2005 yılından sonra trendin süregelen düşüş göstermesi, insidans hızların gerçekten azalmakta olduğuna işaret etmektedir. Kadınlardaki insidans hızları, erkeklere göre biraz daha yüksektir. 2008 yılında kadın ve erkeklerdeki insidans hızları 100 000'de sırasıyla 14.08 ve 12.91 olarak saptanmıştır. Morbidite, her iki cinsiyette de yaşla birlikte artış göstermekte ve erişkin yaş grubunda en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. 2008 verileri incelendiğinde, kadın ve erkeklerdeki insidans hızlarının, 45-64 yaş arasında 100 000'de 21.16 ve 18.31'e ulaştığı izlenmektedir. Ülkemizde bruselloz olguları tüm bölgelerden bildirilmekle beraber, Doğu, Güneydoğu ve İç Anadolu, insidans hızlarının en yüksek olduğu yörelerdir. Marmara Bölgesi ise insidansın en düşük olduğu bölge olarak tespit edilmiştir. En yüksek ve en düşük insidansa sahip bölgeler arasında yaklaşık olarak 30 kata yakın farklar saptanmaktadır.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler:Türkiye'de Bruselloz oldukça yüksek insidans hızları ile seyretmektedir. Ayrıca saptanan olguların sadece bir kısmı bildirimlere yansımaları, hızların gerçeğin altında tespit edilmesine yol açmaktadır. İzmir'de Durusoy ve Karababa tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, laboratuvarlarda doğrulanmış olguların sadece üçte birinin sağlık kurumları tarafından bildirildiği ortaya konmuştur (4). Benzer bir metodolojiyi kullanarak Bruselloz bildirimlerini değerlendiren bir başka çalışmada ise bildirimlerin duyarlılığı Ankara ve İzmir'de sırasıyla %18.1 ve %27.6 olarak tespit edilmiştir (5). Görüldüğü gibi bildirimler hem gerçek olgu sayısını yansıtmamakta hem de sistemin duyarlılığı bölgeler arası farklılık göstermektedir. Ancak 2004 yılından itibaren hastalık insidansının gösterdiği süregelen düşüş eğilimi Bruselloz kontrolüne yönelik olumlu bir gelişmedir.

Avrupa'da bildirilen Bruselloz insidans hızlarının ülkemizle karşılaştırıldığında, oldukça düşük olduğu izlenmektedir. 2007 yılında Avrupa'da bildirilen insidans hızı 100 000'de 0.13'tür. En yüksek hızlar, Kırgızistan, Bosna Hersek, Kazakistan, Tacikistan, Türkiye ve Azerbaycan'dan bildirilmektedir. Bruselloz olguları, Yunanistan ve İspanya gibi Akdeniz ülkelerinde görülmekle birlikte, bu ülkelerde tespit edilen insidans hızları Türkiye'ye oranla çok daha düşüktür. 2008 yılında Yunanistan ve İspanya'da insidans hızları 100 000'de sırasıyla 3.4 ve 0.36 olarak saptanmıştır. Avrupa'da, ülkemizin aksine, Bruselloz erkeklerde daha sık görülmekte ve erkek kadın oranı 2:1 olarak saptanmaktadır. Avrupa'da da olguların ülkemize benzer şekilde ağırlıklı olarak 25 yaşın üzerinde olduğu bildirilmektedir (6).

Veriler, bildirimlerin en fazla Doğu, Güneydoğu ve İç Anadolu bölgelerinden olduğunu ortaya koymaktadır. Toplum tabanlı çalışmalar da özellikle Doğu, Güneydoğu ve İç Anadolu'nun kırsal alanlarında seropozitiflik oranlarının oldukça yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Sivas'ın bir köyünde yapılan bir çalışmada %15.1 olarak belirlenen seropozitiflik oranı, Van'da kırsal alanda %26.7'ye kadar çıkmaktadır (7,8). Kayseri ve Afyon'un köylerinde %3.4 ve %4.8 olarak tespit edilen seropozitiflik oranları, Bolu'ya gelindiğinde %1'lere inmektedir (9-11).

Ülkemizde 1984 yılından beri Brusella Mücadele Programı uygulanmakta ve hayvanlara yönelik olarak Bruselloz aşılması gerçekleştirilmektedir. Ayrıca Tarım ve Köyişleri Bakanlığı tarafından buzağı ve aşı desteği programları çerçevesinde, büyükbaş ve küçükbaş hayvanlara Brusella aşısının uygulanmasına yönelik destek sağlanmaktadır. Yine kontrol programı kapsamında önemli bir aktivite olarak yeni doğan büyük baş ve küçükbaş hayvanların aşılmasına yönelik konjunktival aşı üretimi çalışmaları devam etmektedir. Ancak ülkemizdeki olgu sayıları, hayvan aşılmasının istenen düzeyde gerçekleştirilememesi ve çiğ süt ile süt ürünlerinin yoğun olarak tüketilmesine bağlı olarak, benzer ülkelere kıyasla çok daha yüksektir.

Bruselloz insidans hızlarında son yıllarda saptanan düşme eğilimi olumlu bir gelişmedir. Ancak hastalığın önlenmesi ve kontrolünde arzu edilen düzeye gelmesi için kontrol stratejilerinin güçlendirilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Bruselloz, İnsidans, Trendler, Türkiye

Kaynaklar:

1. Buzgan T, Karahocagil MK, Irmak H, Baran AI, Karsen H, Evirgen O, Akdeniz H. (2010). Clinical manifestations and complications in 1028 cases of brucellosis: a retrospective evaluation and review of the literature. *Int J Infect Dis*, 14(6):e469-78.
2. Alim A, Tomul ZD. (2005). Short communication: investigation of Brucella in the fresh cheese samples sold at the bazaars of district in Sivas Center. *Turkey Mikrobiyol Bul*, 39(2):219-23.
3. Ataş M, Poyraz, Alim A, Ataş AD, Çelik A. (2007). Sivas İl Merkezi'nde Satışa Sunulan Taze Salamura Beyaz Peynirlerin Brucella Bakterileri Yönünden İncelenmesi. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 64:9-14.
4. Durusoy R, Karababa AO. Completeness of hepatitis, brucellosis, syphilis, measles and HIV/AIDS surveillance in Izmir, Turkey. *BMC Public Health*. 2010;10:71.
5. Emek M, Özdemir U, Aydın E, Çetinçoban S. (2009). Evaluation of the Performance of Brucella Surveillance System in Terms of Sensitivity and Timeliness in Ankara and Izmir, 2005-2006. In: ESCAIDE 2009, Stockholm, İsveç, 26-28 October 2009.
 6. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.
7. Alim A, Özdemir L, Arslan S, Sümer H. (2006). Sivas'ın Bir Köyünde Brusella Seroprevalansı. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25:19-23.
8. Ceylan E, Irmak H, Buzgan T, Karahocagil MK, Evirgen Ö, Sakarya N, Akdeniz H, Demiröz AP. (2003). Van İline Bağlı Bazı Köylerde İnsan ve Hayvan Populasyonunda Bruselloz Seroprevalansı *Van Tıp Dergisi*,10: 1-5.
9. Cetinkaya F, Naçar M, Aydın T, Koç N, Gökahmetoğlu S. (2006). Prevalence of brucellosis in the rural area of Kayseri, Central Anatolia, Turkey. *Int J Infect Dis*, 10(2):179-81.
10. Cetinkaya Z, Aktepe OC, Ciftci IH, Demirel R. (2005). Seroprevalence of human brucellosis in a rural area of Western Anatolia, Turkey. *J Health Popul Nutr*, 23(2):137-41.
11. Karabay O, Serin E, Tamer A ve ark. Hepatitis B carriage and Brucella seroprevalence in urban and rural areas of Bolu province of Turkey: a prospective epidemiologic study *Turk J Gastroenterol*. 2004 ;15:11-3.

825

TÜRKİYE'DE 1997-2010 YILLARI ARASINDAKİ HEPATİT B İNSİDANS

Pınar Ay, Mehmet Ali Torunoğlu, Yusuf Güney, Seracettin Çom

Giriş ve Amaç: Dünya'da yaklaşık olarak iki milyar kişinin Hepatit B virüsü (HBV) ile infekte olduğu düşünülmektedir (1,2). Bunlar arasında 360 milyonun kronik taşıyıcı olduğu ve karaciğer sirozu ile hepatoselüler kanser gibi nedenlere bağlı % 15-25 erken ölüm riski taşıdığı bildirilmektedir (1,3). Dünyada HBV'ye bağlı hastalık yükü, bölgelere göre belirgin farklılık göstermektedir. Güney ve orta Avrupa ülkelerinde orta düzeyde kronik hepatit prevalansı söz konusu olup, Türkiye yaklaşık olarak %4'lük HBsAg pozitifliği ile orta düzeyde endemik bölgeler arasında sınıflandırılmaktadır (2,4). Ülkemizde de HBsAg pozitifliği coğrafi bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Hem erişkin hem de çocuklarda yapılan çalışmalar doğu illerinden, özellikle güneydoğudan batıya doğru azalan seroprevalans hızlarına işaret etmektedir (5-11).

HBV aşısı, ülkemizde 1980'li yılların sonlarından itibaren kullanılmakla birlikte, o yıllarda ulusal düzeyde sistematik bir aşılama politikası hayata geçirilmemiştir (12). Aşı, 1998 yılında Ulusal Takvime eklenmiş ve tüm çocukların üç doz ile aşılanması sağlanmıştır. Yıllar içinde aşı dozlarının uygulanma zamanı ile ilgili pek çok değişiklik yapılmış, ancak 2003 yılından itibaren antijenin doğumdan sonra ilk 72 saat içinde ve birinci ile altıncı ayların sonunda yapılmasına karar verilmiştir. Ülkemizde temel bulaş horizontal yolla olduğu için daha büyük yaş gruplarına yönelik catch-up stratejileri de hayata geçirilmiş ve bu bağlamda 2005-2008 yılları arasında ilköğretim sekizinci sınıf öğrencilerinin aşılanması sağlanmıştır. Ayrıca 1998 yılından bu yana madde kullanıcıları, kan veya kan ürünü alanlar, hemodializ hastaları, sağlık personeli gibi çeşitli risk gruplarına yönelik aşılama da sürdürülmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ülkemizde taramaya yönelik çeşitli stratejiler de hayata geçirilmiş ve 1983 yılından bu yana tüm kan bağışlarının HBV yönünden analizi zorunlu hale getirilmiştir. Taramalar, kayıtlı seks işçileri arasında da zorunlu tutulmuş, ancak kayıtlı olmayanların kontrollerinin sadece saptandıklarında yapılması mümkün olabilmektedir. 2002 yılından bu yana evlenecek çiftlerde HBV enfeksiyonu sorgulanmakla birlikte, laboratuvar analizleri sadece şüpheli olgularda yapılmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, 1997-2010 yılları arasında on dört yıllık HBV insidans trendinin cinsiyet, yaş ve bölgelere göre analizi yoluyla yukarıda sayılan önleme ve kontrol stratejilerinin etkisinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: HBV insidans trendlerinin değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yoluyla elde edilen Ulusal Sürveyans verileri kullanılmıştır. Ülkemizde HBV, 1990 yılından itibaren bildirim zorunlu hastalıklar listesinde yer almış ve veriler aylık olarak cinsiyet, yaş grupları ile bölgelere göre toplanmıştır. 2005 yılında Bulaşıcı Hastalık İhbar ve Bildirim Sistemi yenilenmiş ve bu bağlamda her enfeksiyon hastalığına ait standart tanım oluşturulmuştur. HBV için oluşturulan tanıma göre anti-HBc IgM ve/veya HBsAg pozitifliği saptanan hastalar, akut HBV olguları olarak değerlendirilmiş ve HBV, A grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasında sınıflandırılmıştır (13). HBV enfeksiyonu açısından oluşturulan bu tanımın, 2005 öncesi klinikte kullanılan tanı kriterinden farklılık göstermediği, bu anlamda uygulamada önemli bir farka yol açmasının söz konusu olmadığı düşünülmüştür.

İnsidans hızları, 100 000 kişi başına olacak şekilde hesaplanmıştır. Yaş grupları 0, 1-4, 5-9, 10-14 ve ≥15 yaş olacak şekilde değerlendirilmiştir. Bölgesel hızların hesaplanmasında, 12 coğrafi bölge (NUTS) esas alınmıştır.

Bulgular: 1997 yılında HBV insidans hızı, 100 000'de 7.0'dir. Hızlar, sonraki yıllarda bir artış trendi göstermiş ve 2005 yılında 100 000'de 12.3'e ulaşmıştır. 2005'ten itibaren düzenli bir azalma trendi gösteren hızların, 2010 yılında 100 000'de 4.4'e düştüğü izlenmiştir. 1997 yılına ait yaş gruplarına özel hızlar, <1, 1-4, 5-9 ve 10-14 yaş için sırasıyla 100 000'de 8.19, 5.21, 9.54 ve 8.74 olarak saptanmıştır. 15 yaş altı tüm hızlar, 2004'e dek azalma eğilimi göstermiştir. 2004-2005 yılları arasında 15 yaş altı hızlarda hafif bir artış tespit edilmiş, ancak 2005 sonrasında 15 yaş altı tüm gruplarda azalma trendi saptanmıştır. En düşük hızlar, 2010 yılında tespit edilmiş ve ilk defa bu sene 1 yaş altı çocuklarda hiç yeni olgu bildirilmemiştir. 2010 yılına ait 1-4, 5-9 ve 10-14 yaşlarına ait hızlar, sırasıyla 100 000'de 0.46, 0.83 ve 1.33 olarak saptanmıştır.

1997 yılında ≥15 yaş insidans hızı, 100 000'de 6.45'dir. Küçük yaşlardan farklı olarak, ≥15 yaş grubunda insidans hızları 2005 yılına dek artma trendi göstermiş, ardından düşüşe geçmiştir. 2005 ve 2010 yıllarına ait hızlar, sırasıyla 100 000'de 15.32 ve 5.38'dir.

İnsidans hızları, cinsiyete göre de farklılık göstermektedir. 2010 yılında erkek ve kadınlara ait hızlar, sırasıyla 100 000'de 5.36 ve 3.0'dir. Çocukluk döneminde kız ve erkeklerdeki insidans hızların benzer olduğu saptanmıştır. Ancak 19 yaşından sonra erkeklerdeki hızlar, kadınların yaklaşık olarak 1.5 katıdır. 2010 yılına ait insidans hızlarında, kadın ve erkek arasındaki en yüksek fark 30-44 yaş grubunda 2.2 olarak saptanmıştır.

Bölgelere göre insidans değerlendirildiğinde en yüksek hızların, güneydoğu, orta Anadolu, orta ve kuzeydoğu Karadeniz'de tespit edildiği izlenmektedir. Ortadoğu ve kuzeydoğu Anadolu'da hızlar şaşırtıcı düzeyde düşüktür. İnsidans hızları, güneydoğu bölgesinden batıya, özellikle güneybatıya doğru belirgin bir azalma eğilimi göstermektedir.

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler : Sürveyans verileri incelendiğinde, 1997-2004 yılları arasında <15 yaş insidans trendinin azalma eğilimi gösterdiği belirlenmiştir. En büyük düşüş <5 yaş grubunda saptanmış olup, bu durumun 1998 yılından itibaren uygulanan bebek aşılama programının sonucu olarak ortaya çıkmış olduğu düşünülmüştür. <15 yaş gruplarına ait insidans hızlarında 2004-2005 yılları arasında saptanan hafif düzeydeki artışın ise gerçek bir artıştan çok yeni bildirim sisteminin sağlık personelinde oluşturmuş olabileceği farkındalığa bağlı meydana gelmiş olma olasılığı akla gelmektedir. Bilindiği gibi 2004 Şubat ayında Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi Sistemi Yönergesi (15) hazırlanmış ve yine aynı yıl Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Genelgesi (16) yayımlanmıştır. HBV enfeksiyonu için yeni bildirim sistemi ile getirilen tanı kriterleri daha önceki dönemlerde klinikte kullanılanlardan farklılık göstermese de, sistemdeki güncellemenin sağlık personeli arasında bir farkındalık oluşturmuş ve bu yolla bildirimlerde hafif bir artış meydana getirmiş olabileceği

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

düşünülmektedir. 2005 yılından sonra, 2004 öncesine benzer şekilde <15 yaş altında hızların düşüş göstermeyi sürdürmesi, önleme ve kontrol aktivitelerini başarısındaki sürekliliğe işaret etmektedir.

Seroepidemiolojik çalışmalar, HBV'nin ülkemizde temel olarak horizontal yolla bulaştığını ortaya koymaktadır (4,9, 17,18). Bu bulguya paralel olarak sürveyans sisteminden elde edilen veriler de 5 yaş üstü ve ergenlikte artan insidans hızlarına işaret etmektedir. 2005 yılı sonrası yaşa özel hızların trendi dikkate alındığında ise <5 ve 5-14 yaş arasındaki insidans farkının azalma eğilimi gösterdiği göze çarpmaktadır. Bu durumun da küçük yaş gruplarında virüs dolaşımının azalmasına bağlı olarak oluştuğu düşünülmektedir.

>15 yaş insidans hızları 2005 sonrasında düşüş eğilimi göstermekle birlikte, erişkinlerde saptanan hızlar çocuklara oranla çok daha yüksektir. Bu durum, erişkinlere yönelik bağışıklama hizmetlerinin güçlendirilmesi gereğini akla getirmektedir. Özellikle birinci basamakta her başvuruda yüksek riskli grupları belirleyerek aşılama fırsatı yaratmak önemlidir. Ancak hem başvuran hem de sağlık personelinin, özellikle geleneksel toplumlarda HBV açısından yüksek risk yaratan davranış biçimlerini açıklamaktan kaçındığı da unutulmamalıdır. Bu nedenle HBV enfeksiyon riski ve aşılamanın oluşturacağı yarar her fırsatta tüm başvuranlara anlatılmalı ve HBV aşılması için fırsat oluşturulmalıdır (19).

Veriler, cinsiyete göre insidans hızlarının erişkinliğe dek benzer düzeyde olduğunu göstermektedir. Ancak 20 yaş sonrasında erkeklerdeki hızların, kadınlara oranla daha yüksek olduğu izlenmektedir. Cinsiyete özel hızlarda saptanan bu farkın, erkeklerin riskli davranış biçimlerini daha çok benimsemesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ülkemizde saptanan olgularda HBV bulaş yolu bildirilmediği için bu konuda net bir çıkarım yapmak mümkün değildir. Ancak çalışmaların çok eşlilik, damar içi madde kullanımı ve berberlerde jilet paylaşımının erkeklerde riski artırabileceği yönünde olması, erişkin yaş grubunda, özellikle erkeklerde önleme stratejilerinin güçlendirilmesi gerektiğini akla getirmektedir (5,20).

Veriler, insidans hızlarının bölgeler arası farklılık gösterdiğini, güneydoğudan batıya doğru azalma eğilimi olduğunu ortaya konmaktadır. Sağlık kurumlarına ulaşılabilirlik, kurumlardaki tanı kapasitesi ve bildirim oranları farklılık gösterebileceği için bölgeler arası kıyaslamalar yapmak çok kolay değildir. Yine de seroepidemiolojik çalışmalara ait bulguların, saptanan hızlar ile önemli ölçüde paralellik gösterdiği izlenmektedir (5, 6-11). Ancak sosyoekonomik açıdan en dezavantajlı bölgeler olan ortadoğu ve doğu Anadolu insidans hızlarındaki sıra dışı düşüklük dikkatle değerlendirilmeli, tanı ve/veya bildirim eksikliğine bağlı olarak oluşmuş olabilecek bu farkın nedenlerini ortaya koymaya yönelik incelemeler yapılmalıdır.

Ülkemizde 2008 ve 2010 yılına ait insidans hızları, sırasıyla 100 000'de 8.0 ve 4.2'dir. 2008 yılında Avrupa genelinde saptanan hız ise 100 000'de 1.3'dür (21). Sürveyans sistemleri, tanı kriterleri ve sağlık kurumlarına başvuru oranlarındaki farklılıklar nedeniyle ülkeler arası kıyaslama yapmak mümkün olmasa da ülkemizde saptanan hızların Avrupa geneline göre biraz daha yüksek olduğu izlenmektedir. Bildirilen olgu sayıları ile tanı alanlar arasındaki farkı saptamak da güçtür. Ancak İzmir'de 2003 yılında yapılan ve sürveyans sisteminin değerlendirildiği bir çalışmada, laboratuvarlarda tanı alan Hepatit B olgularının sadece %12.1'inin sağlık kurumları tarafından bildirildiği ortaya konmuştur (22).

Ülkemizde saptanan hızlar, gerçek insidans değerlerin altında olsa da kararlı bir düşüş trendinin izlenmesi önleme ve kontrol stratejilerinde elde edilen başarıya dikkat çekmektedir. Var olan verilerle, her bir önleme ve kontrol stratejisinin katkısını ayrı ayrı niceliksel olarak belirlemek mümkün değildir. Ancak özellikle küçük yaş gruplarında saptanan hızlardaki düşüşün, bebek aşılması ve catch-up stratejilerine bağlanması mümkündür. Bunun yanı sıra sosyoekonomik iyileşme ile beraber barınma koşulları ve sanitasyonun iyileşmesinin de bu azalma trendine katkıda bulunmuş olabileceği unutulmamalıdır (25-28). Çocuk yaş grubunda elde edilen başarının sürdürülmesi ile erişkin yaş grubu, özelliklerle erkeklere yönelik önleme ve kontrol stratejilerinin güçlendirilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Hepatit B, İnsidans hızı

Kaynaklar:

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

1. World Health Organization. Hepatitis B. World Health Organization Fact Sheet 204 (Revised August 2008). Available from: <http://who.int/inf-fs/en/fact204.html>
2. Hepatitis B vaccines. *Wkly Epidemiol Rec.* 2004;79(28):255-63. <http://www.who.int/wer>
3. Hepatitis B Fact Sheet. The Global Alliance for Vaccines & Immunizations (GAVI). 2005. Available from: www.who.int/immunization_delivery/adc/gavi_hepb_factsheet.pdf
4. Değertekin H, Güneş G. Horizontal transmission of hepatitis B virus in Turkey. *Public Health.* 2008;122(12):1315-7.

Dursun M, Ertem M, Serif Y, Saka G, Özekinci T, Simsek Z. Prevalence of hepatitis B infection in the southeastern region of Turkey: comparison of risk factors for HBV infection in rural and urban areas. *Jpn J Infect Dis.* 2005;58:15-9.

5. Yildirim B, Barut S, Bulut Y, Yenişehirli G, Özdemir M, Cetin I et al. Seroprevalence of hepatitis B and C viruses in the province of Tokat in the Black Sea region of Turkey: A population-based study. *Turk J Gastroenterol.* 2009;20:27-30.
6. Karabay O, Serin E, Tamer A, Gökdoğan F, Alpteker H, Özcan A et al. Hepatitis B carriage and Brucella seroprevalence in urban and rural areas of Bolu province of Turkey: a prospective epidemiologic study. *Turk J Gastroenterol.* 2004 ;15:11-3.
7. Akcam FZ, Uskun E, Avsar K , Songur Y. Hepatitis B virus and hepatitis C virus seroprevalence in rural areas of the southwestern region of Turkey. *Int J Infect Dis.* 2009;13:274-84.
8. Değertekin H, Tuzcu A, Yalçın K. Horizontal transmission of HBV infection among students in Turkey. *Public Health.* 2000;114:411-2.
9. Kanra G, Tezcan S, Badur S, Turkish National Study Team. Hepatitis B and measles seroprevalence among Turkish children. *Turk J Pediatr.* 2005;47:105-10.
10. Otkun M, Erdogan MS, Tatman-Otkun M, Akata F. Exposure time to hepatitis B virus and associated risk factors among children in Edirne, Turkey. *Epidemiol Infect.* 2005;133:509-16.
11. Badur S. Hepatitis B Infections: Epidemiology and Vaccine. *Klinik Gelişim.* 2005;18:32-43.
12. Standard Diagnosis, Surveillance and Laboratory Guideline for Communicable Diseases' Notification and Reporting System. Turkish Ministry of Health. General Directorate for Primary Health Care. 2004, Ankara, Turkey (in Turkish).
13. TÜİK Türkiye statistic Kurumu <http://tuikapp.tuik.gov.tr/DIESS/SiniflamaSurumDetayAction.do?surumId=164&turId=7&turAdi=5>. Geographical Classifications
14. Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi Sistemi Yönergesi. 24.02.2004 tarih ve 1534 sayılı
15. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Genelgesi. 22.10.2004 tarih ve 129 sayılı
16. Erden S, Büyüköztürk S, Calangu S, Yılmaz G, Palanduz S, Badur S. A study of serological markers of hepatitis B and C viruses in Istanbul, Turkey. *Med PrincPract.* 2003;12:184-8.
17. Ertekin V, Selimoğlu MA, Altinkaynak S. Sero-epidemiology of hepatitis B infection in an urban paediatric population in Turkey. *Public Health.* 2003;117:49-53.
18. Mast EE, Weinbaum CM, Fiore AE, Alter MJ, Bell BP, Finelli L, et al. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Part II: immunization of adults. *MMWR Recomm Rep.* 2006;55(RR-16):1-33.
19. Khan F, Shams S, Qureshi ID, Israr M, Khan H, Sarwar MT, et al. Hepatitis B virus infection among different sex and age groups in Pakistani Punjab. *Virolog J.* 2011;8:225.
20. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.
21. Durusoy R, Karababa AO. Completeness of hepatitis, brucellosis, syphilis, measles and HIV/AIDS surveillance in Izmir, Turkey. *BMC Public Health.* 2010;10:71.
22. Pitigoi D, Rafila A, Pistol A, Arama V, Molagic V, Streinu-Cercel A. Trends in hepatitis B incidence in Romania, 1989-2005. *Euro Surveill.* 2008;13(2):pii=8012. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=8012>.
23. La Torre G, Nicolotti N, de Waure C, Chiaradia G, Specchia ML, Mannocci A, et al. An assessment of the effect of hepatitis B vaccine in decreasing the amount of hepatitis B disease in Italy. *Virolog J.* 2008;24:5:84.

24. Mele A, Tosti ME, Mariano A, Pizzuti R, Ferro A, Borrini B, et al. Acute hepatitis B 14 years after the implementation of universal vaccination in Italy: areas of improvement and emerging challenges. Clin Infect Dis. 2008;46(6):868-75.
25. Hong Z, Smart G, Zaniewski G, Wu H, Wu J, Goedhuis N, et al. Epidemiological study of hepatitis B virus infection in Manitoba, Canada, 1992-2003. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2005;24(7):464-70.
26. Salleras L, Dominguez A, Bruguera M, Cardeñosa N, Batalla J, Carmona G, et al. Dramatic decline in acute hepatitis B infection and disease incidence rates among adolescents and young people after 12 years of a mass hepatitis B vaccination programme of pre-adolescents in the schools of Catalonia (Spain). Vaccine. 2005 Mar 18;23:2181-4.
27. Stroffolini T, Mele A, Tosti ME, Gallo G, Balocchini E, Ragni P, et al. The impact of the hepatitis B mass immunisation campaign on the incidence and risk factors of acute hepatitis B in Italy. J Hepatol. 2000;33(6):980-5

842

TÜRKİYE'DE 2000-2010 YILLARI ARASINDAKİ ŞARBON İNSİDANS

Pınar Ay, Şenay Özgülcü, Hande Gürün, Mustafa Kosdak, Hasan Gökhan Öncül

Giriş ve Amaç: Şarbon, kutanöz gibi lokal ya da pulmoner, gastrointestinal veya meningeal gibi sistemik formla karakterize zoonotik bir hastalıktır. Türkiye’de saptanan olguların büyük bir kısmının deri şarbonu olmasına rağmen, diğer klinik formlar da bildirimler arasında yer almaktadır. 1990-2007 yılları arasında şarbon ile ilgili Türkiye’den yapılan yayınların incelendiği bir çalışmada, ulaşılan olguların %96.9’sunun deri şarbonu, %1.9’unun gastrointestinal şarbon ve %1.2’nin menenjit olgularından oluştuğunu saptanmıştır (1). Deri şarbonu dışındaki formların fatalitesi de yüksek seyretmektedir. Sözü edilen çalışmada olguların %2.8’inin de ölümlü sonuçlanmış olduğu bildirilmektedir (1).

Bu çalışmanın amacı, 2000-2010 yılları arasında Şarbon insidans trendinin cinsiyet, yaş grupları ve bölgelere göre analiz edilmesi yoluyla ülkemizdeki hastalık epidemiyolojisinin değerlendirilmesi ve hastalığın önlenmesi ile kontrolüne yönelik stratejilerin önerilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Şarbon insidans trendlerinin değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yoluyla elde edilen Ulusal Sürveyans Sistemine ait veriler kullanılmıştır. Ülkemizde Şarbon A Grubu bildirim zorunlu hastalıklar listesinde yer almaktadır. Veriler aylık olarak cinsiyet, yaş grupları ile bölgeler dikkate alınarak toplanmaktadır. Ulusal Sürveyans Sistemimizde kabul edilen tanıma göre klinik tanımlama ile uyumlu ve hasta olduğu kesin ya da kuşkululu hayvanla veya hayvan ürünleri ile temas öyküsü olan vakalarda, laboratuvar bulgularından (deri lezyonu, kan, BOS, plevral sıvı v.b. klinik örneklerden yapılmış boyalı preparatlarda mikroskopik inceleme ile B.anthraxis’in görülmesi, deri lezyonu, kan veya diğer bir klinik örnek kültüründen B.anthraxis’in izolasyonu) en az birinin olması şarbon olarak tanımlanmaktadır.

İnsidans hızları 100 000 kişi başına olacak şekilde hesaplanmıştır. Yaş grupları 0, 1-4, 5-9, 10-14 ve ≥15 yıl olacak şekilde değerlendirilmiştir. Bölgesel hızların hesaplanmasında 7 coğrafi bölge esas alınmıştır.

Bulgular: Veriler şarbonun ülkemizde azalma trendinde olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye’de şarbon insidansı 2000 yılında 100 000’de 0.6 iken 2009 ve 2010 yıllarında sırasıyla 0.19 ve 0.12 olarak tespit edilmiştir. 2008 yılı verilerine göre kadınlarda insidans hızı 100 000’de 0.25, erkeklerde ise 0.39’tur. 2008 yılı verileri incelendiğinde, yaşamın ilk yılı dışında tüm çocukluk çağı boyunca şarbon olgularının saptandığı görülmektedir. Her iki cinsiyette de özellikle 15 yaşından sonra süregelen olarak artış gösteren şarbon morbiditesinin, 45-64 yaş grubunda en yüksek seviyeye ulaştığı izlenmektedir. 2008 yılı verilerine göre 45-64 yaş grubu kadın ve erkeklerdeki insidans hızları, 100 000’de 0.48 ve 0.71 olarak saptanmıştır. Doğu Anadolu morbiditesinin en yüksek olduğu bölgedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Sürveyans verileri ve çalışmalar, şarbonun ülkemizde azalma trendi gösterdiğini ortaya koymaktadır. 2000 ve 2008 yılları arasında morbidite hızlarında yaklaşık olarak yarı yarıya bir düşüş olduğu izlenmektedir. Ayrıca Türkiye'nin doğusunda 1992-2004 yılları arasında bildirilen şarbon olgularının incelendiği bir çalışmada, hem insan hem de hayvanlarda saptanan olguların 1995-2000 yılları arasında gösterdiği artışın ardından, 2000-2004 yılları arasında azalmakta olduğu ortaya konmuştur. Yazarlar ekonomik ve sosyal değişimlerin, hayvan aşılama programlarının ve çiftçilere verilen eğitiminin bu düşüş trendinde payı olduğunu ifade etmektedirler (2). Bilindiği gibi 2005 yılından itibaren güncellenen Sürveyans sistemi ile birlikte standart olgu tanımları kullanılmaya başlanmıştır. Bu durum 2005 öncesi ile sonrasını kıyaslamayı zorlaştırmaktadır. Ancak 2005 yılından sonra da, 2004 öncesine benzer düşüş trendin izlenmesi, insidans hızlarının gerçekten azalmakta olduğuna işaret etmektedir.

2000'li yıllarının başından itibaren şarbon morbiditesinde azalma saptanmış olmakla birlikte, halen ülkemizde saptanan hızların diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında çok yüksek olduğu gözlenmektedir. Ülkemizin aksine, şarbonun Avrupa'nın pek çok ülkesinde hiç görülmediği bilinmektedir. 2008 yılına ait morbidite verileri, en yüksek insidans hızının 100 000'de 1.44 ile Gürcistan'da saptandığını göstermektedir. Kırgızistan, Tacikistan ve Azerbaycan'da saptanan hızlar ise 100 000'de sırasıyla 0.85, 0.7, ve 0.15'tir (3). Ülkemizdeki bildirimler özellikle Doğu Anadolu bölgesinin şarbon açısından yüksek riskli olduğunu ortaya koymaktadır.

Ülkemizde sadece erişkinler değil, çocuklar da şarbon açısından risk altındadır. 15 yaşına kadar 100 000'de 0.1'in altında seyreden insidans hızlarının, 15-18 yaş grubunda 0.3'e yaklaşmış olduğu izlenmektedir. Kaya ve arkadaşları 1986-2000 yılları arasında inceledikleri 132 olgunun, %23.5'nun çocuklardan oluşmuş olduğunu, çocuk olguların babalarının da büyük çoğunluğunun çiftçi olduğunu göstermişlerdir (4). Ayrıca bazı gelenekler de hastalığın çocuklara bulaşmasında etkili olabilmektedir. Ülkemizde 5 ve 6 yaşlarında iki kardeşle gelişen deri şarbonunun bildirildiği bir çalışmada, her iki olguda da infekte hayvanın kurban edilmesinin ardından, hayvanın kanının çocukların alınmasına sürülmesi sonucunda bulaşın gerçekleşmiş olduğu ifade edilmektedir(5).

Şarbonun korunmada en önemli önlem ölen hayvan ve atıklarının uygun şekilde ortadan kaldırılmasıdır. Ayrıca şarbon, hayvan aşılaması yoluyla önlenmesi mümkün olan bir hastalıktır. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı bu aşığı uygulamakta ve hastalığın ortaya çıktığı yerlerde hayvanların en az beş yıl süreyle aşılanmasını önermektedir.

Şarbon insidans hızlarında saptanan düşme eğilimi olumlu bir gelişmedir. Ancak hastalığın önlenmesi ve kontrolünde arzu edilen düzeye gelmesi için kontrol stratejilerinin güçlendirilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Şarbon, İnsidans, Trendler, Türkiye

Kaynaklar:

1. Doganay M, Metan G. Human anthrax in Turkey from 1990 to 2007. (2009). *Vector Borne Zoonotic Dis*, 9(2):131-40.
2. Ozkurt Z, Parlak M, Tastan R, Dinler U, Saglam YS, Ozyurek SF. (2005). Anthrax in eastern Turkey, 1992-2004. *Emerg Infect Dis*, 11(12):1939-41.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.
4. Kaya A, Tasyaran MA, Erol S, Ozkurt Z, Ozkan B. (2002). Anthrax in adults and children: a review of 132 cases in Turkey. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 21:258-61.
5. Ciftçi E, Ince E, Doğru U. (2002). Traditions, anthrax, and children. *Pediatr Dermatol*, 19(1):36-8.

833

TÜRKİYE'DE 2001-2011 YILLARI ARASINDAKİ LEJYONELLOZ OLGU

Pınar Ay, Elif İşlek, Hande Gürün, Banu Ayar

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş ve Amaç:Lejyoner hastalığı, Legionella pneumophila olarak adlandırılan bakterinin neden olduğu bir akciğer enfeksiyonudur. Hastalığı neden olan bakteri, büyük oteller ya da buna benzer kuruluşların su sistemlerine doğal kaynaklardan bulaşabilir ve bu sistemler içerisinde bakım ve dezenfeksiyon koşullarına uyulmadığı takdirde üreyebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Lejyonelloz insidansının bölgelere ve kullanılan tanı yöntemine göre farklılık gösterdiğini belirtmektedir. Ancak pek çok ülkede tanı yöntemleri ve sörveyans sitemindeki yetersizlik nedeniyle sorunun gerçek boyutunun ortaya konamadığına dikkat çekilmektedir (1). Bu çalışmanın amacı, 2001-2010 yılları arasında Lejyonelloz olgu sayılarının analiz edilmesi ve tıbbi yazının gözden geçirilmesi yoluyla, ülkemizdeki hastalık epidemiyolojisinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Lejyonelloz olgularının değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yoluyla elde edilen Ulusal Sörveyans Sistemine ait veriler kullanılmıştır. Bildirimi zorunlu hastalıklar arasında Lejyonelloz, 2005 yılında bildirim sisteminin güncellenmesi ile birlikte C grubu hastalıklar arasında sınıflandırılmıştır. 2005 yılında kabul edilen tanıma göre klinik tanımlama (klinik incelemede pnömoniye ait fokal bulgularla ve/veya radyolojik olarak pnömoni bulgusuyla karakterize akut alt solunum yolu enfeksiyonu ile uyumlu ve doğrulayıcı laboratuvar kriterlerinden (balgam, akciğer dokusu, plevral sıvı veya diğer klinik örneklerin kültürlerinde Legionella bakterisinin izolasyonu, L. pneumophila SG1 için idrarda spesifik antijen saptanması, çift serum örneğinde IFA veya ELISA ile L.pneumophila SG1'e karşı spesifik serum antikor titrelerinin 4 kat arttığının gösterilmesi) en az biri ile pozitif bulunan vaka, kesin olgu olarak sınıflandırılmaktadır.

Bulgular: Ülkemizde 2001-2010 yılları arasında toplam 125 Lejyonelloz olgusu bildirilmiştir. Olgular, yıllara göre düzenli artma ya da azalma göstermemekte, bazı yıllar hiç olgu bildirilmezken bazı yıllarda sayıların artış gösterdiği izlenmektedir. Bildirimler, daha çok orta ve ileri yaş gruplarından yapılmaktadır.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Seyahatle ilişkili Lejyoner hastalığının sörveyansı için Avrupa ülkeleri 1986 yılında kısaca EWGLI (**European Working Group for Legionella Infections**) olarak adlandırılan bir çalışma ve haberleşme ağı kurmuşlardır. Ülkemizin de içinde yer aldığı bu kuruluşun temel amacı, bir ortak bir çalışma ağı oluşturarak işbirliğini artırmak, salgınları erken saptamak ve Lejyonellozun önlenmesi ile kontrolüne yönelik bilgi sağlamaktır. Saptanan olguların, ilgili ülkelere bildirim ve takipleri bu kuruluş aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. EWGLINET, 2007 yılında Avrupa'da saptanan seyahatle ilişkili Lejyoner hastalığı olgularının %7.0'sinin Türkiye ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. İnsidans hızı, Türkiye'ye 2007 yılı için İngiltere'den gelen 1 milyon turist başına hesaplandığında 13.47 olarak bulunmuştur (2). Seyahat ile ilişkili Lejyonella olguları için "tek vaka" ve "küme vaka" olmak üzere iki ayrı tanım yapılmaktadır. Tek vaka, hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasından önceki 10 gün içinde kalınan konaklama tesisinde, son iki yıl içinde ilişkili lejyoner hastalığı vakasının bulunmaması olarak tanımlanmaktadır. Küme vaka ise hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasından önceki 10 gün içinde kalınan konaklama tesisinde, son iki yıl içinde ilişkili iki veya daha fazla lejyoner hastalığı vakasının bulunmasıdır. EWGLINET tarafından yayımlanan raporda, 2007 yılında ülkemiz için toplam 12 küme olgunun saptandığı da bildirilmektedir (2). Ancak ülkemizde bildirilen olgu sayılarının düşük olması tanı ve/veya bildirimler ile ilgili sorunlar olduğunu düşündürmektedir.

Ülkemizde L. pneumophila ile ilgili çalışmalar, sayıca sınırlı olsa da, konaklama tesislerinde yüksek kolonizasyon oranlarına işaret etmektedir (3,4,5). 2000 yılında yapılan ve İzmir'de 24 otelin sıcak suyundan örneklerin incelendiği bir çalışmada, otellerin %91.6'sında L. pneumophila kolonizasyonu tespit edilmiştir (5). 2003-2005 yılları arasında Alanya'da yapılan benzer bir çalışmada, 52 otelin su dağıtım sistemleri incelenmiş ve %69.2 oranında kolonizasyon saptanmıştır (4). İç Anadolu'da termal havuz ve kaplıcaların incelendiği bir çalışmada ise pozitif örnek oranı %11.5 olarak belirlenmiştir (3).

Küme olguların yüksek olmasının yanında kolonizasyonun da sık görülmesi, ülkemizde önleme ve kontrol önlemlerinin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Lejyonelloz, Türkiye

Kaynaklar:

1. World Health Organization. Rubella World Health Organization Fact Sheet No: 285. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs285/en/index.html>.

2. Joseph CA, Yadav R, Ricketts KD; European Working Group for Legionella Infections. (2007). Travel-associated Legionnaires disease in Europe in 2007. *Euro Surveill.* 7;14(18). pii: 19196.
3. Alim A, Hakgüden Y, Poyraz O. (2002). Legionella pneumophila in thermal pools of hot springs in the central Anatolian district. *Mikrobiyol Bul*, 36(3-4):237-46.
4. Erdogan H, Arslan H. (2007). Colonization of Legionella species in hotel water systems in Turkey. *J Travel Med*, 14(6):369-73.
5. Uzel A, Uçar F, Hameş-Kocabaş EE. (2005). Prevalence of Legionella pneumophila serogroup 1 in water distribution systems in Izmir province of Turkey. *APMIS*, 113(10):664-9.

840

TÜRKİYE'DE 2005-2010 YILLARI ARASINDAKİ GIARDİAZIS İNSIDANS TRENDİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Pınar Ay, Elif İşlek, Yusuf Güney, Banu Ayar

Giriş ve Amaç: Hijyenik koşulların iyi olmadığı bölgelerde görülen bir etken olan Giardia lamblia, subakut ya da kronik ishal ile seyreden bir tabloya yol açmaktadır. Hastalık akut ya da kronik malabzorsiyonu neden olabilmesi ve çocuklarda büyüme gelişme geriliği ile sonuçlanabilmesi nedeniyle özel bir önem taşımaktadır. Ülkemizde yürütülen saha çalışmaları, giardiazisin çocuklarda önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. (1-6)

Bu çalışmanın amacı 2005-2010 yılları arasında giardiazis insidans trendinin cinsiyet ve yaşa göre analizi yoluyla, hastalık epidemiyolojisinin değerlendirilebilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Giardiazis insidans trendlerinin değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yoluyla elde edilen Ulusal Sürveyans Sistemine ait veriler kullanılmıştır. Veriler aylık olarak cinsiyet, yaş grupları ile bölgeler dikkate alınarak toplanmaktadır. Ülkemizde giardiazis, 2005 yılında D Grubu bildirim zorunlu hastalıklar listesine eklenmiştir.

İnsidans hızları 100 000 kişi başına olacak şekilde hesaplanmıştır. Yaş grupları 0, 1-4, 5-9, 10-14 ve ≥15 yıl olacak şekilde değerlendirilmiştir. Bölgesel hızların hesaplanmasında 7 coğrafi bölge esas alınmıştır.

Bulgular: Türkiye’de giardiazis insidans hızları, 2005’in ardından 2008 yılına kadar artış eğilimi göstermiştir. 2005 ve 2008 yıllarında sırasıyla 100 000’de 9.36 ve 19.26 olarak tespit edilmiştir. 2010 yılında da 2008 ve 2009 yılına göre hız değişmemiş ve 19,66 olarak tespit edilmiştir. Etken, erkeklerde kadınlara oranla biraz daha yaygın olarak görülmektedir. 2008 verilerine göre kadın ve erkeklerdeki insidans hızları, 100 000’de sırasıyla 17.58 ve 21.49’dur. Bildirimler, en yüksek insidans hızlarının, çocukluk çağında olduğunu ortaya koymaktadır. Beş yaş altında 100 000’de 40’ı aşan insidans hızları, 15 yaşından sonra düşme eğilimi göstermektedir. Bölgelere göre bildirimler incelendiğinde en yüksek insidans hızlarının, Ege, Doğu Anadolu, Akdeniz ve İç Anadolu’da saptandığı görülmektedir. Güneydoğu Anadolu ve Karadeniz’de daha düşük hızlar izlenmektedir. En düşük insidans hızı ise Marmara bölgesine aittir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Ülkemizde 2005 yılından 2008’e kadar görülen insidans artışının, sürveyans sistemine yeni girmiş olan etkenin bildirim ile ilgili farkındalığın artması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bölgeler arasındaki farklar ise, özellikle Ege bölgesinde en yüksek ve Güneydoğu Anadolu ve Karadeniz’de daha düşük hızların izlenmesi, gerçek farklardan çok, tanı ve bildirim düzeylerindeki farkları düşündürmektedir.

Ülkemizde bildirilen olgu sayılarının, gerçek düzeyi yansıtmadığı düşünülmektedir. İsveç’ten 1997-2003 yılları arasında, yurtdışına turistik amaçla seyahat edenlerde gelişen giardiazis sıklığının araştırıldığı bir çalışma, bu durumun ortaya konması açısından önemli veriler sunmaktadır. Türkiye’yi ziyaret eden İsveçli turistlerde, giardiazis insidansı 100 000’de 27.54 (%95GA: 23.6-32.2) olarak tespit edilmiştir (7).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Avrupa'da giardiazis insidans hızları ülkeler arasında belirgin farklar göstermektedir. Avrupa geneli için 2007 yılına ait bildirilen insidans 100 000'de 61.7 olarak saptanmıştır. Avrupa'da da en yüksek insidans hızlarının 0-4 yaş grubunda saptandığı ve erkeklerdeki insidansın kadınlara oranla biraz daha yüksek olduğu izlenmektedir (8).

Ülkemizde yürütülen saha çalışmaları da giardiazis prevalansının bölgeler arasında değişmekle birlikte, ülke genelinde oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Etken, özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplarda sık görülmektedir. İlköğretim öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda giardiazise rastlanma oranı, Van'da %15.4, Hakkari'de %14.9, Yozgat'da %15.5, Sivas'da %13.6, Kocaeli'de %9.0 ve İzmir'de %7.8 olarak saptanmıştır (1-6).

Hastalığın çocuklarda oluşturduğu yük göz önüne alındığında, özellikle sosyoekonomik dezavantajlı gruplara yönelik önleme ve kontrol stratejilerinin güçlendirilmesinin gerektiği gözlenmektedir. Bölgeler arasındaki insidans farklarının gerçek nedeni araştırılmalı, tanı kapasitesi ve bildirim düzeylerine bağlı olabilecek farklılıklar giderilmelidir.

Anahtar kelimeler: Giardiazis, İnsidans, Trendler, Türkiye

Kaynaklar:

1. Taş Cengiz Z, Çiçek M, Akbayram S, Yılmaz H. Intestinal parasites detected in Süphan Primary Schoolchildren in Van. *Turkiye Parazitol Derg.* 2009;33(4):294-7.
2. Ataş AD, Alim A, Ataş M, Artan MO. [The investigation of intestinal parasites in two primary schools in different social-economic districts of the city of Yozgat, Turkey] *Turkiye Parazitol Derg.* 2008;32(3):261-5.
3. Malatyalı E, Özçelik S, Celiksöz A, Değerli S, Yildirim D. [The frequency of intestinal parasites in primary school children in urban and rural regions]. *Turkiye Parazitol Derg.* 2008;32(1):54-8
4. Göz Y, Aydın A, Tuncer O. [Distribution of intestinal parasites in children from the 23 Nisan Primary School in Hakkari.] *Turkiye Parazitol Derg.* 2005;29(4):268-270.
5. Tamer GS, Erdoğan S, Willke A. [The frequency of the presence of intestinal parasites in students of Arslanbey Primary School] *Turkiye Parazitol Derg.* 2008;32(2):130-3.
6. Aksoy U, Akisü C, Bayram-Delibaş S, Ozkoç S, Sahin S, Usluca S. .Demographic status and prevalence of intestinal parasitic infections in schoolchildren in Izmir, Turkey. *Turk J Pediatr.* 2007 ;49(3):278-82
7. Ekdahl K, Giesecke J. (2004). Travellers returning to Sweden as sentinels for comparative disease incidence in other European countries, campylobacter and giardia infection as examples. *Euro Surveill*, 9(9):pii=476. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=476>
8. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2009). Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control

837

TÜRKİYE'DE 2005-2010 YILLARI ARASINDAKİ HAEMOPHILUS INFLUENZA TIP B'YE BAĞLI MENENJİT İNSİDANS TRENDLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Pınar Ay, Elif İşlek, Ayşe Gülsen Teker, Banu Ayar

Giriş ve Amaç :Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Haemophilus influenzae tip b (Hib) nedeniyle her yıl Dünya'da iki milyondan fazla ciddi hastalık oluştuğunu ve 386 000 ölüm meydana geldiğini bildirmektedir (1). Hib enfeksiyonlarının en ağır biçimi olan pnömoni, menenjit ve diğer invazif hastalıklar, iki yaş altı çocuklarda ve özellikle bebeklerde görülmektedir. Hib, aşının uygulamaya girmediği toplumlarda bebeklerde epidemik olmayan bakteriyel menenjitin önde gelen nedenidir. Ülkemizde de Ceyhan ve arkadaşları tarafından 2005-

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

2006 yıllarında 9 ilde 12 sağlık merkezinde akut bakteriyel menenjit klinik tanısı alan 1 ay-17 yaş arası çocuklar incelenmiş ve PCR pozitif örneklerde %20.5 oranında Hib tespit edilmiştir (2).

Ülkemizde 2006 yılında Hib aşısı, ulusal bağışıklama takvimine eklenmiş ve beşli karma (difteri, aselüler boğmaca, tetanoz, inaktif polio, Hib) şeklinde ikinci, dördüncü ve altıncı ayların sonunda yapılmaya başlanmıştır. Aşının hatırlatma dozu ise 18-24 ay arasında uygulanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, 2005-2010 yılları arasında Hib menenjiti insidans trendinin analiz edilmesi yoluyla ülkemizdeki hastalık epidemiyolojisinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:Hib menenjiti insidans trendlerinin değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yoluyla elde edilen Ulusal Sürveyans Sistemine ait veriler kullanılmıştır. Türkiye’de Hib’e bağlı olarak oluşan menenjit, bildirim zorunlu hastalık listesinin güncellenmesi ile birlikte 2005 yılından itibaren bildirmeye başlamıştır ve C grubu bildirim zorunlu hastalıklar listesine eklenmiştir.

İnsidans hızları 100 000 kişi başına olacak şekilde hesaplanmıştır.

Bulgular:2005 yılında Hib’e bağlı menenjit gelişen olgu sayısı 28, insidans hızı 100 000’de 0.04 olarak tespit edilmiştir. 2006 yılında Hib aşısının, ulusal bağışıklama takvimine eklenmesi ile bildirilen olgu sayısı, takip eden yıllarda azalmıştır. 2008 yılında beş olgu bildirilirken, 2009 ve 2010 yıllarında yeni olgu bildirim yapılmamıştır. 2005, 2006 ve 2007 yıllarında beş yaş altı çocuklarda saptanan olgu sayıları sırasıyla 12, 4 ve 2’dir. 2008 yılından itibaren beş yaşın altında hiç olguya rastlanmamıştır.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler :Hib menenjitinde, aşının uygulamaya girdiği 2006 yılından sonra belirgin düşüş yaşanmıştır. Özellikle hastalığın en riskli grubu olan beş yaş altı çocuklardaki olgu sayılarının azalması ve 2008 yılından itibaren bu yaş grubunda hiç olgu bildirilmemiş olması önemlidir. Ancak etiyolojik tanı ve bildirimde yaşanan eksiklikler nedeniyle, Hib ile meydana gelen menenjitin, gerçek düzeyinin altında tespit edildiği düşünülmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde oldukça yüksek olduğu tahmin edilen Hib’e bağlı pnömoni ve diğer invazif hastalıkların oluşturduğu yük tam anlamıyla ortaya konamamaktadır (3). Ülkemizde Hib menenjit dışında pnömonide önemli bir nedeni olduğu için aşının uygulanmaya başlanmasıyla menenjit insidansında meydana gelen düşüşün yanı sıra, pnömonide de önemli bir azalmanın olmuş olduğu tahmin edilmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde Hib kendini ağırlıklı olarak pnömoni ile gösterdiği için, sayısal olarak ortaya konamamakla birlikte, pnömoni olgularında menenjite göre daha büyük bir azalma olmuş olabileceği tahmin edilmektedir.

Anahtar sözcükler: Hib menenjiti, İnsidans, Trendler, Türkiye

Kaynaklar:

1. WHO Position Paper on Haemophilus influenzae type b conjugate vaccines. (2006). Weekly epidemiological record, No. 47, 24 NOVEMBER 2006.
2. Ceyhan M, Yildirim I, Balmer P ve ark. A prospective study of etiology of childhood acute bacterial meningitis, Turkey. Emerg Infect Dis. 2008 ;14:1089-96.
3. Global Programme for Vaccines and Immunization (GPV). (1998) The WHO position paper on Haemophilus influenzae type b conjugate vaccines. Wkly Epidemiol Rec, 6;73(10):64-8

828

TÜRKİYE’DE 2005-2010 YILLARI ARASINDAKİ HEPATİT C İNSİDANS

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Pınar Ay, Mehmet Ali Torunoğlu, Ayşe Gülsen Teker, Seracettin Çom

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya’da her yıl 150 milyon kişinin Hepatit C virüsü (HCV) ile kronik olarak infekte olduğunu ve 350 000 kişinin de HCV ile ilişkili karaciğer hastalığı nedeniyle yaşamını yitirdiğini ortaya koymaktadır (1). Türkiye’de HCV ile ilgili çalışma sonuçları, araştırmanın yapıldığı yer, zaman ve katılımcıların özelliklerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Kan bağışi yapan bireyleri kapsayan çalışmalarda, antiHCV sıklıkları %0.07-0.68 arasında değişmektedir (2-5). Öte yandan toplum tabanlı bazı çalışmalarda, anti-HCV sıklıklarının daha yüksek düzeylere vardığı izlenmektedir. 2006-2007 yıllarında Isparta’nın köylerinde yapılan bir çalışmada, anti-HCV sıklığı %1.0 olarak tespit edilmiştir (6). Tokat’ta yakın zamanda yapılan toplum tabanlı bir başka çalışmada ise antiHCV sıklığı %2.1 olarak saptanmıştır (7). Anti-HCV sıklıkları, hastane tabanlı çalışmalarda biraz daha yüksek bulunmaktadır (8). Bu çalışmanın amacı, 2005-2010 yılları arasında HCV insidans trendinin cinsiyet, yaş grupları ve bölgelere göre analiz edilmesi yoluyla ülkemizdeki hastalık epidemiyolojisinin değerlendirilmesi ve hastalığın önlenmesi ile kontrolüne yönelik stratejilerin önerilmesidir.

Gereç ve Yöntem : HCV insidans trendlerinin değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yoluyla elde edilen Ulusal Sürveyans Sistemine ait veriler kullanılmıştır. Ülkemizde HCV, bildirim zorunlu hastalıklar listesinde yer almakta ve veriler aylık olarak cinsiyet, yaş grupları ile bölgeler dikkate alınarak toplanmaktadır. Bilindiği gibi 2005 yılında Bulaşıcı Hastalık İhbar ve Bildirim Sistemi yenilenmiş ve bu bağlamda her infeksiyon hastalığına ait standart tanımlar oluşturulmuştur. Bu sisteme göre klinik tanımlama ile uyumlu, tanı için gerekli laboratuvar kriterleri ile doğrulanmış vaka, akut HCV olgusu olarak değerlendirilmiştir. Yeni bildirim sisteminde HCV, A grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasında sınıflandırılmıştır.

İnsidans hızları 100 000 kişi başına olacak şekilde hesaplanmıştır. Yaş grupları 0, 1-4, 5-9, 10-14 ve ≥15 yıl olacak şekilde değerlendirilmiştir. Bölgesel hızların hesaplanmasında 7 coğrafi bölge esas alınmıştır.

Bulgular: Ülkemize ait veriler, HCV insidans hızlarının 2005-2010 yıllarında sürekli bir azalma trendi gösterdiğini ortaya koymaktadır. HCV insidans hızlarının, 2005 ve 2010 yıllarında 100 000’de 1.82 ve 0.81 olduğunu hesaplanmıştır. Bildirimler, kadın ve erkeklerdeki hızların birbirine oldukça yakın olduğunu göstermektedir. 2009 yılında kadınlarda ve erkeklerde insidans hızları 100 000’de sırasıyla 1.18 ve 1.21 olarak belirlenmiştir. Çocukluk dönemine ait en yüksek insidans hızı, bebeklik sırasında tespit edilmektedir. 2009 yılında 0 yaş grubu için belirlenen insidans, 100 000’de 0.54’tür. Bebeklik döneminin ardından düşük seyreden insidans, 20-29 yaş grubu ile birlikte yeniden artış göstermekte ve 100 000’de 1.03’e ulaşmaktadır. Ülkemiz verileri, ilerleyen yaşla birlikte HCV insidansının doğrusal olarak arttığını ve en yüksek insidansın 65 yaş ve üzerindeki grupta olduğunu göstermektedir. Ülkemizde bildirimlerin en yoğun olarak yapıldığı bölge, Karadeniz Bölgesi’dir. İkinci sırada İç Anadolu Bölgesi yer almaktadır. Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da saptanan insidans hızları görece düşüktür. En az bildirim ise sırayla Doğu Anadolu Bölgesi ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nden yapılmıştır.

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler: Ülkemizde 2010 yılında HCV insidans hızı 100 000’de 0.81 olarak saptanmıştır. Ancak asemptomatik olguların varlığı ve tanı alanların da sadece bir bölümünün bildirilmesine bağlı olarak gerçek insidans hızının, saptanandan daha yüksek olması beklenmektedir. Durusoy ve Karababa tarafından 2003 yılında İzmir’de yapılan bir çalışma da bu varsayımı doğrular niteliktedir. Bu çalışmada İzmir’de laboratuvarlarda saptanan HCV olgularının sadece %1-4’ünün sağlık kurumları tarafından bildirildiği ortaya konmuş ve gerçek insidans ile saptanan insidans arasındaki farka işaret edilmiştir (9). Saptanan bu farkın, gelişmişlik düzeyi İzmir’den daha düşük olan pek çok bölgede daha da büyük olabileceği düşünülmektedir.

Avrupa geneline ait insidans hızı 2007 yılında 100 000’de 6.87 olarak saptanmıştır (10). Bilindiği gibi Avrupa’da da bildirimlerin özellikle akut ve kronik olguların birbirine karıştırılması nedeniyle sorunlu olduğu bilinmektedir. Sürveyans sistemleri ve olgu tanımları ülkeler arasında farklılık göstermekte, bazı ülkelerde tüm olgular, diğerlerinde ise sadece akut dönemdeki olgular bildirim sistemine dahil edilmektedir. Bu durum, ülkeler arasında kıyaslama yapmayı güçleştirmektedir. Yine de ülkemizde saptanan hızın Avrupa ülkelerinin geneline göre daha düşük olması verinin validitesi ile ilgili sorunlar akla getirmektedir. Yine de 2005 yılından itibaren süregelen bir azalma trendinin oluşu hastalığın kontrolüne yönelik önemli bir gelişmedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Veriler, çocukluk dönemine ait en yüksek insidans hızı, bebeklik sırasında tespit edildiğini, bebeklik döneminin ardından düşük seyreden insidansın, 20-29 yaş grubu ile birlikte yeniden artış gösterip yaşla birlikte doğrusal olarak arttığını ve en yüksek insidansın 65 yaş ve üzerindeki grupta olduğunu göstermektedir. Oysa Avrupa’da en yüksek insidans 25-44 yaş grubunda görülmekte, daha sonraki yıllarda ise düşüş izlenmektedir (10). Ülkemize bildirimlerin en fazla 65 yaş ve üzerindeki grupta saptanması, akut olgular yerine geçirilmiş HCV enfeksiyonunun bildirilmekte olabileceği düşüncesini akla getirmektedir. Bu durum incelenip sağlık personelinin bildirimde kullanılan tanım ile ilgili farkındalığının artırılması gerekmektedir.

Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da saptanan insidanslar görece düşüktür. En az bildirim ise Doğu Anadolu Bölgesi ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nden yapılması düşündürücüdür. Bildirimlerin sağlık kurumlarına başvuru oranları, tarama ve tanı olanakları ile yakından ilişkili olduğu, bu durumun bildirimlerin sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerde düşük olmasına neden olabileceği unutulmamalı ve bu durumu açıklamaya ve ortadan kaldırmaya yönelik stratejiler benimsenmelidir.

Anahtar sözcükler: Hepatit C, İnsidans hızı, Trendler, Türkiye

Kaynaklar:

Gürol E, Saban C, Oral O, ve ark. Trends in hepatitis B and hepatitis C virus among blood donors over 16 years in Turkey. *Eur J Epidemiol.* 2006;21:299-305.

1. World Health Organization. Hepatitis C. World Health Organization Fact Sheet No: 164 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>
2. Acar A, Kemahli S, Altunay H ve ark. HBV, HCV and HIV seroprevalence among blood donors in Istanbul, Turkey: how effective are the changes in the national blood transfusion policies? *Braz J Infect Dis.* 2010 ;14:41-6.
3. Afsar I, Gungor S, Sener AG, Yurtsever SG. The prevalence of HBV, HCV and HIV infections among blood donors in Izmir, Turkey. *Indian J Med Microbiol* 2008;26:288-9
4. Gunduz T, Mumcuoglu I, Güray M. Evaluation of hepatitis B surface antigen, anti-hepatitis C virus and anti-human immunodeficiency virus antibodies and syphilis seropositivity in blood donors: six years' seropositivity. *Int J Clin Pharmacol Res.* 2005;25:155-8.
5. Gürol E, Saban C, Oral O, ve ark. Trends in hepatitis B and hepatitis C virus among blood donors over 16 years in Turkey. *Eur J Epidemiol.* 2006;21:299-305.
6. Akcam FZ, Uskun E, Avsar K , Songur Y. Hepatitis B virus and hepatitis C virus seroprevalence in rural areas of the southwestern region of Turkey. *Int J Infect Dis.* 2009;13:274-84.
7. Yıldırım B, Barut S, Bulut Y ve ark. Seroprevalence of hepatitis B and C viruses in the province of Tokat in the Black Sea region of Turkey: A population-based study. *Turk J Gastroenterol.* 2009;20:27-30.
8. Demirtürk N, Demirdal T, Toprak D ve ark. Hepatitis B and C virus in West-Central Turkey: seroprevalence in healthy individuals admitted to a university hospital for routine health checks *Turk J Gastroenterol.* 2006 ;17:267-72.
9. Durusoy R, Karababa AO. Completeness of hepatitis, brucellosis, syphilis, measles and HIV/AIDS surveillance in Izmir, Turkey. *BMC Public Health.* 2010;10:71.
10. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2009). Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control

831

TÜRKİYE’DE 2005-2010 YILLARI ARASINDAKİ KABAKULAK İNSİDANS

Pınar Ay, Zekiye Çipil, Salih Mollahaliloğlu, Hande Gürün, Yasin Erkoç

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş ve Amaç : Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya'nın aşılama çalışmalarının yürütülmediği pek çok ülkesinde kabakulak insidans hızının 100 000'de 100-1000 arasında değiştiğini ve hastalığın her 2-5 yılda bir salgına yol açtığını bildirmektedir. Hastalık çocukluk çağında oldukça hafif seyretse de erginlik sonrası dönemde geçirildiğinde erkeklerde %20 oranında orşite neden olduğu bildirilmektedir. İnfeksiyonun hamileliğin ilk 12 haftasında geçirilmesi ise %25 oranında spontan düşüğe neden olmaktadır (1). Ülkemizde yapılan seroepidemiolojik çalışmalar, infeksiyonun büyük oranda çocukluk çağında geçirildiğini ve bağışıklığın yaşla birlikte arttığını ortaya koymaktadır (2-4)

Ülkemizde kabakulak aşısı kızamık, kızamıkçık ve kabakulak kombinasyonu şeklinde, 2006 yılında Ulusal Aşı Takvimine eklenmiş ve 12. ayda uygulanmaya başlanmıştır. Aşının hatırlatma dozu ilköğretim birinci sınıfta yapılmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, 2005-2010 yılları arasında kabakulak insidans trendinin cinsiyet, yaş grupları ve bölgelere göre analiz edilmesi yoluyla ülkemizdeki hastalık epidemiyolojisinin değerlendirilmesi ve hastalığın önlenmesi ile kontrolüne yönelik stratejilerin önerilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kabakulak insidans trendlerinin değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yoluyla elde edilen Ulusal Sürveyans Sistemine ait veriler kullanılmıştır. Ülkemizde kabakulak 2005 yılında A Grubu bildirim zorunlu hastalıklar listesine eklenmiştir. Veriler aylık olarak cinsiyet, yaş grupları ile bölgeler dikkate alınarak toplanmaktadır. Ulusal Sürveyans Sistemimizde kabul edilen tanıma göre klinik tanı için iki gün veya daha uzun süreli, tek ya da iki taraflı olarak parotis ve diğer salgı bezlerinin kendini sınırlayan, ağrılı şişliğiyle karakterize hastalık olması gereklidir. Laboratuvar tanısı için ise klinik örneklerden virus izolasyonu, çift serum örneğinde kabakulak IgG titresinde dört kat artış ve tek serum örneğinde kabakulak IgM pozitifliği gereklidir. Tanı için laboratuvar kriterlerinden biri ile doğrulanmış *olası vaka* veya başka bir kesin veya olası vaka tanımına uyan bir vakayla epidemiyolojik olarak bağlantılı vaka kesin vaka olarak tanımlanmaktadır.

İnsidans hızları 100 000 kişi başına olacak şekilde hesaplanmıştır. Yaş grupları 0, 1-4, 5-9, 10-14 ve ≥ 15 yıl olacak şekilde değerlendirilmiştir. Bölgesel hızların hesaplanmasında 7 coğrafi bölge esas alınmıştır.

Bulgular: Epidemiyolojik veriler, kabakulak insidans hızının 2006 yılından itibaren önemli bir düşüş gösterdiğini ortaya koymaktadır. 2005 yılında 100 000'de 27.76 olarak saptanan insidans, 2008, 2009 ve 2010 yıllarında sırasıyla 12.87, 2.91 ve 1.04 olarak belirlenmiştir. Yaşlara göre insidans hızları incelendiğinde, en yüksek riskin 5-9 yaşlarında olduğu izlenmektedir. 2007 verileri, bebeklikten ilköğretim çağına dek insidansın artış gösterdiğini, 5-9 yaş grubunda ise 100 000'de 137.57 ile en yüksek düzeye ulaştığını göstermektedir. 10-14 yaşları arasında 100 000'de 63.31'e düşen insidans hızı, ilerleyen yaşla birlikte kademeli olarak azalmaktadır. Ancak az da olsa erişkinlerde de kabakulak olgularına rastlanmaktadır. Ülkemizde bölgelere göre insidans hızları incelendiğinde, en yüksek hıza sahip bölgenin Ege en düşük hıza sahip bölgenin ise doğu Anadolu olduğu izlenmektedir.

Tartışma ve Sonuç: 2006 yılında kabakulak aşısının ulusal bağışıklama programına iki doz olarak girmesinin ardından, kabakulak insidans hızında önemli bir düşüş sağlanmıştır. 2005 yılında 100 000'de 27.76 olarak saptanan insidans, 2010 yılında 1.04'e düşmüştür. Bildirimler hastalığın gerçek düzeyinin altında olsa da insidansın yakalanan düşüş trendi aşılama çalışmalarının başarısı olarak değerlendirilmektedir.

İnsidansın hızı, 5-9 yaş arasında en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Ülkemizde yürütülen seroprevalans çalışmaları da, bu infeksiyon hastalığının erken çocuklukta geçirildiğini ve bağışıklık düzeyinin yaşla birlikte arttığını ortaya koymaktadır. İzmir'de yapılan toplum tabanlı bir çalışmada, 1-29 yaş arası bireylerde bağışıklık düzeyinin %80 olduğu saptanmıştır. 1-4 yaş arası çocukların %44'ünde yeterli antikör düzeyi tespit edilirken, bu oran 20-29 yaş arasında %95'e varmaktadır (2). Elazığ'da 2003 yılında yapılan bir çalışmada, 1-16 yaş arası çocukların %71.1 oranında bağışık olduğu ortaya konmuştur. Bağışıklık 1-4, 5-8, 9-12, 13-16 yaşlarında sırasıyla %29.9, %69.8, %92.9 ve %88.8 olarak saptanmıştır (3). Ancak az da olsa erişkinlerde de kabakulak olgularına rastlanmaktadır. İnfeksiyonun ileri yaşlara kaymaması için 2006 yılında aşılanan çocuk kohortuna dek, erginlik döneminde de aşılanmanın sürdürülmesi gereklidir. Tıpkı kızamıkçıkta olduğu gibi eksik aşıli kohortlar tamamlayınca kadar ilköğretim yıllarında bu aşının yapılması düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Kabakulak, İnsidans hızı, Trendler, Türkiye

Kaynaklar:

1. WHO Position Paper. Weekly Epidemiological Record No. 7, 2007, pp.51-60.
2. Aksit S, Egemen A, Ozacar T, Kurugol Z. Mumps seroprevalence in an unvaccinated population in Izmir, Turkey. Acta Paediatr. 2000;89(3):370-1.
3. Gürgöze MK, Yılmaz E, Gödekmerdan A ve ark. Seroprevalence of mumps, varicella and rubella antibodies in children 1-16 years of age in eastern Turkey. Turk J Pediatr. 2006;48:185-8
4. Kanbur NO, Derman O, Kutluk T. Age-specific mumps seroprevalence of an unvaccinated population of adolescents in Ankara, Turkey. Jpn J Infect Dis. 2003;56:213-5.

830

TÜRKİYE'DE 2005-2010 YILLARI ARASINDAKİ KIZAMIKÇIK İNSİDANS

Pınar Ay, Zekiye Çipil, Salih Mollahaliloğlu, Hande Gürün, Yasin Erkoç

Giriş ve Amaç: Kızamıkçık, oldukça hafif seyretmekle birlikte gebelik sırasında geçirildiğinde konjenital rubella sendromu (KRS) oluşumuna neden olduğu için önemli bir problemdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yılda yaklaşık olarak 110 000 bebeğin KRS ile doğduğuna işaret etmektedir (1). Aşının kısmi bir biçimde uygulandığı ve aşı kapsayıcılığının düşük kaldığı toplumlarda pek çok kadın henüz bağışıklık kazanmadan, doğurgan yaşlara ulaşmakta ve hamilelik sırasında enfeksiyonun gelişme ihtimali, dolayısıyla da KRS riski artmaktadır. Kızamıkçık bağışıklamasının temel amacı, KRS gelişiminin engellenmesidir. Ülkemizde doğurgan yaştaki kadınlar ve hamileler arasında yapılan çok sayıda çalışma, kızamıkçık bağışıklığının %90'ların üzerinde seyrettiğini ortaya koymaktadır (2-8). Öte yandan bazı araştırmalarda çok daha düşük bir bağışıklık düzeyi rapor edilmektedir. Mersin'de 15-49 yaşları arasında kadınların incelendiği bir çalışmada, katılımcıların sadece %55'inin bağışık olduğu saptanmıştır (9). Afyonkarahisar'da 2005-2006 yılında yapılan bir çalışmada, kadınlarda bağışıklık düzeyi %73.7-80 oranında belirlenmiştir (10). Bu bulgular, kimi bölgelerde doğurganlık çağındaki kadınların önemli bir oranının bu hastalığa duyarlı olduğunu ortaya koymaktadır.

Ülkemizde kızamıkçık aşısı kızamık, kızamıkçık ve kabakulak kombinasyonu şeklinde, 2006 yılında Ulusal Aşı Takvimine eklenmiş ve 12. ayda uygulanmaya başlanmıştır. Aşının hatırlatma dozu ilköğretim birinci sınıfta yapılmaktadır. 2009 yılında Sağlık Bakanlığı Bağışıklama Danışma Kurulu'nun önerisi doğrultusunda, Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının yürütüldüğü illerde 18-35 yaş arası kadınlara da kızamıkçık aşısı uygulaması başlatılmıştır. Aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı olan 18-35 yaş grubu tüm kadınlarda tek doz kızamıkçık aşısı uygulaması sağlanmıştır. KRS'nin önlenmesi açısından çok önemli olan bu uygulama, sadece aile hekimliğinin uygulandığı illerle sınırlı kalmış, ülke geneline yaygınlaştırılamamıştır. Daha sonra yine Bağışıklama Danışma Kurulu 2008 tarihli kararı ile kızamık ve kızamıkçık aşılması risk gruplarına yönelik olarak erişkin aşı takvimine alınmıştır.

Bu çalışmanın amacı, 2005-2010 yılları arasında kızamıkçık insidans trendinin cinsiyet, yaş grupları ve bölgelere göre analiz edilmesi yoluyla ülkemizdeki hastalık epidemiyolojisinin değerlendirilmesi ve hastalığın önlenmesi ile kontrolüne yönelik stratejilerin önerilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kızamıkçık insidans trendlerinin değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yoluyla elde edilen Ulusal Sürveyans Sistemine ait veriler kullanılmıştır. Ülkemizde kızamıkçık ve KRS, 2005 yılında A Grubu bildirim zorunlu hastalıklar listesine eklenmiştir. Veriler aylık olarak cinsiyet, yaş grupları ile bölgeler dikkate alınarak toplanmaktadır. Ulusal Sürveyans Sistemimizde kabul edilen tanıma göre klinik tanımlama için, ani başlangıçlı yaygın makulopapüler döküntü ve 37.2 °C'den yüksek ateş ve artralji/artrit, özellikle suboksipital bölgede lenfadenopati veya konjonktivit varlığı gereklidir. Rubella IgM'nin pozitif olması, akut ve konvelesan dönemler arasında Rubella IgG titrelerinde dört kat artış veya hücre kültürlerinde kızamıkçık virus izolasyonu ise laboratuvar kriterleri arasında yer almaktadır. Klinik tanımlama ile uyumlu ve laboratuvar kriterlerinden en az biri ile pozitif bulunan vaka veya klinik tanımlama ile uyumlu ve bir kesin vaka ile epidemiyolojik bağlantısı olan vaka, kızamıkçık olarak bildirilmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İnsidans hızları 100 000 kişi başına olacak şekilde hesaplanmıştır. Yaş grupları 0, 1-4, 5-9, 10-14 ve ≥15 yıl olacak şekilde değerlendirilmiştir. Bölgesel hızların hesaplanmasında 7 coğrafi bölge esas alınmıştır.

Bulgular: Türkiye’de 2005 yılında 100 000’de 3.15 olarak saptanan kızamıkçık insidans hızı, 2006 yılından itibaren belirgin bir düşüş göstermiş ve 2009 ve 2010 yıllarında sırasıyla 100 000’de 0.13 ve 0.08 olarak tespit edilmiştir. Kadın ve erkeklerdeki hızlar benzerdir. Epidemiyolojik veriler, insidansın 14 yaşına dek yüksek seyrettiğini ortaya koymaktadır. Özellikle ilköğretimin ilk yıllarına denk gelen 5-9 yaş arasında, insidans en yüksek seviyesine ulaşmakta, daha sonraki yıllarda ise kademeli olarak düşüş göstermektedir. Veriler, 15-44 yaş grubu içinden az da olsa olguların olduğuna işaret etmektedir. 2008 yılı verilerine göre, 15-19, 20-29 ve 30-44 yaşlarında kadınlardaki insidans sırasıyla 100 000’de 0.26, 0.06 ve 0.06’dır. Epidemiyolojik veriler, Doğu, Güneydoğu ve İç Anadolu’dan bildirimlerin düşük, Akdeniz ve Ege’de ise yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. KRS için ise 2005-2010 yılları arasında toplam üç olgu bildirilmiştir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Kızamıkçık insidans hızı, 2010 yılında 100 000’de 0.08 olarak tespit edilmiştir. Olguların sadece bir bölümünün sağlık kurumuna başvurduğu, başvuranların da kısmen tanı alıp bildirildiği düşünüldüğü saptanan hızların gerçek değerinin altında olduğu açıktır. Özellikle kızamıkçığın diğer aşı ile korunulabilen infeksiyonlara kıyasla görece hafif seyretmesi nedeniyle, bu infeksiyona bağlı başvuruların düşük olmasını getirebilir. Bildirimlerin doğu ve güneydoğu illerinde daha düşük olması bu nedenlerle ilişkili olabilir. Ancak 2006 yılında kızamıkçık antijeninin Ulusal Aşı Takvimine eklenmesi ile birlikte, hastalığın insidans hızında belirgin bir düşme kaydedilmesi ve bu düşüşün sonraki yıllarda da devam etmesi, hastalığın önlenmesine yönelik önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir.

Veriler, kızamıkçık insidansının çocukluk çağında en yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Ancak oldukça düşük de olsa doğurgan yaştaki kadınlara ait olgu bildirimleri de söz konusudur. Ülkemizde bazı bölgelerde yürütülen serolojik çalışmalar kimi bölgelerde doğurganlık çağındaki kadınların önemli bir oranının bu hastalığa duyarlı olduğunu ortaya koymaktadır. Mersin’de 15-49 yaşları arasında kadınların incelendiği bir çalışmada, katılımcıların sadece %55’inin bağışık olduğu saptanmıştır (9). Afyonkarahisar’da 2005-2006 yılında yapılan bir çalışmada, kadınlarda bağışıklık düzeyi %73.7-80 oranında belirlenmiştir (10). Bu bulgulara paralel olarak yapılan bazı çalışmalar da hamilelerde geçirilmekte olan kızamıkçık infeksiyonuna işaret etmektedir. Pehlivan ve arkadaşları Malatya’da yaptıkları çalışmada, hamile kadınların %0.6’sında yeni geçirilmiş kızamıkçık infeksiyonuna işaret eden serolojik bulgular olduğunu ortaya koymuşlardır (11). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne başvuran hamile kadınlarda yapılan bir başka çalışmada, anti-rubella IgM %0.2 ve anti-rubella IgG+IgM %1.8 düzeyinde saptanmıştır (12). Yine Samsun Doğum Hastanesi’nde yürütülen bir çalışmada, antenatal muayene için başvuran kadınların %1.7’sinde anti rubella IgM antikörleri tespit edilmiştir (8). 2005-2010 yılları arasında ülke çapında KRS’li sadece üç olgu bildirilmiş olmakla birlikte, bu veriler ışığında KRS’nin aslında daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Kızamıkçık aşısının Ulusal Aşı Takvimine eklenmesi önemli bir uygulamadır ve hastalık insidansını azaltmıştır. Ancak, doğurgan yaşa erişinceye kadar geçen sürede sadece çocukları aşılama, KRS’yi önleme açısından yeterli olmayacaktır. Ayrıca serolojik çalışmaların da bazı bölgelerde doğurgan çağındaki kadınların yüksek duyarlılığını ortaya koyduğu unutulmamalıdır. Bu nedenlerle, 18-35 yaş arası kadınlara yönelik bazı bölgelerde başlatılmış olan aşılama, gebeleri ve gebelik ihtimali olanları dikkatli bir şekilde ayırt ederek tüm ülkede yaygınlaştırmak önemlidir.

Anahtar sözcükler: Kızamıkçık, İnsidans hızı, Trendler, Türkiye

Kaynaklar:

1. World Health Organization. Rubella World Health Organization Fact Sheet No: 367.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs367/en/index.html>
2. Aksakal FN, Maral I, Cirak MY, Aygun R. Rubella seroprevalence among women of childbearing age residing in a rural region: is there a need for rubella vaccination in Turkey? Jpn J Infect Dis. 2007;60:157-60
3. Aksit S, Timocin A, Turpculu A. Rubella immunity in pregnant Turkish women Int J Gynaecol Obstet. 1999 ;66:33-4

4. Karakoc GB, Altintas DU, Kilinc B ve ark. Seroprevalence of rubella in school girls and pregnant women. Eur J Epidemiol. 2003;18:81-4.
5. Ocak S, Zeteroglu S, Ozer C ve ark. Seroprevalence of Toxoplasma gondii, rubella and cytomegalovirus among pregnant women in southern Turkey. Scand J Infect Dis. 2007;39:231-4.
6. Pehlivan E, Karaoglu L, Ozen M ve ark. Rubella seroprevalence in an unvaccinated pregnant population in Malatya, Turkey. Public Health. 2007;121:462-8.
7. Tamer GS, Dundar D, Caliskan E. Seroprevalence of Toxoplasma gondii, rubella and cytomegalovirus among pregnant women in western region of Turkey. Clin Invest Med.
8. Uyar Y, Balci A, Akcali A, Cabar C. Prevalence of rubella and cytomegalovirus antibodies among pregnant women in northern Turkey. New Microbiol. 2008;31:451-5
9. Sasmaz T, Kurt AO, Ozturk C ve ark. Rubella seroprevalence in women in the reproductive period, Mersin, Turkey. Vaccine. 2007;25:912-7
10. Demirdal T, Demirtürk N, Toprak D ve ark. Seroprevalence of rubella among Turkish women and children in Afyonkarahisar, Turkey. Turk J Pediatr. 2009;51:534-8.
11. Pehlivan E, Karaoglu L, Ozen M ve ark. Rubella seroprevalence in an unvaccinated pregnant population in Malatya, Turkey. Public Health. 2007;121:462-8.
12. Tamer GS, Dundar D, Caliskan E. Seroprevalence of Toxoplasma gondii, rubella and cytomegalovirus among pregnant women in western region of Turkey. Clin Invest Med. 2009;32:E43-7

823

TÜRKİYE'DE 2005-2010 YILLARI ARASINDAKİ MENİNGOKOKKAL HASTALIK İNSİDANS TRENDİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Pınar Ay, Zekiye Çipil, Salih Mollahaliloğlu, Yusuf Güney, Yasin Erkoç

Giriş ve Amaç: Menenjit ve fulminan septiseminin önde gelen nedenlerinden biri olan meningokoklar, tıbbi hizmetlerin yeterli olduğu bölgelerde bile %5-15 fatalite hızı ile seyretmeleri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır (1). Ülkemizde yapılan çalışmalar da meningokokkal hastalığın, özellikle küçük çocuklardaki önemine işaret etmektedir (2-4). Bu çalışmanın amacı, 2005-2010 yılları arasında meningokokkal hastalık insidans trendinin cinsiyet, yaş grupları ve bölgelere göre analiz edilmesi yoluyla ülkemizdeki hastalık epidemiyolojisinin değerlendirilmesi ve hastalığın önlenmesi ile kontrolüne yönelik stratejilerin önerilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Meningokokkal hastalık insidans trendlerinin değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yoluyla elde edilen Ulusal Sürveyans Sistemine ait veriler kullanılmıştır. Ülkemizde meningokokkal hastalık 2005 yılında A Grubu bildirim zorunlu hastalıklar listesine eklenmiştir. Veriler aylık olarak cinsiyet, yaş grupları ile bölgeler dikkate alınarak toplanmaktadır. Ulusal Sürveyans Sistemimizde kabul edilen tanıma göre klinik tanımlama (ense sertliği ve/veya bilinç değişikliği ve/veya diğer meningeal irritasyon bulgularının varlığı ve/veya peteşiyal ya da purpural döküntü ile karakterize hastalık.) ile uyumlu ve doğrulayıcı laboratuvar kriterlerinden (BOS'da N.meningitidis antijenlerinin gösterilmesi, normalde steril vücut bölgelerinden alınan örneklerin kültüründen ajanın izolasyonu) biri ile pozitif bulunan vaka, kesin olgu olarak sınıflandırılmaktadır.

İnsidans hızları 100 000 kişi başına olacak şekilde hesaplanmıştır. Yaş grupları 0, 1-4, 5-9, 10-14 ve ≥15 yıl olacak şekilde değerlendirilmiştir. Bölgesel hızların hesaplanmasında 7 coğrafi bölge esas alınmıştır.

Bulgular: Ülkemizde hem kadın hem de erkeklerde meningokokkal hastalık insidansında düşüş eğilimi izlenmektedir. 2005 yılında kadınlar ve erkeklerde insidans, 100 000'de sırasıyla 0.27 ve 0.35 olarak tespit edilirken, 2009 yılında 0.05 ve 0.06'ya düşmüştür. 2010 yılı insidansı ise 100 000'de 0.03 olarak hesaplanmıştır. Erkeklerde izlenen insidans, kadınlara oranla biraz daha yüksek olsa da, bu farkın özellikle 2008 ve 2009 yıllarında neredeyse yok olduğu izlenmektedir. Hastalık en sık 0, 1-4, 5-9 ve 10-14 yaşlarında görülmekte, insidans yaşla birlikte giderek azalmakta, ileri yaş grubunda ise hafif bir yükselme eğilimi göstermektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bölgelere göre bildirimler incelendiğinde en yüksek insidans hızlarının Güneydoğu, Doğu Anadolu ve Ege’de saptandığı görülmektedir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler : Ülkemizde 2010 yılı insidansı ise 100 000’de 0.03 olarak hesaplanmıştır. Avrupa ülkelerine ait veriler, insidans hızının 2007 yılı için 100 000’de 1 olduğunu ortaya koymaktadır (5). Avrupa’da pek çok ülkeden bildirilen insidansların, Türkiye’ye kıyasla daha yüksek oluşu, ülkemizde bu hastalığın tanısı ve/veya bildiri ile ilgili sorunlar olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca ülkemizde yapılan çalışmalar, N. meningitidis taşıyıcılığının oldukça yüksek oranlara varabildiğini ortaya koymaktadır. Ankara Çankaya’da 7-19 yaş arası öğrencilerin incelendiği bir çalışmada, taşıyıcılık %10.4 olarak tespit edilmiştir (6). Manisa’da yine ilköğretim okulu öğrencileri arasında yapılan bir başka çalışmada, taşıyıcılık oranı %6.2 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada saptanan suşlarda %22.5 oranında penisiline direnç tespit edilmiştir (7). Ceyhan ve arkadaşları tarafından 2005 yılında farklı coğrafi bölgelerde yürütülen bir çalışmada A, C, W135 ve Y serogrupları için ≥ 2 g/mL IgG düzeyine sahip bireylerin oranı sırasıyla 60.5%, 27.2%, 12.3% ve 19.2% olarak belirlenmiştir. Yazarlar özellikle C, W135 ve Y serotiplerine duyarlılığın yüksek olduğuna dikkat çekmektedir (3). Yine de insidans hızlarında azalma trendinin izlenmesi önemlidir ve sosyoekonomik gelişmenin bir sonucu olarak meydana gelmiş olabileceği düşünülmektedir.

Ülkemizde meningokok aşısı ulusal takvimde yer almamakta, sadece er ve erbaşlar ile Hac ziyaretinde bulunacaklara yapılmaktadır. Ancak DSÖ, meningokoklara bağlı hastalığın çocuklarda sorun olduğu bölgelerde konjuge C grubu aşısının ulusal takvime eklenmesinin önemli bir yarar oluşturacağını bildirmektedir. Bu nedenle, ülkemizde de bu aşının çeşitli risk gruplarına (yurtlar, yatılı okullarda kalan çocuk ve gençler gibi) uygulanmasının yanı sıra ulusal takvime dâhil edilmesi de tartışılmalıdır. Ancak bu konu ile ilgili kararın oluşturulabilmesi için meningokokkal hastalığın gerçek yükünün, farklı serogruplar açısından hem yaş hem de çeşitli risk grupları açısından ortaya konması temel bir gerekliliktir. Ardından yapılacak olan maliyet etkililik çalışmaları ile bu aşının kullanımı ile ilgili doğru stratejiyi oluşturmak mümkün olacaktır.

Anahtar sözcükler: Meningokokkal Hastalık, İnsidans hızı, Trendler, Türkiye

Kaynaklar:

1. WHO position paper. (2002). Meningococcal vaccines: polysaccharide and polysaccharide conjugate vaccines Weekly Epidemiological Record, No. 40, 77, 329–340
2. Arda B, Sipahi OR, Atalay S, Ulusoy S. Pooled analysis of 2,408 cases of acute adult purulent meningitis from Turkey. Med Princ Pract. 2008;17:76-9.
3. Ceyhan M, Yildirim I, Balmer P ve ark. Age-specific seroprevalence of serogroup C meningococcal serum bactericidal antibody activity and serogroup A, C, W135 and Y-specific IgG concentrations in the Turkish population during 2005. Vaccine. 2007 10;25(41):7233-7.
4. Ceyhan M, Yildirim I, Balmer P ve ark. A prospective study of etiology of childhood acute bacterial meningitis, Turkey. Emerg Infect Dis. 2008;14:1089-96.
5. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2009). Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.
6. Ercis S, Köseoğlu O, Salmanzadeh-Ahrabi S ve ark. The prevalence of nasopharyngeal Neisseria meningitidis carriage, serogroup distribution, and antibiotic resistance among healthy children in Cankaya municipality schools of Ankara province. Mikrobiyol Bul. 2005;39:411-20.
7. Gazi H, Surucuoglu S, Ozbakkaloglu B, Akcali S, Ozkutuk N, Degerli K, Kurutepe S. (2004). Oropharyngeal carriage and penicillin resistance of Neisseria meningitidis in primary school children in Manisa, Turkey. Ann Acad Med Singapore, 33(6):758-62.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Özlem Kurtcebe, Sevtap Bostancı, Ebru Aydın, Mehmet Ali Torunoğlu, Mustafa Aksoy

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Giriş ve Amaç: Dünyada halen önemli bir halk sağlığı sorunu olan yaklaşık her yıl 500.000 yeni insan olgusunun eklendiği Visseral Leishmaniasis (VL) tedavi edilmez ise komplikasyonları nedeniyle fatal seyredebilen zoonotik bir hastalıktır. Leishmaniasis ülkemizin de dahil olduğu tropikal ve subtropikal ülkelerde oldukça yaygındır. Ülkemizde insanlarda visseral (kala-azar) ve deri leishmaniasisi (şark çıbanı) klinik şekillerinde görülmektedir. Türkiye’de Leishmaniasisin kutanöz formlarının daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Visseral formu erişkin grupta nadir olup, daha çok olgu bildirimleri şeklinde kalmaktadır. Bu çalışmanın amacı; Türkiye’de 2011 yılında tanı konulan Visseral Leishmaniasis (kala azar) vakalarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Ülkemizde 2011 yılında tanı konulan Visseral Leishmaniasis vakalarını değerlendirmek üzere Ocak 2012 tarihinde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Zoonotik Hastalıklar Daire Başkanlığı tarafından “Visseral Leishmaniasis Olgu Bilgi Formu” hazırlanmıştır. Olgu bilgi formları 2011 yılında vaka görülen illerin (Adana, Adıyaman, Ankara, Antalya, Denizli, Gaziantep, Hatay, İzmir, Kars, Kocaeli, Kırıkkale, Manisa, Mardin, Samsun ve Zonguldak) İl Sağlık Müdürlüklerine resmi yazı ile gönderilmiş, Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürleri tarafından formdaki bilgiler doldurulduktan sonra Zoonotik Hastalıklar Daire Başkanlığı’na iletilmiştir.

Araştırmada veri kaynağı olarak kullanılan “Visseral Leishmaniasis Olgu Bilgi Formu” 22 sorudan oluşmaktadır. Formda sosyodemografik bilgilerin yanı sıra hastanın ekonomik durumu, malnutrisyonu ve immun yetmezliği öyküsü, seyahat öyküsü ile evinin çevresinde hastalığa neden olabileceği düşünülen herhangi bir etken veya benzer hastalığı olan kimsenin olup olmadığını sorgulayan sorular ve hastalığın tanısının hangi hastanede konulduğu, tanı konulmadan önce aynı şikayetlerle başka sağlık kuruluşuna başvurulup başvurulmadığı, tedavide kullanılan ilaç, ve ilacın yan etkisi ile bilgileri içeren sorular yer almaktadır.

İstatistiksel analiz olarak tanımlayıcı istatistikler (ortalama, ortanca, yüzde dağılımı) kullanılmıştır.

Bulgular: 2011 yılında tanı konulan 29 vakanın 11’i (%37.9) Adana, 2’si Antalya, 2’si Ankara, 2’si Hatay, 2’si (%6.7) İzmir ikametli olup diğer 10 ilimizden de (Adıyaman, Denizli, Gaziantep, Kars, Kırıkkale, Kocaeli, Manisa, Mardin, Samsun, Zonguldak) birer vaka (%3.4) bildirilmiştir. 2011 yılındaki vakaların %58.6’sı erkek, %41.4’ü kadındır. Olguların yerleşim yerlerine göre dağılımına bakıldığında %48.4’ünün ilçede, %37.9’unun köyde, %13.7’sinin il merkezinde ikamet ettiği sonucu bulunmuştur. Vakaların hane halkı aylık toplam gelirlerinin dağılımı incelendiğinde %20.7’sinin hane halkına ait aylık toplam gelirin 500 TL’den az, %44.8’inin 500-1000 TL arasında, % 6.9’unun 1000-1500 TL arasında, % 10.3’ünün 1500-2000 TL arasında, %3.4’ünün 2000-3000 TL arasında olduğu, %13.8’inin gelirin bilinmediği görülmektedir.

Vakaların % 37.9’unun (11 kişi) 0-4 yaş grubunda, % 17.2’sinin (5 kişi) 5-9 yaş grubunda, %3.4’ünün (birer kişi) 10-14, 15-19 ve 35-39 yaş grubunda, %6.9’unun (ikişer kişi) 25-29 ve 30-34 yaş grubunda olduğu, %20.7’sinin 45 yaş ve üzerinde olduğu 20-24 ve 40-44 yaş grubunda ise vaka olmadığı tespit edilmiştir. Vakalara ait yaş ortalaması 21.28±22.98, ortanca 9 (min:1-max:69)’dur. Vakaların % 89.6’sı evinin çevresinde köpek, tilki ve/veya kemirici hayvan bulunduğunu, %41.4’ü ise evinin çevresinde kanalizasyon veya baraj inşaatı, bataklık gibi bölgeler bulunduğunu beyan etmiştir. Hasta çevresinde benzer hastalığı olan başka vakaların varlığı sorgulandığında %96.6’sının çevresinde benzer hastalığı olan başka vaka olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %17.2’sinde malnutrisyon varlığı, %13.8’i tarafından hasta olduğu dönemde immun yetmezliğine neden olabileceği düşünülen bir hastalık veya ilaç kullanımı olduğu belirlenmiştir.

Daha önce bir sağlık kuruluşuna başvurup tanı konulamayan hastaların yüzdesi 72.4’tür. Vakaların %27.6’sına ise sağlık kuruluşlarına ilk başvurularında tanı konulmuştur. Daha önce sağlık kuruluşuna başvurup VL tanısı konulamayan vakalara müracaat ettikleri sağlık kuruluşlarının isimleri sorulduğunda %52.4’ünün Devlet Hastanesine, %38.1’inin Aile Sağlığı Merkezi (ASM)’ne, %4.8’inin Özel Hastane ve %4.8’inin Üniversite Hastanesi’ne başvurduğu tespit edilmiştir. VL tanısının hangi hastanede konulduğu sorgulandığında %65.5’ine üniversite hastanesinde, %24.1’ine eğitim araştırma hastanesinde, %6.9’una devlet hastanesinde, %3.4’üne özel hastanede tanı konulduğu belirlenmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hastaların %44.8'i (13 kişi) beş değerlikli antimon bileşikleri, %24.1'i (7 kişi) Amfoterisin B, %17.4'ü (5 kişi) beş değerlikli antimon bileşikleri ve Amfoterisin B kullanmıştır. %13.7'sinin (4 kişi) ise hangi ilacı kullandığı bilinmemektedir. Yalnızca bir hastada (%3.4) ilaç yan etkisi görülmüştür. Yan etki görülen vakanın bu yan etkiyi açıklaması istendiğinde "solunum sistemi yakınmalarını içeren yan etki" görüldüğü belirtilmiştir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Ülkemizde 2005-2011 yılları arası Leishmaniasis verileri incelendiğinde Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) verilerine göre VL vakalarının her yıl için 20-40 arasında seyrettiği ve bu hastalıktan dolayı ölüm gerçekleşmediği görülmektedir. Visseral leishmaniasis daha çok Ege ve Akdeniz bölgelerinde görülmekle birlikte hemen hemen bütün bölgelerimizden bildirilmiş olgular bulunmaktadır. Hastalık ülkemizde genelde 12 yaş altındaki çocuklarda görülmekle birlikte Denizli, İzmir ve Çanakkale gibi bazı bölgelerimizde erişkinlerde de görülebilmektedir (1,2). Enfeksiyonun daha ziyade Ege ve Akdeniz bölgelerinde görülmesi; kışların ılık ve yağışlı, yazların ise sıcak ve yağışsız geçmesine ve nem oranının yüksek olmasına bağlanmaktadır (3). 2011 yılında VL tanısı konulan vakaların değerlendirildiği bu çalışmanın sonuçlarına göre, vakalar ikamet ettikleri illere göre sıralandığında %37.9'unun Adana ilinde ikamet ettiği bulunmuştur.

Hastalık, sanitasyonun iyi olmadığı kalabalık kentlerin çevresindeki sağlıksız yerleşim alanlarında, kanalizasyon, baraj inşaatı gibi bölgelerde (rezervuar olan hayvanlarla temasın olabileceği ve tatarcığın yaşamasına uygun bölgeler) veya immun olmayan kişilerin endemik bölgelere göçü ile doğrudan bağlantılıdır (2,4,5,6). 2011 yılındaki VL vakalarını değerlendirilen bu çalışmada hastaların çoğunun ilçelerde veya köylerde ikamet ettiği ve düşük sosyoekonomik grupta olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada vakaların %41.4'ü ise evinin çevresinde kanalizasyon veya baraj inşaatı, bataklık gibi bölgeler bulunduğunu; % 89.6'sı evinin çevresinde köpek, tilki ve/veya kemirici hayvan bulunduğunu beyan etmiştir. Hastalık etkeninin rezervuarının köpek, çakal, tilki, fare gibi hayvanlar olduğu bilindiğinden vakaların evinin çevresinde bu tür hayvanların bulunması beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

VL genelde çocuklarda, bazı bölgelerde de hem çocuk hem de erişkinlerde rapor edilmektedir (7). Özellikle 11 yaş altı çocuklar, yaştan bağımsız olarak çeşitli nedenlerle (organ transplantasyonu, hamilelik, HIV+/AIDS, vb) bağışıklık sistemi baskılanan veya baskılayıcı tedavi görenler risk altında olan gruplardır. Malnütrisyonu olan ve immün sistemi baskılanmış çocuklarda ağır forma dönüşebilir (8). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak vakaların % 37.9'unun 0-4 yaş grubunda, % 17.2'sinin 5-9 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %17.2'si tarafından malnutrisyon varlığı, %13.8'i tarafından hasta olduğu dönemde immün yetmezliğine neden olacak bir hastalık veya ilaç kullanımı olduğu bulunmuştur.

VL'nin özellikle tanısı konusunda birtakım sorunlar yaşanmaktadır. Leishmaniasisin tanısının konulmasında sorunlar yaşandığı özellikle VL hastalığının başka hastalıklarla karıştırıldığı bilinmektedir. Sadece tanıda yaşanan zorluklar nedeniyle doğru tanı geç konulmakta, hastalar tedaviye hemen başlanmasına rağmen çeşitli komplikasyonlar nedeniyle kaybedilebilmektedir (9). Bu çalışmada daha önce bir sağlık kuruluşuna başvurup tanı konulamayan hastaların yüzdesi 72.4'tür. Bu sonuç da hastalığa geç tanı konulduğunu ve hekimlerin bu konuda bilgi eksikliklerinin olduğunu göstermektedir. Vakaların sadece %27.6'sına sağlık kuruluşlarına ilk başvurularında tanı konulmuştur. Hastaların çoğunluğu beş değerlikli antimon bileşikleri ile tedavi edilmiştir. Bazı hastalar için hasta dosyasına ulaşılamaması veya ulaşıldığı halde dosyalarda bazı parametrelerin yer almaması nedeniyle kullanılan ilaçlar bilinmemektedir. Bildirimin yapılması durumunda, hastalığın tedavisi için gerekli ve birinci seçeneğe olan beş değerlikli antimon preparatları Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz olarak sağlanmaktadır.

Sonuç olarak 2011 yılında tanı konan VL vakalarının çoğunluğunun Adana ikametli olduğu, çocuklarda, kırsal bölgede yaşayanlarda, düşük sosyoekonomik grupta hastalığa daha çok rastlandığı bulunmuştur. Hastaların bir kısmında malnutrisyon veya immün yetmezliğine neden olacak bir hastalık veya ilaç kullanımı olduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğuna VL tanısının sağlık kuruluşuna ilk başvurularında konulmadığı tespit edilmiştir.

Bütün enfeksiyon hastalıklarında olduğu gibi paraziter hastalıkların kontrolü için de korunma önlemlerinin önemli bir yeri bulunmaktadır. Hastalıkla savaşmada çevre koşullarının düzeltilmesi ve hastalığı bulaştıran tatarcıklarla savaş önemlidir. Halkın eğitimi ve kişisel korunma önlemlerinin yaygınlaştırılması, hastalığın tanı ve tedavisinin ulaşılabilirliğinin artırılması hastalığın görülme sıklığını azaltacaktır. Konuyla ilgili hekimleri bilgilendirme çalışmaları da önemli yarar sağlayacaktır. Tedavi sonrası hastanın mutlaka takip edilmesi,

izlenmesi relaps olasılığını ortadan kaldıracaktır. Ülkemizde VL ile ilgili çalışmalar genellikle sokak köpeklerini kapsamaktadır. Köpeklerde VL tespit edilen yerlerde insanlarda da VL yaygınlığının araştırılması gerekmektedir. Hastalığın dağılım özellikleri, tedavisi ve risk faktörleri yeni çalışmalarla incelenmelidir.

VL 24.02.2004 tarihli ve 1534 sayılı Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi Sistemi Yönergesine göre ülkemizde ihbarı zorunlu bir hastalıktır. Sağlık Bakanlığı tarafından konunun önemi dikkate alınarak Eylül 2011 tarihinde Leishmaniasis Ulusal Eylem Planı taslağı hazırlanmıştır. 2012 - 2014 yılları arasında uygulanması planlanan bu eylem planı ile halkın, sağlık çalışanlarının ve hastalıkla ilgili diğer tüm kurum ve kuruluşların hastalığın tanısı, tedavisi ve korunma yöntemleri hakkında farkındalığı artırılarak hastalık sayısının düşürülmesi ve böylece hastalığın neden olduğu maddi ve manevi yükün azaltılması amaçlanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Visseral, leishmaniasis, Türkiye.

KAYNAKLAR:

1- Özensoy S, Özbel Y, Atay MG, Ertabaklar H, Şakru N, Taylan A, Hökelek M. İnsan ve Köpeklerden Alınan Klinik Örneklerle Leishmania Tanısı için Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PZR) Uygulanması. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*. 2002; 239-244.

2 Kocabaş, E., Antmen, B., Alhan, E., Yıldıztaş, D., Aksaray, N., "Çocukluk Çağında Kala-Azar"; Çukurova Tıp Fakültesi Dergisi, 1998 23:2, 95-101.

3- OK UZ, Balcıoğlu IC,Özkan AT,Özensoy S,Özbel Y.Leishmaniasis in Turkey.Acta Tropica 2002;84:43-8.

4- Unat, E.K., Tıp Parazitolojisi, 1982-İstanbul, 3.baskı, Sayfa:580-604.

5- Wyler, D.J., Leishmaniasis in Behrman, R.E., Kliegman, R.M., Arvin, A.M. (Eds): Nelson Text Book of Pediatrics, WB Saunders Co., 1992 ed 14, Page:892-894.

6- Leishmaniasis, <http://homepages:uel.ac.uk/D.P.Humber/akhter/intro.htm>, 27/09/1999.

7- Akman L,Aksu HS,Wang RQ et al:Multi-site DNA polymorphism analyses of Leishmania isolates define their genotypes predicting clinical epidemiology of leishmaniasis in a specific region,J Eukaryot Microbiol 2000;47(6):545-54

8- Cerf, B.J., Jones, T.C., Badaro, R. et al., Malnutrition as a Risk Factor for Severe Viseral Leishmaniasis, The Journal of Infectious Diseases, Vol.156, No.6, December 1987, Page:1030-1033.

9- Özbel Y, Turgay N, Ozensoy S, Ozbilgin A, Alkan MZ, Ozcel MA, Jaffe CL, Schnur L, Oskam L, Abranches P. Epidemiology, diagnosis and control of leishmaniosis in the Mediterranean region. *Ann Trop Med Parasitol*; 89(Suppl.1): 89-93, 1995.

639

TOKAT İL MERKEZİNDEKİ ECZANELERDE SOĞUK ZİNCİR UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

Tuba Aksoy, Rıza Çıtıl, Mücahit Eğri

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Serbest eczanelerde görev yapan eczacıların ilacın etkinliğini korumada önemli bir parametre olan soğuk zincir konusunda yeterli bilgisinin olması, etkin ilaç kullanımının başarısını artıracaktır. Soğuk zincir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

insan ve malzemeden oluşan bir sistemdir. İlacın üretiminden kullanıldığı ana kadar etkinliğini koruması, soğuk zincirin sürekliliğinin sağlanabilmesiyle mümkündür.

Bu çalışmada, Tokat il merkezinde bulunan serbest eczanelerde çalışan eczacıların soğuk zincir konusundaki bilgi düzeyini değerlendirmek; eczacıların soğuk zincir ile ilgili uygulamaları ve eczanelerde bulunan buzdolaplarının mevcut durumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: 1 Şubat–31 Mart 2011 tarihleri arasında yürütülen kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın verileri, Tokat il merkezindeki 52 serbest eczanede soğuk zincir uygulamalarının incelenmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve buzdolabı gözlem formunun uygulanmasıyla toplanmıştır. Çalışmada örneklem seçilmeden Tokat Eczacı Odası'nın 2010 kayıtlarına göre Tokat il merkezinde bulunan toplam 52 serbest eczane araştırma evreni olarak belirlenmiştir. Tokat İl Sağlık Müdürlüğü ve Tokat Eczacı Odası'ndan gerekli izinler alınmıştır. Çalışmanın il merkezindeki 52 eczane ve 52 eczacının tümünde yapılması amaçlanmıştır. Fakat 3 eczacı araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırma 49 eczane ve eczacı üzerinde uygulanmıştır. Anket yüz yüze görüşme yöntemi ile buzdolabı gözlem formu ise gözlem yoluyla doldurulmuş ve buzdolaplarının iç ısıları ölçülmüştür.

Veriler SPSS 18,0 ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma ile Ki-kare ve Fisher Kesin Ki-kare testleri kullanılmıştır. Farklılıkların test edilmesinde $p < 0,05$ değeri anlamlılık düzeyi olarak alınmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya katılan eczacıların %49,0'u kadın, %51,0'i erkek olup yaş ortalamaları $39,8 \pm 12,2$ 'dir. Eczacıların meslekte çalışma süresi ortalaması $17,04 \pm 11,2$ yıl ve eczane açma süresi ortalaması $14,8 \pm 10,5$ yıldır. Eczacıların %30,6'sının 1990 yılından önce, %69,4'ünün ise 1990 yılı ve sonra mezun olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan eczanelerin %44,9'u aile sağlığı merkezi yakınında, %36,7'si semt eczanesi ve %18,4'ü hastane yakınında bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan eczacıların %85,7'si soğuk zincir konusunda bilgi aldıkları ilk kaynağın eczacılık fakülteleri olduğunu belirtirken, %10,2'si de ürün prospektüsleri yanıtını vermiştir. Eczacıların tamamı buzdolaplarında en az bir termometre olduğunu belirtmiştir. Eczacıların %27,9'u her gün sabah akşam buzdolabı ısı kaydı yaptığını beyan etmiştir. Eczacıların %69,4'ünün termometrenin buzdolabında olması gereken yeri ve %75,5'inin olması gereken buzdolabı iç ısı aralığını ($2-8$ °C) doğru bildiği saptanmıştır. Buzdolabı iç ısını doğru bilenlerin oranı mezuniyet yılı 1990 öncesi olan eczacılarda %53,3 iken, mezuniyet yılı 1990 ve sonrası olanlarda %85,3 bulunmuş olup, eczacıların mezuniyet yılına göre buzdolabı iç ısını bilme durumları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırmaya katılan eczacıların %98'inin soğuk zincir ile ilgili kurs ya da seminere katılmadığı ve eczacıların %49'unun soğuk zincir tanımını doğru bildiği saptanmıştır. Mezuniyet yılı 1990 ve sonrası olan eczacıların soğuk zincir tanımını doğru bilme oranları (%52,9) meslekte daha eski eczacılara göre (%40) daha yüksektir ($p > 0,05$). Genel olarak eczacıların soğuk zincir gerektiren ilaçlarla ilgili bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Eczanelerde en çok satılan soğuk zincirde bulundurulması gereken ilaçlar sorulduğunda, sırasıyla insulinler, aşılarda ve göz damlaları cevabı verilmiştir. Soğuk zincir ile ilgili genel bilgiler çoğunluk tarafından yanıtlanabilirken, ilaçların saklama koşullarına ait sorulara nadiren cevap alınmıştır.

Araştırmaya katılan eczanelerin tümünde buzdolabının mevcut olduğu, buzdolaplarının gözlenmesi ile %93,9'unda termometre olduğu, %33,6'sının buzdolabının kapağında ısı izlem çizelgesi olduğu, bunlardan da sadece %16,3'ünün ısı kayıtlarının düzenli olduğu saptanmıştır. Buzdolabı ısı uygun aralıkta ($2-8$ °C) olan eczane sayısı %73,5'dir. Bu oran eski mezunlarda %73,3 iken, 1990 ve sonrası mezunlarda %78,1 olup, eczacıların mezuniyet yılına göre buzdolabı iç ısının uygun aralıkta olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$).

TARTIŞMA: Araştırmaya katılan eczacıların %73,4'ü 45 yaş altında, %69,4'ünün mezuniyet yılı 1990 yılı ve sonrasıdır. Eczacıların %85,7'si soğuk zincir konusunda bilgi aldıkları ilk kaynak olarak eczacılık fakülteleri, %10,2'si de ürün prospektüsleri yanıtını vermiştir. Buna göre her 10 eczacıdan birinin mezun olduğu okuldan soğuk zincir konusunda yeterli bilgi almadan mesleğe atıldıkları söylenebilir. Özyaydın'ın (2000) çalışmasında da eczacıların büyük çoğunluğu bilgi aldıkları ilk kaynağın eczacılık fakültesi olduğunu belirtmişlerdir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Eczanelerde soğuk zincirin değerlendirilebilmesi için buzdolabı ve buzdolabında en az bir termometre olmalıdır. Araştırmaya katılan bütün eczanelerde buzdolabı mevcuttur. Eczanelerde buzdolabı bulundurulması eczane açılabilmesi ve ruhsat alınabilmesi için yasal zorunluluktur. Ancak mevzuatta buzdolabının standardı, sayısı ve özellikleri ayrıntılı belirtilmediği için bu durum suistimal edilerek bazı eczanelerde çok eski buzdolaplarına rastlanmıştır. Gelişen teknoloji sayesinde daha iyi çalışan yeni buzdolaplarının soğuk zincir açısından daha güvenli olabileceği göz ardı edilmemelidir. Araştırmamızda tüm eczacılar buzdolaplarında termometre olduğunu söylemesine rağmen, buzdolabı gözlenmesi ile buzdolaplarının %93,9'unda termometre olduğu tespit edilmiştir. Özaydın'ın çalışmasında (2000) ise bu oran %13,8 olarak çok düşük bulunmuştur.

Eczacıların %27,9'u her gün sabah akşam düzenli olarak buzdolabı ısı kaydı yaptığını beyan etmesine karşın, buzdolabı gözlenmesi ile eczanelerin %33,6'sının buzdolabının kapağında ısı izlem çizelgesi olduğu, bunlardan da sadece %16,3'ünün düzenli kayıt yaptığı saptanmıştır. Isı kaydının eczacıların çoğunluğu tarafından yapılmaması ve dolap kapağında ısı izlem çizelgesi bulduran eczacıların dahi yarısının çizelgeye kayıt yapmaması denetim eksikliğinden kaynaklanabilir. Sağlık Bakanlığının rutin denetimlerinde, buzdolabındaki termometrenin ısı kayıtlarının düzenli tutulup tutulmadığı kontrol edilmektedir.

Buzdolabı iç ısını doğru olarak bilenlerin %53,3'ü 1990 yılı öncesi mezunu iken, mezuniyet yılı 1990 ve sonrası olan eczacılarda bu oran yüksek (%85,3) bulunmuştur. Eczacıların mezuniyet yılına göre buzdolabı iç ısını bilme durumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Meslekte eski eczacıların soğuk zincir hakkındaki bilgilerinin meslek içi eğitimlerle güncellenmesi gerekir.

Araştırmamızda eczacıların sadece %2'si soğuk zincir ile ilgili kurs ya da seminere katıldığını bildirmiştir. Eczacıların yalnızca %49'u soğuk zincir tanımını doğru yapmış olup, soğuk zincir tanımını bilme durumu meslekte yeni olan eczacılarda (%52,9), eski olanlara (%40) oranla daha yüksek olmasına rağmen, mezuniyet yılına göre soğuk zincir tanımını bilme durumu arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Torun'un (2006) araştırmasında sağlık personelinin %54'ü son beş yıl içinde en az bir defa soğuk zincir konusunda eğitim almıştır. Birçok ilde Sağlık Müdürlükleri tarafından periyodik olarak soğuk zincir konusunda eğitimler verilmektedir. Bu nedenle soğuk zincir eğitimi alma durumu özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan araştırmalarda yüksek çıkmaktadır.

Çalışmamızda eczanelerin %73,5'inde buzdolabı iç ısının uygun aralıkta (2-8 °C) olduğu bulunmuştur. Sekreter (2008) araştırmaya dahil edilen tüm sağlık ocaklarında, Kurt (2005) %55,8'inde, Bozkaya (2000) ise %30,4'ünde buzdolabı ısını uygun aralıkta tespit etmiştir. Eczanelerin büyük çoğunluğunda termometre olmasına, buzdolabı ısının ne sıklıkta takip edilmesi gerektiği ve hangi ısı aralığının güvenli olduğunun eczacıların çoğu tarafından biliniyor olmasına rağmen, düzenli ısı kaydının yeteri kadar tutulmuyor olması ve gözlemlerde iç ısı güvenli ısı aralığı dışında olan buzdolaplarına rastlanmış olması bu bilgilerin uygulamaya geçirilmediğini göstermektedir. Bütün bunlara rağmen çalışmamızda elde edilen bulgularda özellikle ısı aralığına uyulmasının diğer araştırmalardan iyi olması dikkat çekicidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Tokat ilinde serbest eczacılarının soğuk zincir bilgi düzeyleri yeterli, ancak eczanelerdeki uygulamalar soğuk zincire tam anlamıyla uymamaktadır. Eczacıların soğuk zincir konusunda yeterli bilgisinin olmaması ve eczanedeki soğuk zincire tam olarak uyulmaması durumunda ilaçların etkinliği olumsuz etkilenecektir. Ülkemizde soğuk zincir uygulamaları ve sorunlarıyla ilgili araştırmalar sınırlı ve soğuk zincir konusundaki bilgi yönetimi yeterli değildir. Bu durum özellikle eczacılık alanında daha belirgindir. İlaçların etkinliğinin korunabilmesi için mutlaka eczacılardaki soğuk zincir konusunda saptanan bilgi eksikliklerini giderecek önlemler alınmalı, periyodik hizmet içi eğitimler düzenlenmeli ve denetim sıklığı artırılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Eczane, Soğuk Zincir, Eczacı

KAYNAKLAR:

1-Özaydın N, Akın L.(2000). Cold Chain practices in The Pharmacies in Ankara. International Public Health Congress, İstanbul.

2-Torun, S. D.(2006). *Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde aşılama hizmetleri ve soğuk zincir yönetimi üzerine eğitimin etkisi*. Doktora Tezi. İstanbul.

3-Sekreter, Ö.(2008). *Zonguldak ili merkez ilçesinde bağışıklama hizmeti veren 1.basamak sağlık kurumlarında soğuk zincirin değerlendirilmesi ve sağlık personelinin bilgi durumu*. Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak.

4-Kurt, A.Ö. Şaşmaz T (2005). *Mersin ilindeki sağlık ocaklarında soğuk zincir donanım ve uygulamalarının değerlendirilmesi*. 9. Halk Sağlığı Günleri. 28 Eylül-1 Ekim 2005; Ankara.

5-Bozkaya, Ç.(2000). *Ankara’da soğuk zincir donanımına sahip ecza depolarında aşı ve diğer biyolojik maddelerin soğuk zincir koşullarına uygun saklama durumlarının değerlendirilmesi*,Yüksek Lisans Tezi Ankara.

739

YERLİ AŞI ÜRETİMİ: SAĞLIK ALANINDA ÇALIŞAN ÖĞRETİM ÜYELERİNİN BAKIŞI

Fatih Kara, Hasan Erdoğan

Selçuk Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Tıbbın en büyük başarılarından biri olan ve en maliyet etkili sağlık uygulamalarından biri olarak kabul edilen aşılama, hastalıkları önlemede en önemli halk sağlığı uygulamalarından biridir. Aşılama, sık uygulanan tedavilerden daha maliyet etkili bir sağlık yatırımdır. Aşılama sadece hastalık spesifik kazançlar sağlamaz, ayrıca sıklıkla parasal olarak değerlendirmesi zor olan yan kazançlar da sağlar.

Bu çalışmada aşı üretimine dikkat çekmek, sağlık alanında çalışan öğretim üyelerinin yerli aşı üretimine bakış açısını değerlendirmek ve bu konuda daha sonra yapılacak çalışmalar için kaynak teşkil etmeyi amaçladık.

Materyal ve Metod: Çalışma Selçuk Üniversitesi bünyesinde bulunan Sağlık bilimleri, diş hekimliği, veterinerlik ve tıp fakültelerinde görev yapan Öğretim üyeleri ile yapıldı. Çalışmaya 101 öğretim üyesi gönüllü olarak katıldı. Öğretim üyelerine araştırmacılar tarafından hazırlanan 36 soruluk 5 li likert tarzında bir anket yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Analizlerde kesinlikle evet ve evet cevapları evet olarak, kesinlikle hayır ve hayır cevapları hayır olarak yeniden kodlandı. İstatistik analizler ki kare testi ile yapıldı. Anlamlılık seviyesi 0.05 olarak alındı.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğretim üyelerinin %33.7’si (N=34) Kadın, %65.3’ü (N=66) erkekti. %39.6’sı (N=40) profesör, %17.8’i (N=18) doçent, %42.6’sı (N=43) yardımcı doçent idi.

Öğretim üyelerinin tamamı aşığı stratejik bir madde olarak görmekte olup %96’sı aşının ülkemizde üretilmesi gerektiğini, %85’i ülkemizde üretilen aşının güvenle kullanılabileceğini, %80.2’si yerel üretim tesisi kurulduğunda ülkemizin bu tesislerde çalışacak yeterli teknik elemana sahip olduğunu düşünmektedir. Yerli aşı üretimi konusunda Sağlık Bakanlığı’nın ‘devlet üretim yapmaz, denetim yapar’ görüşünü çalışmaya katılanların sadece %28.7’si uygun görmektedir.

Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu (%95’i) sağlık bakanlığının uyguladığı genişletilmiş bağışıklama programını gerekli görmekle birlikte, %59.4’ü aşı kampanyalarını uluslar arası sermaye kuruluşlarının propaganda ve reklamı şeklinde görmektedirler. Ancak %58.4 oranında olağanüstü hallerde aşı üretimi yapan firmaların objektif olarak aşı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan öğretim üyelerinin % 41.6’sı dünyada aşılarla duyulan gerçek ihtiyacın mevcut aşı üretim gücünün çok üzerinde olduğunu ve öğretim üyelerinin %83.2’si milyonlarca insanın ölümüne yol açabilecek bir salgın halinde hiçbir ülkenin kendi halkına bile yetebilecek aşığı zamanında üretemeyeceği için yerel aşı üretiminin milli güvenlik sorunu olduğu düşüncesindedir. Diğer fakültelerin öğretim üyeleri (% 67.9) tıp fakültesi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

öğretim üyelerine göre (%31.9) daha fazla oranda dünyada aşılara duyulan gerçek ihtiyacın, mevcut aşı üretim gücünün çok üzerinde olduğunu düşünmektedir (p=0,001).

Çalışmaya katılan öğretim üyelerinin %71.3'ü ülkemizin aşı üretebilecek bilimsel birikime ve finans kaynaklarına sahip olduğu halde ülkemizde aşı üretiminin önündeki en büyük engelin sağlık politikaları olduğunu, %88'i Türkiye'de aşı üretim şartlarını geliştirmek yerine aşı ithal etmeye yönelik bir politika izlendiğini düşünmektedir.

Öğretim üyelerinin %93.1'i yerel aşı üretilmemesi sonucu ülkemizin sağlık alanında büyük bir bağımlılık içerisinde olduğunu, %72.3'ü aşı üretiminin durdurulduğu 1996 yılından bugüne kadar Sağlık Bakanlığı'nın aşı üretimiyle ilgili bir girişimi olmadığı için dışa bağımlı olduğunu, %2'si ise Türkiye nüfusunun aşı üretimi için düşük olduğunu ve bu sebeple yerli aşı üretimine gerek olmadığını ifade etmiştir.

Çalışmaya katılan öğretim üyelerinin %52.5'i Türkiye'de aşı üretiminin özel sektöre yaptırılması veya desteklenmesi gerektiğini ve %76.2'si aşı üretmeye başlarsak, bu ürünü yurtdışına da ihraç edebileceğimizi düşünmektedir.

Çalışmaya katılan öğretim üyelerinin %61.4'ü aşı ithal etmenin sakıncalı olmadığını ve aşı tercihinde %15.8'i ithal edilen aşığı, %78.2'si ise yerli üretilen aşığı tercih edeceğini ifade etmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan öğretim üyelerinden ithal aşığı tercih edenler içinde unvanı doçent olanların oranı daha yüksekti (p=0.004).

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada aşının stratejik bir ürün olduğu, yerli aşının üretilmesi gerektiği, ülkemizin yerli aşı üretebilecek imkan ve personele sahip olduğu, ülkemizin aşı konusunda dışa bağımlı olduğu ve bu konuda uygun politika izlemediği vurgulanmıştır.

Yerli aşı üretiminin teşviki konusunda gerekli kanuni düzenlemeleri yapmalı ve bir an önce aşı üretimine başlamalıyız.

Ekonomik kaygılardan uzaklaşıp kendi kendimize yetebilecek düzeyde aşı üretmeliyiz.

Anahtar Kelimeler: Aşı, Aşı üretimi, Sağlık Bakanlığı

762

İZMİR İLİ İNFLUENZA SÜRVEYANSI SONUÇLARI, 2012-İZMİR

¹İlhan Gurbuz, ¹ Bediha Türkyılmaz, ¹Nurhayat Kunduk, ¹ Melikşah Ertem, Neşe Zeren Nohutçu², Mehmet Özkan², Meral Akçay³

¹İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, ²il Sağlık Müdürlüğü, İzmir, ³İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Viroloji Laboratuvarı

Giriş ve Amaç: 2009 Mayıs'ında ABD ve Meksika'da ilk saptanan vakalar (1) ve sonrasında yaşanan pandemi nedeniyle influenza sürveyansının önemini ortaya koymuştur. Ülkemizde influenza C grubu astalıklar kapsamında değerlendirilmekte ve sentinel sürveyans ile takip edilmektedir(2). Sentinel sürveyans için belirlenen 14 ilden biri de İzmir'dir. Bu çalışmada İzmir ilinde yapılan influenza sürveyansı bulgularının sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sentinel sürveyans amacıyla 10 uzman, 16 aile hekimi belirlenmiş her hafta pazartesi günü grip benzeri hastalık belirtileriyle gelen ilk hastadan boğaz sürüntüsü almaları istenmiştir. Viral transport besisi yerine alınan numuneler özel kargo şirketiyle İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Viroloji Laboratuvarına gönderilmiştir. Gelen sonuçlara göre sürveyans verileri analiz edilmiştir.

Bulgular: 2011 yılı içinde toplam 324 grip benzeri olguya ait numune gönderilmiştir. Gönderilen numune örneklerinin aylara göre dağılımına bakılacak olursa %15'i Ocak, % 31'i Şubat, % 16'sı Mart aylarında olmuştur. Mayıs, Haziran, Temmuz, Ağustos ve Eylül aylarında düşük kalan influenza olgu sayıları Ekim ayıyla birlikte artışa

başlamıştır. Kış ve ilkbaharın ilk aylarında numune sayıları gibi influenza üremesi olan numune oranı da daha yüksek çıkmıştır.

2011 yılı içinde grip benzeri olgulardan alınan numunelerin 115'inde (%35,5) influenza virüsü üremiştir. Üreyen influenza virüslerinin dağılımı ise %14,8 influenza-A, %56,5 İnfluenza-B, %27,8 H1N1 (Pandemik İnfluenza), %0,9 İnfluenza-A/B şeklinde olmuştur.

Sonuç, Tartışma ve Öneriler: İnfluenza sürveyansı ülkemizde grip hastalığının durumunu izlememiz için önemli bir araçtır. İzmir ilinde ekim ayından itibaren artış başlamakta kış aylarında en yüksek noktaya ulaşmaktadır. ABD'de Kasım ile Ocak ayları arasında olgu sayıları sabit kalırken Şubat ayıyla birlikte artışlar gösterilmiştir (3). Daha çok İnfluenza-A, olmak üzere B ve H1N1 üreyen virüsler olmuştur. Benzer durum ülkemize komşu Yunanistan ve Bulgaristan'da da söz konusu olmuştur (4,5). Bu kapsamda yapılan çalışmalar ara verilmeden sürdürülmelidir.

Anahtar Sözcükler: Sürveyans, Grip benzeri hastalık, İnfluenza-A, İnfluenza-B, Pandemik İnfluenza.

Kaynaklar:

1. WHO, Influenza-like illness in the United States and Mexico.
http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/index.html (erişim tarihi: 17.07.2012)
2. TC Sağlık Bakanlığı. BULAŞICI HASTALIKLARIN İHBARI VE BİLDİRİM SİSTEMİ STANDART TANI, SÜRVEYANS VE LABORATUVAR REHBERİ, 2004-Ankara
3. Update: Influenza Activity — United States, October 2, 2011–February 11, 2012. MMWR, 2012; 61(07): 123-8.
4. A.F. Mentis. National Influenza Reference Laboratory for Southern Greece (Recognized by WHO)
http://www.pasteur.gr/?page_id=523&lang=en (erişim tarihi: 17.07.2012)
5. Rositsa Kotseva. POSSIBILITIES FOR LABORATORY DIAGNOSIS OF INFLUENZA IN BULGARIA. NATIONAL CENTER OF INFECTIOUS AND PARASITIC DISEASES, BULGARIA.
http://www.conflutech.net/_data/10_Rositsa_Kotseva_AI_Bulgaria.pdf (erişim tarihi: 17.07.2012)

744

İZMİR İLİNDE, 2007-2011 YILLARI ARASI AKUT FLASK PARALİZİ SÜRVEYANSI

İlhan Gürbüz¹, Bediha Türkyılmaz¹, Süheyla Ege¹, Melikşah Ertem², Neşe Zeren Nohutçu³, Zehra Ünal⁴, Mehmet Özkan

¹İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, ²Karşıyaka Halk Sağlığı Laboratuvarı İZMİR

³İl Sağlık Müdürlüğü İzmir, ⁴Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı Viroloji Laboratuvarı, Ankara

Giriş ve Amaç: Poliomyelit Eradikasyon Programının önemli öğelerinden biri Akut Flask Paralizi (AFP) sürveyansıdır (1). 15 yaş ve altı çocuklarda bildirilen tüm AFP vakalarından paralizi başlangıcından itibaren ilk 14 gün içinde bildirilmesi ve en az 24 saat arayla yeterli miktarda 2 gaita numunesinin alınması ve virüs izolasyon çalışmalarının yapılması temeline dayalı AFP sürveyansı poliomyelit eradikasyonunun başarı kriteri olarak alınmaktadır (2). Bu çalışmada amaç İzmir ilinde yapılan AFP sürveyans çalışmalarını değerlendirmek ve AFP vakalarının tanımlayıcı özelliklerini sunmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğüne bildirilen AFP vakaları inceleme formlarının envanteri çıkarılmıştır. Her yıl 15 yaş ve altı her 100 bin çocuğa karşılık 1 AFP vakasının görülmesi, paralizi başlamasından sonraki ilk 14 günde iki gaita numunesinin alınması, her AFP vakasının 60 gün sonra ziyaretleri sürveyans çalışmalarının başarı kriterleri olarak alınmıştır. Bunun yanında AFP'li çocukların yaş, cinsiyet, poliomyelit aşı durumu, 60 gün ziyareti sonucu gibi özellikleri de irdelenmiştir.

Bulgular: İzmir ili 15 yaş altı nüfusu 767.313 olup yılda 8 AFP vakası beklenmektedir. Bununla beraber 2007'de 28, 2008'de 16, 2009'da 7, 2010'da 14 2011'de 25 toplam 90 AFP vakası bildirilmiştir. Vakaların tamamından bildirimden sonraki ilk 48 saat içinde numune alınmış ve uygun koşullarda merkez viroloji

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

laboratuvarına gönderilmiştir. Vakalardan 4'ünün (%4,4) bildirim 15 günden sonra yapılabilmektedir. AFP vakalarının tümünün paralizisi sonrası 60 gün ziyaretleri gerçekleştirilmiştir. 2011 yılında 60 gün sonrası felcin devam etme sıklığının %32 olduğu saptanmıştır. AFP vakalarının tanımlayıcı özelliklerine gelince vakaların%3,3'ü 1 yaş altında, %24,4'ü 1-2 yaş, %27,8'i 3-4 yaş, %15,6'sı 5-6 yaş ve %28,9'u 6 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. AFP vakalarının %41,1'i kız, %98,9'u aşıları olduğu tespit edilmiştir. Vaka bildirimlerinin aylara göre dağılımı incelendiğinde Mayıs, Haziran, Temmuz aylarında daha çok olmak üzere yılın her ayında vaka olduğu anlaşılmıştır.

Sonuç ve Öneriler: İzmir ilinde AFP sörveyansının başarılı olduğu söylenebilir. İzmir ilinde 14 yaş altı 740.000 çocuk olduğu ve buna bağlı olarak yıllık 8 AFP vakası beklendiği düşünülürse, bildirilen AFP vaka sayısının beklenenin üzerinde olduğu kabul edilebilir. Yıllık 100 bin çocukta polio dışı AFP oranı DSÖ Avrupa bölgesinde 1,05 ile Güney Doğu Asya Bölgesinde6,17 arasında değişmektedir (3). İzmir ilinde bu oran 2007'de 3,5; 2008'de 2,0; 2009'da 0,87; 2010'da 1,75 ve 2011'de 3,13 olarak gerçekteşmiş bir başka deyişle yeterli sayıda AFP vakası bildirim olmuştur. DSÖ Avrupa Bölgesinde uygun sayıda ve sürede numune alınma oranı %87, Güney Doğu Asya Bölgesinde %85, Amerika Bölgesinde %72 olmuştur (3). İzmir ilinde bu oran oldukça yüksek, %95,5 olarak gerçekteşmiştir. AFP Sörveyansı ile öngörülen vaka sayısının üzerinde vaka tespit ediliyor olması, olguların tamamına yakınından uygun sayı ve sürede gaita numunesi alınması ve olguların 60 gün ziyaretlerinin yapıyor olması AFP sörveyansının başarılı olduğunun kanıtları olarak kabul edilebilir.

Anahtar Kelimeler: akut flask paralizisi, poliomyelitis, sörveyans

Kaynaklar:

1. Sheila D. Polio Eradication. In: Polio The Beginning of the End. WHO 1997 Geneva, pp: 16-22.
2. Global Polio Eradication Initiative. Surveillance.
<http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Surveillance.aspx> (erişim tarihi: 17.07.2012)
3. Performance of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and incidence of poliomyelitis, 2010. Weekly Epidemiological Record, No. 26, 2011. <http://www.who.int/wer/2011/wer8626.pdf> (erişim tarihi: 17.07.2012)

11-Afetler ve Kazalar

686

0 - 5 YAŞ GRUBU ÇOCUĞA SAHİP ANNELERİN EV KAZALARINA NEDEN OLAN FAKTÖRLER VE ÖNLEMENE YÖNELİK BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI

Ümmühan Aktürk, Behice Erci

İnönü Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Ev kazaları bir evin içinde ya da ona ait yakın çevrede olan kazalara denir. Ev kazaları sıklığı ülkeler ve yaş gruplarına göre değişmekle beraber çocukluk çağı kazalarının %25'ini oluşturur (1).

Kazaların çocuk sağlığı üzerindeki etkisi, küçümsenemeyecek kadar fazladır. Kaza çocuğun sağlığı üzerine fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etki ederek dengeyi bozmakta, hastalık, sakatlık hatta ölüme neden olabilmektedir. Bu nedenle çocukluk çağı kazaları, üzerinde önemle durulması gereken bir toplum sağlığı sorunudur (2).

Çocukların kazaya maruz kalmaları, yaşları ve gelişim düzeyleri ile ilişkilidir. Süt çocukları sözlü iletişim kuramazlar, ağızları ile araştırırlar. Bu çocuklar kendilerini kazalardan koruyabilecek gelişim özelliklerine sahip değillerdir. Gereksinimlerinin karşılanmasında olduğu gibi, kendileri için güvenli bir çevrenin oluşturulması, kazalardan korunmada yetişkinin yardımına gereksinim duyarlar. Küçük çocuklar (oyun- okul öncesi dönem) meraklı, araştırmacı, tehlikelerden habersizdir. Özellikle 0-5 yaş grubu çocuklar bu nedenlerden dolayı düşme, yanık, boğulma, zehirlenme gibi kazalara maruz kalma açısından risk grubundadırlar (3,4).

Çocuklar kendilerini kazalardan koruyamadıklarından, kazalar açısından emniyetli ortamlarda yaşamaları, koruyucu önlemlerin alınması ve yaşam alanlarının güvenliğinin denetlenmesi erişkinlerin sorumluluğudur (5).

Ev kazalarının kayıt ve değerlendirilmesindeki eksiklikler, bu sağlık probleminin boyutu hakkında doğru bir değerlendirme yapılmasını engellemektedir. Bu nedenle ev kazalarının sağlık yükünün hesaplanmasında, nedenlerinin belirlenmesinde, risk gruplarının tespitinde ve korunmada epidemiyolojik çalışmaların yapılması önemlidir. Ev kazalarının sık görülmesi, özürüllüğe, yetersizliğe yol açması ve alınacak basit tedbirler ile önlenemez olması da önemini artırmaktadır (6).

Günümüzde sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan halk sağlığı hemşiresinin görevi, hasta bakımından, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik olarak değişmektedir. Bu görevde çocukluk çağına önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olan, kazaların önlenmesi ve azaltılmasında ailelere verilecek eğitimde halk sağlığı hemşiresinin sorumluluğunun son derece önemli olduğu açıktır (7). Ev kazaları yaralanma, sakatlanma ve ölüme yol açabileceği için önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınması gerekmektedir.

Bu araştırmada 0-5 yaş arası çocuğa sahip annelerin ev kazalarına neden olan faktörler ve önlemene yönelik bilgi tutum ve davranışlarını saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte ki araştırmanın evrenini Malatya ili merkezinde bulunan Malatya Devlet hastanesinde Çocuk servisinde yatan 0-5 yaş grubu çocukları olan anneler oluşturmuştur. Veriler Mart 2012 – Mayıs 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Yapılan güç analizinde etki büyüklüğü 0.25, yanığı düzeyi 0.05, evreni temsil gücü 0.95 düzeyinde örneklem büyüklüğü 305 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmada 340 anneye ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında Yalaki ve arkadaşları tarafından oluşturulan; ailelerin ev kazalarına karşı tutumları belirleyeme yönelik bilgi formu kullanılmıştır. Anketin ilk 15 soruluk bölümünde ailenin sosyo demografik özellikleri, ikinci 7 soruluk bölümde çocuğa ait bilgiler sorgulandı. Üçüncü bölümde ailelerin ev kazalarını önlemene yönelik tutum ve davranışlarını belirlemek üzere 8 olumsuz (örnek: Çocuğa oynaması için bozuk para, boncuk veririm), 17 olumlu (örnek: Sehpa, masaların sivri köşelerini yumuşak bezlerle kaplarım) ifade hazırlandı. Likert tipi cevaplama skalası kullanıldı. 'Her zaman-sıklıkla' cevabı ile 'bazen-nadiren-hiç' cevapları bir arada değerlendirildi (8). Araştırmada etik onay alınmıştır. Veri toplama formu doldurulmadan

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

önce annelerden sözlü onam alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, t testi, Kruskal Wallis ve ki-kare analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan annelerin %58.5'i 26-35 yaş grubu içinde, %19.1'i 36-45 yaş grubu içinde olup yaş ortalamaları 30.11 ± 5.8 dir. Annelerin %96.8'i evli, %43.8'i ilköğretim mezunu, babaların %31.5'i ilköğretim mezunu, annelerin %90.9'u ev hanımı, babaların %56.2'si serbest meslek yaptığını belirtti. Araştırmaya katılan annelerin %89.4'ü çocuklarına kendilerinin baktığını, %5.3'ü bakıcı veya aileden biri tarafından bakıldığını ifade etti. Annelerin %50.3'ü aile gelirinin 500-1000 TL arasında olduğunu, %45.3'si sosyal güvencesinin SGK olduğunu, %51.2'sinin müstakil (gecekondu) tipi evde oturduğunu belirtti. Araştırmaya alınan annelerin %41.8'i çocuklarının büyüme aşamasında ev kazası geçirdiğini ifade etti. Ev kazası geçiren çocukların %57.7 erkek, %42.3'ü kız, annelerin %56.3'ü ev kazası sonrası çocuklarını hastaneye götürdüklerini, % 73.9'u ise ev kazası sonrası önlem aldıklarını belirtti.

Ev kazası geçirme ile anne yaşı, anne eğitim, çocuk sayısı, ailedeki kişi sayısı (geniş aile), oturlan ev ve ailenin geliri arasında istatistiksel olarak önemli ilişki saptandı ($p < 0.05$).

Çocuğa bakanın bakıcı olduğu durumla ev kazası geçirmesi arasında önemli bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$). Sosyal güvencenin, evin oda sayısının ev kazası geçirmesi ile arasında ilişki saptanmadı ($p > 0.05$).

En sık maruz kalınan kaza tipi incelendiğinde; %51.4 ile düşme – kayma, %21.8 yanma – haşlanma %2.8'i ise zehirlenme olduğu saptanmıştır.

Annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik tutum ve davranışlarını belirlemek üzere sorulan ifadeler verilen cevaplara bakıldığında ev kazası geçiren çocukların annelerinin daha çok yanlış tutum ve davranışlar sergilediği saptandı ve bu durum istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$). Ayrıca anne eğitim düzeyinin düşük olduğu grupta yanlış tutum ve davranışların daha fazla olduğu saptandı.

Araştırmada eğitim düzeyi düşük olan annelerin evde kazalarını önlemeye yönelik yanlış tutum ve davranış sergiledikleri saptandı ve bu durum istatistiksel olarak da önemli saptandı ($p < 0.05$).

Tartışma: Araştırmamızda ev kazasına maruz kalan çocukların en fazla erkek çocuklar olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalarda araştırmamızla benzer şekilde erkek çocukların daha fazla ev kazalarına maruz kaldıklarını ortaya koymuştur (9,10).

Araştırmada annelerin eğitim düzeyi ile ev kazalarını önlemeye yönelik tutum ve sergiledikleri davranışlar arasında istatistiksel anlamda önemli bir ilişki saptandı. Yalaki ve King'in yaptıkları çalışmalarda araştırmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir (8,11).

Sonuç ve Öneriler: Sonuç olarak; ev kazası geçirme ile anne yaşı, anne eğitim, çocuk sayısı, ailedeki kişi sayısı (geniş aile), oturlan ev ve ailenin geliri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Ayrıca çocukları ev kazası geçiren annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik yanlış tutumlara sahip oldukları ve eğitimin ev kazalarını önlemede önemli bir etmen olduğu saptanmıştır. Buna göre Türk toplumunda ki annelerin geleneksel rolleri aile içinde evin düzeni, ev işleri, çocuk bakımında önemli görevleri üstlenmesinden dolayı çocuklardaki ev kazalarının önlenmesinde annelere büyük roller düşmekle beraber babaların da eğitilmesi önemlidir. Çalışmamızda annelerin ev kazalarına yönelik tutum ve davranışları incelenmiş olup yapılacak araştırmalarla babaların ev kazasını önlemeye yönelik tutumlarının da araştırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne Tutumları, Bilgi, Davranış, Ev Kazası, Çocuklar

Kaynaklar:

1) Gailer M, Herve C. Emergency medical care and severe home accident in children study of 630 cases over 5 years their significance in traumatic accident. Ann Pediatr 1991;38 (5):311-7.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- 2) Çınar ND, Görak G. 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Çocuk Forumu 2003;6:22-27.
- 3) Uğur Baysal S, Birinci A. Çocukluk çağında kazalar ve yaralanma kontrolü. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2006; 2: 64-79.
- 4) Altundağ S, Öztürk MC. Ev kazalarına yönelik eğitimin, güvenlik önlemleri alınması ve kaza görülme sıklığına etkisi. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergi 2007; 13: 180-5.
- 5) Ulukol B, Şimşek F, Usubütün S, Gülnar S. 0-6 yaş grubu çocukların ev kazalarından korunmasında anne eğitiminin etkinliği. III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri, İzmir: 2005. s. 255.
- 6) Sütolak Z. Ve ark. (2007) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Büyük Acil Servisi'ne Ev Kazaları Nedeniyle Başvuranların Etiyolojik ve Demografik Özellikleri. Toplum Hekimliği Bülteni • Cilt 26, Sayı 2, Mayıs-Ağustos
- 7) Potts NL, Mandleco BL. Pediatric nursing caring for children and their families. USA: Delmor Company; 2002.
- 8) Yalaki Z.ve ark.(2010). Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Olan Ailelerin Ev Kazaları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi.
- 9) Uğur Baysal S, Birinci A. Çocukluk çağında kazalar ve yaralanma kontrolü. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2006; 2: 64-79.
- 10) Çelik İnanç D, Uğur Baysal S, Coşgun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. Çocukluk çağı yaralanmalarında hazırlayıcı nedenler. Türk Ped Arş 2008; 43: 84-8
- 11) King WJ, Klassen TP, LeBlanc J, Bernard-Bonin AC, Robitaille Y, Pham B, et al. The effectiveness of a home visit to prevent childhood injury. Pediatrics 2001; 108: 382-8.

393

1- 4 YAŞ DÖNEMİ ÇOCUKLARIN EV KAZASI SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİ

Nuriye Yıldırım, Gülümser Kublay

Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik, Düzce

Giriş ve Amaç: Ev kazaları, bir konutun içinde ya da bahçesinde, garajında, ahırında oluşan kazalardır. Türkiye’de yaşanan ev kazaları arasında en sık düşme, yanma–haşlanma, kesikler, zehirlenme, boğulma, yabancı cisim ile tıkanmaya rastlanmaktadır. Kuzey İrlanda’da, ev kazalarının %66’sı ev içinde, %34’ü bahçe, garaj yolu gibi ev dışında olurken, ev kazalarının %19,4’ü 5 yaş altı çocuklarda görülmektedir. Evde oluşan en ciddi kazalar, yanma ve zehirlenmedir. 1–4 yaş dönemi çocukları, evde düşme, yanma ve zehirlenme gibi kazaları en çok yaşayan yaş grubudur. Erkek çocuklar yatak odası, oyun odası gibi oyun alanlarında, kız çocukları ise mutfak, oturma odası gibi oyun dışı alanlarda daha çok yaralanma yaşamaktadırlar. Evdeki farklı alanlarda yaralanma yaşamalarına rağmen erkek çocuklar kız çocuklarından daha ciddi yaralanmaktadırlar.

Çocuklar, yetişkinlere göre derilerinin daha ince olması, daha zayıf olmaları ve vücut büyüklüklerine göre başlarının daha büyük olmasından dolayı yetişkinlerden daha fazla kaza geçirirler. Ayrıca küçük elleri, ayakları ve parmakları ile küçük aralık ve boşluklara kolayca girebilirler. Çocuklar henüz öğrenmedikleri için güvenliklerini nasıl sağlayacaklarını da bilemezler. Özellikle 1–4 yaş döneminde ev içi ve çevresi çocukların temel yaşam alanı olduğu için, ev kazaları ayrı bir önem taşımaktadır. Bu çalışma, 1–4 yaş dönemin çocukların son 6 ay içerisinde geçirdikleri ev kazaları sıklığı ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Örneklemini, Keçiören Belediyesi sınırları içinde bulunan Keçiören 9 nolu AÇSAP merkezine bağlı, 1–4 yaşında, annesi ev hanımı olan 40 çocuk oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Ekim 2008 tarihinde araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan, son 6 ay içinde geçirilen ev kazaların özelliklerine yönelik soruları içeren anket formu ile ailelerin evlerine gidilerek toplanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Etik kurul izni alınmış ve annelerden bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onam alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya alınan 1 yaş (12–23 ay) dönemi çocukların çoğunluğunun (%90.0), 2 yaş (24 – 35 ay) dönemi çocukların %57.1'nin, 3 yaş (36 – 47 ay) dönemi çocukların %62.5'nin, 4 yaş (48 – 59 ay) dönemi çocukların %87.5'nin son 6 ay içinde ev kazası geçirdiği saptanmıştır. Geçirilen en ciddi ev kazası, düşme / kayma / çarpma (%51.5) iken, ev kazalarının %44.0'ı oturma odası ya da salonda, %28.0'ı öğleden sonra olmuştur. Ev kazası olduğu zaman çocukların %56.0'ı oyun oynamakta iken, o sırada anneleri temizlik, eliş, yemek yapmakta ya da ev dışındadır. Çocukların %76.0'ının ev kazası sonrası hastaneye götürülmesi gerekmemiştir. Oyuncaklar nedeni ile çocukların %15.2'i ev kazası geçirmiştir.

Çocukların %54.5'inin erkek olduğu son 6 ay içinde %39.4'ünün ev kazası geçirdiği saptanmıştır. Kız ve erkek çocukların ev kazası geçirme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.021, p<0.05$). Araştırmaya alınan çocukların %36.4'ünün bazen evde yalnız başına kalabildiği ve bu çocuklarında %83.3'ünün son 6 ay içinde ev kazası geçirdiği belirlenmiştir. Evde yalnız kalan ve kalmayan çocukların ev kazası geçirme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.002, p<0.05$). Annelerin %58.3'ü çocuklarının evde yalnız kalma nedenini alışverişe (markete) gitme, bu sürenin ortalama uzunluğunu da 5–10 dakika (%75.0) olarak belirtmişlerdir.

Tartışma/Sonuç: Bu araştırmanın örneklemini 1–4 yaş dönemi çocuklar oluşturmuş ve en çok kazayı 12-23 ay dönemdeki çocuklar geçirmiştir. Kılıç ve diğ.'nin yaptıkları çalışmada da, 0-4 yaş grubunda yaralanma sıklığının %14,1 ile diğer yaş gruplarına kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır. Dal Santo ve diğ.'nin 5 yaş altı çocuklar ile yaptıkları çalışmada, annelerin %65'nin çocuklarının bir ya da daha fazla sayıda ciddi ev kazası geçirdiğini rapor ettikleri belirlenmiştir. 112 Acil Sağlık Hizmetleri verilerine göre, bebek ve çocukların maruz kaldığı ev kazalarının %36,6' sını düşme sonucu oluşan travmalar ve boğulmalar, %34,9'unu zehirlenme, yanık ve yangınlar, %7,3 'ünü ise elektrik çarpmaları oluşturmaktadır. Araştırmaya alınan 1–4 yaş dönemi çocukların geçirdiği en ciddi ev kazası, düşme / kayma / çarpma (%51.5)' dir. Turan ve Ceylan 'ın yaptıkları çalışmada, son bir ay içinde çocukların en fazla oturma odasında kaza geçirdikleri saptanmıştır. Araştırma sonucunda, ev kazalarının %44.0'ı oturma odası ya da salonda, %28.0'ı öğleden sonra olmuştur.

Dal Santo ve diğ.'nin yaptıkları çalışmada, çocukların geçirdiği ev kazalarının %3.5'inde tıbbi tedavi gerektiği, %25'nin evde tedavi edildiği, %70'ine hiçbir müdahale yapılmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada, çocukların %76.0'ının ev kazası sonrası hastaneye götürülmesi gerekmemiştir. Oyuncaklar çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine uygun seçilmediğinde ve gerekli önlemler alınmadığında ciddi hatta öldürücü kazalara neden olabilirler. Bu çalışmada, çocukların %15.2'si son altı ay içinde oyuncakları nedeni ile ev kazası geçirmişlerdir.

Araştırmaya katılan kız çocukların %36.4'ü, erkek çocukların %39.4'ü son 6 ay içinde ev kazası geçirmişti. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.021$). Morrongiello ve diğ.'nin yaptıkları çalışma sonucunda; erkek çocuklar, kızlardan daha sık ve ciddi kazalar geçirmişlerdir. Araştırma bulgularına göre, evde yalnız başına kalan veya anneleri tarafından gözetlenme süresi azalan çocuklar daha çok ev kazası geçirmektedir. Çocukların, evde anneleri tarafından gözetlendikleri süre azaldıkça, ev kazası geçirme riskleri de artmaktadır.

Araştırma sonucunda;

- Araştırmaya katılan 1-4 yaş çocukların ortalama %78.0'ı son altı ayda ev kazası geçirmiştir,

-Geçirilen en ciddi ev kazası, düşme / kayma / çarpma (%51.5)' dir,

-Ev kazalarının %44.0'ı oturma odası ya da salonda, %28.0'ı öğleden sonra olmuştur,

-Erkek çocuklar, kız çocuklara göre daha çok kaza geçirmiştir,

-Evde yalnız başına kalan çocuklar daha çok ev kazası geçirmiştir,

-Çocukların %76.0'ının ev kazası sonrası sağlık kuruluşuna götürülmesi gerekmemiştir,

Öneriler: Ebeveynlerin ev kazalarının önlenmesi için çocukların cinsiyet farkından doğan özelliklerine dikkat etmesi, çocukların evde yalnız başına bırakılmaması ve ev içinde sürekli gözetlenmesi gibi ev kazası risklerini azaltıcı uygulamalar hakkında sağlık ekibi tarafından için eğitilmeleri önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ev kazaları, Yaralanma, 1-4 yaş dönemi

Kaynaklar:

Dal Santo, J. A., Goodman, R. M., Glik, D. & Jackson, K. 2004. Childhood Unintentional Injuries: Factors Predicting Injury Risk Among Preschoolers. *Journal of Pediatric Psychology* 29 273 - 283

Kılıç, B., Demiral, Y., Özdemir, Ç., Özdemir, S., Djemalaj, F., İlim, O., İlşer, R., Akgün, M., Şentürk, B. & Şahin, F. Eylül 2006. İzmir'de Bir Gecekondu Bölgesinde Evde Yaralanma İnsidansı. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25, 27 -32.

Morrongiello, B. A., Corbett, M., Mccourt, M. & Johnston, N. 2006. Understanding Unintentional Injury Risk in Young Children. II. The Contribution of Caregiver Supervision, Child Attributes, and Parent Attributes. *Journal of Pediatric Psychology* 31, 540-551.

Morrongiello, B. A., Ondejko, L. & Littlejohn, A. 2004. Understanding Toddlers' in-Home Injuries: I.Context, Correlates and Determinants. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 415-431.

Pamukoğlu, V. 2005. *Ev Ortamında Bir Anlık Dikkatsizlik, Bebek ve Çocukları Ölüme Götürebiliyor* [Online]. T.C.Sağlık Bakanlığı. Available: Erişim:22/11/2006,www.saglik.gov.tr . [Accessed].

Turan, T. & Ceylan, S. S. 2007. 0-6 Yaş Grubu Çocukları Olan Annelerin Ev Kazalarını Önlemek İçin Aldıkları Güvenlik Önlemlerinin Aile Özelliklerine ve Son Bir Aydaki Ev Kazaları Sıklığına Göre Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 17, Ekim-Aralık 52- 58.

873

112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ PERSONELİNİN MÜDAHALELERDE UYGULAMA KILAVUZLARINA UYGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatih Kara¹, Serap Batı²

¹Selçuk Üniversitesi

²Konya İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Halk sağlığı; hastalıkların önlenmesi, ortalama yaşam ömrünün uzatılması, fiziksel sağlığın iyileştirilmesi, çevrenin korunması, enfeksiyonların kontrol altına alınması, kişisel hijyen konusunda bireylerin eğitilmesi, erken tanı ve tedavi konusunda tıbbi hizmetlerin organize edilmesi faaliyetlerini kapsayan bir kavramdır (1).

Temel Sağlık Hizmetleri ise; toplumca finanse edilebilir bir harcama sonucunda sunulması gerekli minimum sağlık hizmetlerini ifade etmektedir. Hastane öncesi sağlık hizmetleri ile tüm topluma erişilebilmekte ve eşit hakkaniyetli bakım verilebilmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Miyokard İnfarktüsü, isteyerek veya istemeyerek oluşan kazalar, serebrovasküler hastalıklar ülkelerin önemli, ağır yük teşkil eden hastalıklarıdır (2).

Kaza ve yaralanmalardan sonra ölümlerin % 10'unun ilk 3-5 dakikada; % 54-60'ının ise ilk 30 dakikada meydana geldiği saptanmıştır. Bu durum pek çok ülkede sistemli bir ilkyardım sistemi organizasyonunun kurulmasına zemin hazırlamıştır. Bu durumda hastane öncesi sağlık hizmetleri ölümlerin önlenmesinde ve sakatlıkların azalmasında büyük bir öneme sahiptir.

Ölümlerin önlenmesi ve sakatlıkların azalması ancak zamanında ulaşım ve doğru müdahale ile mümkündür.

Bu çalışmada; Konya ili merkez A2 tipi istasyonlarda görev yapan Ambulans ve acil bakım teknikerlerinin (AABT) hastalara müdahalelerinin Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzundaki akış şemalarına uygunluğunun değerlendirilmesi amaçlandı

Gereç ve Yöntem: Araştırma Konya İl Ambulans Servisi Başhekimliği'ne bağlı il merkezinde bulunan 7 adet A2 tipi ambulans istasyonunda tanımlayıcı tipte yapıldı. Bu istasyonlar hekimsiz olarak çalışmakta olup, komuta kontrol merkezi tarafından kendilerine bildirilen vakaları alıp, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan uygulama kılavuzlarına göre gerekli işlemleri yapan birimlerdir.

Daha önce yapılmış benzer bir çalışmada temel yaşam desteği algoritma bilgi düzeyi % 41 bulunmuş. Bu veriye göre , % 95 güven düzeyi, % 10'luk sapma, % 80'lik güç ile en az 192 vakanın incelenmesi gerektiği hesaplandı. Toplam 207 vakaya ulaşıldı.

Araştırma verileri Sağlık Bakanlığı ve etik kurul onayı alındıktan sonra toplanmaya başlandı.

Araştırmada kullanılan veri formu 'Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama kılavuzu" akış şemalarına göre bu kılavuzda belirtilen tanılar ve tanıya uygun işlem sırası dikkate alınarak hazırlandı.

Araştırma verileri araştırmacı tarafından rastgele seçilen günler içerisinde Konya ili Merkez A2 tip istasyonlarda görev yapan personel ile birlikte vakalara çıkılıp, onların vakaya müdahaleleri gözlemlenerek veri formuna kaydedildi.

Bulgular: Araştırmada toplam 207 vaka değerlendirilmiştir. Bu vakaların % 52.7'sini (n=109) kadınlar oluşturmaktadır. Vakaların yaş ortalaması 49.9 ± 24.8 olup cinsiyete göre yaş ortalamasında fark tespit edilmedi. Vakaların % 33.3'ünü 66 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktaydı.

Müdahale edilen 207 vaka için çıkış süresi ortalama 1 dakikada 11 sn, olay yerine varış süresi ortalama 7 dk 11 sn olarak saptandı.

Taşınan vakaların % 20.0'sini (n=42) kardiyovasküler hastalıklar, % 18.8 (n=39) nörolojik hastalıklar, % 18.4 (n=38)solunum sistemi hastalıkları, % 17.4 (n=36) travma % 25.1'ini diğer hastalıklar oluşturmaktaydı.

Sağlık çalışanları vakaların % 88.9'unda (n=184) hastaya yönelik koruyucu önlemler almış, bu vakalara müdahale esnasında kendine yönelik olarak % 64.7 oranında (n=134) kişisel koruyucu olarak eldiven kullanmıştı.

Vakaların hepsine bilinç kontrolü yapılmış olmakla birlikte, % 42'sinde (n=87) solunumun, %71'inde (n=141) dolaşımın değerlendirilmediği tespit edildi.

Vital bulgu takipleri değerlendirildiğinde kan basıncı % 85.5 (n=177), kan şekeri % 33.3 (n=69) vücut ısısı % 11.1 (n=23). oksijen satürasyonu % 43.5 (n=90) vakada ölçüldüğü tespit edildi.

Çıkkılan vakaların % 86.5'ine (n=179) acil müdahale çantası , % 9.2'sine (n=19) resusitasyon çantası,% 17.4'üne (n=36) defibrilatör, % 4.8'ine (n=10) aspiratör, % 16.9'una (n=35) oksijen tüpü götürülmüştür. Vakaların % 13'ü

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

(n=27) yol üzerinden ambulansa alınarak müdahale edilmiştir. Vakaların % 79.2'sine (n=164) ambulansla bulunmasına rağmen hastaya müdahale esnasında olay yerine eksik malzeme ile çıkıldığı tespit edildi.

Vakalara "Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama kılavuzu" akış şemalarına göre olay yerinde % 3.4 (n=7), olay yerine varıştan vakanın hastaneye teslimine kadar geçen sürede % 3.9 (n=8) uygun müdahale yapıldığı tespit edildi.

Kardiyovasküler sistem hastalıklarında yapılan müdahalelerin % 11.9'unun (n=5), solunum sistemi hastalıklarında % 2.6'sının (n=1), zehirlenme-ilaç intoksikasyonlarında % 5.5'inin (n=1) algoritmaya uygun olduğu tespit edildi. Nörolojik hastalıklar, travmalar, metabolik hastalıklar ve diğer hastalık gruplarında yapılan müdahaleler algoritmaya uyum hiçbir vakada tespit edilemedi.

"Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama kılavuzu" akış şemalarına göre; vakaların % 79.2'sinde (n=164) malzeme eksikliği olduğu, % 66.1'inde (n=137) damar yolunun açılmadığı veya uygunsuz açıldığı, % 42.9'unda (n=89) solunum kontrolü, % 73.9'unda (n=153) dolaşım kontrolü, % 66.6'sında (n=28) oksijen uygulaması, % 57.1'inde (n=24) dolaşım monitörizasyonu, % 60.8'inde (n=126) solunum monitörizasyonu, % 73.4'ünde (n=152) vital bulgu takibinin, % 33.3'ünde (n=69) ilaç uygulamalarının yapılmadığı saptandı.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: 65 yaş ve üzeri bireylerin ambulans kullanım oranı diğer yaş gruplarına göre oldukça yüksektir. Ülkemizde ortalama yaşam beklentisinin artmasıyla birlikte bu oranında artması beklenmektedir. Bu durum hizmetin planlanmasında dikkate alınmalıdır.

Vaka için çıkış ve olay yerine varış süreleri istenen süreler içerisindeydir.

Vakaların çoğunluğunu kardiyovasküler sistem hastalıkları oluşturmaktadır.

Çıkan vakaların vital bulgu takiplerinde en yüksek oran kan basıncı ölçümünde çıkmaktadır. En düşük oran vücut ısısı ölçümüdür.

Çıkan vakalara % 79.2 oranda eksik malzeme ile olay yerine gidildiği gözlenmiştir. Olay yerine eksik malzeme ile gidilmesinin sebepleri araştırılmalı bu konuda gerekli iç denetimler yapılmalıdır. Gerekli görülür ise müdahale çantaların tekrar düzenlenmesi yoluna gidilmelidir.

Kardiyovasküler sistem hastalıklarında yapılan müdahalelerin uygunluk durumu diğer sistem hastalıklarına göre daha yüksektir.

Nörolojik hastalıklar, travmalar, metabolik hastalıklar ve diğer hastalık gruplarında yapılan müdahaleler algoritmaya uygun değildir.

Vakalara müdahalelerin algoritmaya uygunluk oranı oldukça düşüktür. Algoritmaya uygun müdahalenin önemi ve gerekliliği vurgulanmalı, bu konuda düzenli olarak personel denetimleri ve eğitimleri yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Öztürk Y,Günay O. Halk Sağlığı Genel Bilgiler, Erciyes Üniversitesi Yayınları, 2011.
2. Demirhan N. Türkiye'de 112 İlk ve Acil Yardım Hizmetleri ve Afetlerdeki Rolü.1.Baskı,İstanbul,Nobel Tıp Kitapevleri, 2003.

Anahtar Kelimeler: Algoritma, hastane öncesi bakım, paramedik

112 AMBULANS SERVİSİ PERSONELİNİN AFETLERE BİREYSEL HAZIRLIK DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI

Hüseyin Koçak¹, Edip Kaya², Cüneyt Çalışkan², Ömer Yavuz¹, Hakan Altıntaş²

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

²Hacettepe Üniversitesi

Giriş ve amaçlar: Afetler toplumlarda fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, günlük yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplumları etkileyen, etkilenen toplumun kendi imkan ve kaynaklarıyla üstesinden gelemeyeceği ve genellikle dışarıdan yardım gereksinimi duyulan doğal, teknolojik, veya insan kökenli olaylardır (1). Acil durum; yanıt veren ekiplerin kapasitesini aşmayacak kadar küçük bir tehlikenin can, mal, ve çevre üzerinde yarattığı kötü etkilerdir (2).

Dünyada ve Türkiye’de acil durum ve afetler artmaktadır (1,3,4,). Afetlere hazırlıklı olunmalıdır. Afetlerle baş edebilmek için toplumların bütün kesimlerinin katılımı, farkındalık ve davranış değişikliği oluşturmaları gerekmektedir. Afetlerin zararlarının azaltılması için hazırlık yapılması ve önlemlerin öncelikle bilinçli bireyler tarafından alınması, toplumun afetlere karşı incinebilirliğini azaltabilir (4).

Türkiye’de afetler sık yaşanmasına rağmen, afetlere hazırlıklı olma, önlem almadaki yetersizlikler, afet kültürünün olmaması, toplumun afetlere dayanıklılığını azaltan bir durumdur. Kişisel düzeyde bilgisizlik, eğitimsizlik, bilinçsizlik, güvenliğe önem verilmemesi hazırlığın önündeki diğer sorunlardır (5).

Afet sırasında evlerde, iş yerlerinde sabitlenmeyen eşyaların düşmesiyle insanlar yaralanabilir, ölebilir (5,6). Marmara depremindeki yaralanmaların %50’si, ölümlerin %3’ü yapısal olmayan malzemelerin yer değiştirmesinden kaynaklanmıştır (4). Afetlerde ilk 72 saatte herkes kendi başına kalır ve bu hazırlıklı olmayı gerektirir.

Toplumda “güvenli yaşam” kültürünün oluşabilmesi için, acil durum ve afetlere hazırlık bilinci bireylerin yaşam biçimi olmalıdır. Güvenli yaşam, bilgili bireylerin öğrendikleri bilgileri davranışa dönüştürerek hayatlarının bir parçası haline getirmesidir. Afetlerle ilgili temel bilgiler herkese öğretilmeli, uygun davranış değişiklikleri sağlanmalıdır (5).

Sağlık çalışanlarının afet sonrasında hizmet üretebilmeleri için kendilerinin ve ailelerinin güvende olması gerekmektedir. Afet öncesi dönemde öncelikle kendilerinin aileleri ile birlikte hazırlanmak ve etraflarında yaşayan insanlara örnek olmak, onları eğitmek veya eğitime yönlendirmek gibi sorumlulukları vardır.

Acil sağlık hizmetleri personeli, acil durumlarda ve özellikle afetlerde ihtiyaç duyulan en önemli meslek gruplarından. İlk müdahale anında acil servislerde ve sahra hastanelerinde, sonrada halk sağlığı hizmetlerinin verilmesinde ve toplumun sağlık düzeyinin artırılmasında önemli bir role sahiptir. Acil sağlık hizmetlerinde çalışanların, acil durumlara ve afetlere karşı hazırlanması ve etrafındaki insanlara da bu konularda eğitimler vermesi gerekir.

Bu nedenlerle bir ilin 112 ambulans servisi personelinin afetlere bireysel hazırlık davranışlarını saptamak araştırmanın amacını oluşturmuştur.

Gereç ve yöntem: Araştırmanın yeri Çanakkale 112 Acil Yardım ve Kurtarma Servisinin Komuta Kontrol Merkezi ve 17 acil sağlık hizmetleri istasyonudur. Burada 281 personel çalışmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul edenlerin tamamı dahil edilmiştir (176 kişi, %62,6). Araştırma tanımlayıcı tipte olup, Aralık 2011’de yapılmıştır.

Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, acil durum yaşama, afet yaşama, afetle ilgili herhangi bir sivil toplum kuruluşuna üye olma, acil durum veya afetlere bireysel hazırlık ile ilgili eğitim alma, acil durum veya afetlere bireysel hazırlık için eğitim alma isteği araştırmanın değişkenleridir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sağlık personeline kapalı zarf içinde 24 sorudan oluşan anketler ulaştırılmış ve veriler toplanmıştır. Ön deneme 28 Kasım 2011 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Acil Servisinde yapılmıştır. Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin, katılımcılardan sözlü izin alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların (176 kişi) yaş ortalaması $31,6 \pm 9,1$ 'dir (ortanca=29, min.-maks.= 17-64). Katılımcıların %46'sı (81 kişi) erkek, %31,2'si (55 kişi) lisans ve üstü öğrenim düzeyinde ve %35,7'si (63 kişi) acil tıp teknisyenidir.

Yüzde 36,4'ü (64 kişi) acil durum, %35,8'i (63 kişi) afet yaşadığını belirtmiştir. Personelin %10,8'i (19 kişi) herhangi bir sivil toplum kuruluşuna üyedir. Yüzde %87,5'i (154 kişi) acil durum veya afet konusunda eğitim almak istediğini belirtirken, acil durum ve afet konusunda eğitim aldığını belirtenler grubun %36,4'üdür (64 kişi).

Katılımcılar afete bireysel hazırlıkla ilgili 13 önermeden 11 tanesinde uygun yanıtı %50,0'den düşük bir yüzde ile vermişlerdir. "Evimizdeki tesisatların ne şekilde kapatılması gerektiğini biliyorum" önermesi %74,4 ile (131 kişi) en çok, "Yaşadığım evde yangın tüpü bulundururum" önermesi ise %18,2 ile (32 kişi) en az verilen uygun yanıt olmuştur.

Otuz yaş ve üzerinde olanlar, 29 yaş ve altında olanlara göre "Ev telefonunun yanına acil durumlarda aranacak numaraları içeren bir kağıt koyduk", "Evimizdeki tüm tesisatların yerini biliyorum", "Evimizdeki tesisatların ne şekilde kapatılması gerektiğini biliyorum", "Afet sonrasında etrafı aydınlatmak için odamda el feneri bulundururum", "Yaşadığımız binanın inşaat yönetmenliklerine uygun yapılıp yapılmadığını "inşaat uygunluk belgesi"ne bakarak öğrendim" önermelerine daha fazla olumlu yanıt vermişlerdir (p değerleri; 0,029; 0,007; 0,048; 0,002; 0,002).

Erkekler kadınlara göre "Evimizdeki tüm tesisatların yerini biliyorum", "Evimizdeki tesisatların ne şekilde kapatılması gerektiğini biliyorum", "Olası bir acil durum veya afetin ardından dışarıdan yardım gelinceye kadar kendimize yeterli olmamıza yardımcı olacak bir acil durum seti hazırladım", "Afet sonrasında etrafı aydınlatmak için odamda el feneri bulundururum", "Afetin meydana gelmesinden sonra aile bireyleri ile nerede buluşacağımı biliyorum" önermelerine daha fazla olumlu yanıt vermişlerdir (p değerleri; 0,019; 0,000; 0,045; 0,006; 0,003)

Öğrenim durumu ön lisans ve üzeri olanlar, olmayanlara göre "Yaşadığım evde Doğal Afet Sigortası (DASK) var" önermesine daha fazla olumlu yanıt vermişlerdir (p=0,008). Acil durum yaşamış olanlar, yaşamamış olanlara göre "Yaşadığım evde yangın tüpü bulundururum" ve "Dolaplar içerisindeki ağır malzemeleri alt taraflara yerleştirdik" önermelerine daha fazla olumlu yanıt vermişlerdir (p değerleri; 0,029 ve 0,015). Afet eğitimi almak isteyenler, istemeyenlere göre "Ev telefonunun yanına acil durumlarda aranacak numaraları içeren bir kağıt koyduk" önermesine daha az olumlu yanıt vermişlerdir (p=0,022).

Afet eğitimi alanlar, almayanlara göre "Birlikte yaşadığım aile bireyleri ile acil durumlar ve afetler konusunda neler yapılması gerektiğini tartıştığımız bir toplantı yaptık", "Ev telefonunun yanına acil durumlarda aranacak numaraları içeren bir kağıt koyduk", "Cep telefonuma acil durum numaralarını kaydettim", "Afet sonrasında etrafı aydınlatmak için odamda el feneri bulundururum", "Dolaplar içerisindeki ağır malzemeleri alt taraflara yerleştirdik", "Afetin meydana gelmesinden sonra aile bireyleri ile nerede buluşacağımı biliyorum" önermelerine daha fazla olumlu yanıt vermişlerdir (p değerleri; <0,001; 0,017; 0,007; 0,002; 0,035; 0,019).

Tartışma, Sonuç, Öneriler: Afette görevli olanların derhal olay yerine gelmeleri ve etkin bir şekilde çalışmaları beklenir. Ancak bu beklenti bu kişilerin kendisinin ve ailesinin olaydan zarar görmemesi durumunda geçerlidir. Kişinin kendisinin ve birinci derecede yakınlarının olaydan zarar görmemesi durumunda, kişilerin önce kendisini ve birinci derecede yakınlarını kurtarması, sonra görev ve sorumluluklarını yerine getirmesi beklenir (7). Bu durum 112 ambulans servisi personeli için de geçerlidir. Kendilerinin ve ailelerinin afetlerden zarar görmemesi bireysel olarak afetlere hazır olmalarına bağlıdır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcılar görevleri gereği afet ve acil durumlar konusunda bilgili, eğitilmiş kişilerdir. Afet ve acil durumlara karşı hazırlıkta olumlu davranış oluşturmaları beklenir. Ancak bulgulardan anlaşıldığı üzere katılımcıların afetlere bireysel hazırlık konusunda ciddi eksiklikleri vardır. Örneğin; katılımcıların herhangi bir afet ve acil duruma karşı acil durum seti hazırlaması %26,1 olarak bulunmuştur. Bu yüzde Afyon'da hasta veya hasta yakınlarında yapılan bir araştırmada %5,6 olarak bulunmuştur (8). Bu bulgu 112 ambulans personelinin bu konuda normal halktan daha bilinçli olduğunu gösterse de, olumlu davranışı gerçekleştirme yüzdesi çok düşüktür. Çalışma grubunun %34.1'i evinin DASK sigortası olduğunu belirtirken daha önce toplum ile yapılan bir çalışmada bu yüzde daha düşük (%9.2) bulunmuştur (8).

Personelin yaşı ile ev telefonunun yanına acil durumlarda aranacak telefon numaralarını koyması, evlerindeki tüm tesisatların yerini bilmesi, evlerindeki tesisatların nasıl kapatıldığını bilmesi, afet sonrasında etrafı aydınlatmak için yaşadıkları odada el feneri bulundurma, yaşadıkları evin inşaat yönetmeliklerine uygunluk durumunu "inşaat uygunluk belgesi"ne bakarak öğrenmesi ilişkili bulunmuştur. Yaşın artmasıyla kişilerin daha deneyimli oldukları, afet ve acil durumlar konusunda olumlu davranış geliştirdikleri düşünülmüştür. Ancak 2003 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin çeşitli polikliniklerine başvuran 198 hasta veya hasta yakını ile yapılan araştırma, burada bulunan bulgularla örtüşmemektedir. Akdeniz Üniversitesi'nde yapılan çalışmada tam tersine yaş ortalaması düşük olanlarda afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olma daha fazladır (9).

Cinsiyet ile afetin meydana gelmesinden sonra aile bireyleri ile nerede buluşacağını bilme, afet sonrasında etrafı aydınlatmak için odada el feneri bulundurma, olası bir acil durum veya afetin ardından dışarıdan yardım gelinceye kadar kendisine yardımcı olacak acil durum setini hazırlama, evdeki tesisatların ne şekilde kapatılması gerektiğini bilme, evdeki tesisatların yerini bilme arasında bir ilişki bulunmuştur. Erkekler kadınlara göre afetler konusunda daha fazla olumlu davranış geliştirmişlerdir. Erkekler normal yaşamda tamirat vb ile daha çok uğraştıkları için, kadınlara göre evdeki tesisatların yerini ve tesisatların nasıl kapatıldığını daha iyi biliyor olabilirler. Ancak, diğer konularda cinsiyetler arasında bir fark olmaması beklenir. Erkeklerin yaş ortalamasının yüksek olması, bu olumlu davranışların daha fazla görülmesinin, cinsiyetten çok, yaşa bağlı deneyimden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür.

Acil durum yaşama ile yaşadıkları evde yangın tüpü bulundurma, dolaplar içerisinde ağır malzemeleri alt raflara yerleştirme ilişkili çıkmıştır. Kişilerin herhangi bir acil durum yaşaması acil durumlar konusunda olumlu davranış geliştirmesini sağlamıştır. Kocaeli 112 acil yardım birimlerinde çalışan personel ile yapılan bir çalışmada kişilerin herhangi bir acil durum yaşaması ile acil durumlara hazırlıkta olumlu davranış geliştirme ilişkili bulunmuştur (10).

Öğrenim durumu ile yaşadıkları evin DASK sigortası bulunması ilişkili çıkmıştır. Diğer afet ve acil duruma hazırlıklı olma davranışları ile öğrenim durumu arasında bir ilişkinin bulunmaması beklenmedik bir durumdur. Aslında kişilerin öğrenim seviyesinin artmasıyla olumlu davranış düzeyinin artması gerekir. Bir diğer çalışmada öğrenim düzeyi ile afetler konusunda olumlu davranış geliştirme arasında ilişki görülmüştür (9).

Afet veya acil durumlara ilgili eğitim alma ile aile bireyleri ile acil durumlar ve afetler konusunda neler yapılması gerektiğinin tartışıldığı bir toplantı yapma, ev telefonunun yanına acil durum numaralarını içeren bir kağıt koyma, cep telefonuna acil durum numaralarını kaydetme, afet sonrası etrafı aydınlatmak için odada el feneri bulundurma, dolaplar içerisindeki ağır malzemeleri alt raflara yerleştirme, afetin meydana gelmesinden sonra aile bireyleri ile nerede buluşacaklarını bilme arasında ilişki bulunmuştur. Bu da kişilerin öğrenim düzeyi ne olursa olsun afetler konusunda eğitilmeleri gerektiğini düşündürmüştür.

Bireyin afet ve acil durumlara karşı öncelikle kendisi ve ailesini koruması temel görev ve sorumluluğudur (11). Bu çalışma ve başka bir çalışmada sağlık personelinin bireysel olarak afetlere hazır olmadığı görülmüştür (12). Sağlık çalışanları, öğrenim durumları ne olursa olsun, afet ve acil durumlara bireysel hazırlık konusunda eğitilmelidir.

Anahtar sözcükler: 112, Afet, Ambulans, Davranış, Hazırlık, Personel

Kaynaklar:

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

1. Eryılmaz M. Terminoloji Sözlüğü. Afet Tıbbı Kitabı. Ünsal Yayınları. 22-28, 2007 Ankara
2. Altıntaş KH. Afetler ve Afet Tıbbı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Editörler: Güler Ç, Akın L. 2006: (12), 635-682
3. B.Ü.Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü. Afetlere Hazırlık Eğitim Birimi, Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması El kitabı. İstanbul, 2005.
4. Petal, Marla. Causes of Deaths and Injuries in the August 17th, 1999 3:02 a.m. M=7.4 Kocaeli Earthquake, Research Report, Boğaziçi Üniversitesi, CENDIM, İstanbul, 2003
5. T.C. İstanbul Valiliği Acil Durum ve Afet Yönetim Müdürlüğü. Toplumun Afetlere Hazırlık Eğitim Materyalleri, Birey ve Aile Depremde İçin İlk 72 Saat Kitapçığı, İstanbul, 2009
6. T.C. İstanbul Valiliği Acil Durum ve Afet Yönetim Müdürlüğü. Toplumun Afetlere Hazırlık Eğitim Materyalleri, Depreme Karşı Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması kitapçığı, İstanbul, 2009
7. Akdur R. Afetlere Hazırlık Ve Afet Yönetimi. Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi Kurs Notları. Ankara: 2001: 41-2.
8. Koçak H. Bir Doğal Afet Olarak Depreme Hazırlıklı Olma Bilinci ve Katılım: ABD, Japonya ve Türkiye (Afyon İl Örneği). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara. 2004
9. N. Dedeoğlu. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Antalya, Deprem Sempozyumu Bildiri Kitabı; Afetlere Niye Hep Hazırlıksız Yakalanıyoruz? Bir Antalya Araştırması. Kocaeli, 2005
10. Çakmak H ve ark. Kocaeli İli 112 Acil Yardım Birimlerinde Çalışan Personelin Marmara Depreminden Etkilenme ve Olası Afetlere Hazırlık Durumlarının Saptanması. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2010-2:83-8
11. Kadioğlu, M., Afetler Konusunda Kamuoyunun Bilinçlendirilmesi ve Eğitimi; Kadioğlu, M. ve Özdamar, E., eds., 2. Baskı, "Afet Yönetiminin Temel İlkeleri" içinde; s. 67-80, JICA Türkiye Ofisi Yayınları No: 1, 2006:Ankara.
12. Whetzel E. Ve ark. Emergency Nurse Perceptions of Individual and Facility Emergency Preparedness. Journal of Emergency Nursing.2011,

718

BİR DEVLET HASTANESİNDE ÇALIŞAN SAğLIK PERSONELİNİN AFETLERDE ÇALIŞMAYA İSTEKLİLİK DURUMLARI

Edip Kaya¹, Cüneyt Çalışkan¹, Mehmet Durak², Hakan Altıntaş¹

¹Hacettepe Üniversitesi

²Atılım Üniversitesi

Giriş ve amaç: Dünyada ve Türkiye’de sık sık afetler meydana gelmektedir. Bu durumlarda görev yapacak daha fazla sayıda sağlık personeline gereksinim duyulmaktadır. Afetler sağlık iş gücü üzerine büyük yük getirirler (1,2). Büyük bir afet meydana geldiği zaman yöneticiler, afet planlamacıları ve toplum; sağlık çalışanlarının çalışmada istekli ya da zorunlu olduklarını düşünmektedirler (2,3). Ancak mevcut duruma bakıldığında durumun hiç de böyle olmadığı görülmektedir. Afet yanıtının başarısı önemli ölçüde sağlık personelinin afet koşullarında çalışma istekliliğine bağlıdır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Dünyanın farklı yerlerinde sağlık çalışanlarının afetlerde çalışma istekliklerini inceleyen çalışmalar yapılmıştır. Yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarının farklı tip afetlere karşı belirttikleri isteklilik durumları ile çeşitli faktörler ilişkili bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının kişisel ve ailesel güvenliklerinin olmaması, yeterli koruyucu ekipmanların olmaması, bakmak zorunda oldukları aile bireylerinin olması ve afetle ilgili eğitimlerinin olmaması katılımcıların doğrudan belirttikleri çalışma istekliklerini etkileyen faktörlerdir (2, 4-6). Ayrıca kadın cinsiyeti ve çocuk bakmakla yükümlü olma istekliliği azaltan diğer faktörler olarak bulunmuştur (7).

Dünyada farklı afet türlerinde sağlık personelinin çalışma istekliliği ve istekli olmalarını etkileyen etmenler hakkında çok az şey bilinmektedir (2). Türkiye’de bu konudaki bilgi birikimi daha da azdır. Bu nedenle bu çalışmada; bir devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin farklı afetlere karşı isteklilik durumunu saptamak ve isteklilik durumlarını etkileyen çeşitli faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırma Ankara ilinin Polatlı ilçesindeki Duatepe Devlet hastanesinde yapılmıştır. Çalışmada bir devlet hastanesinin seçilmiş olma nedeni afetlerde genellikle sağlık personelinin hastane gibi daha kalabalık personeli olan yerlerden görevlendirilmesidir. Hastanede çalışan 155 hemşire, 62 uzman hekim, 24 röntgen teknisyeni, 24 ebe, 17 laboratuvar teknisyeni, 16 anestezi teknisyeni, 15 sağlık memuru ve 14 diğer sağlık personeli olmak üzere 327 sağlık personeli araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırma evreninden araştırmaya katılmayı kabul eden herkes araştırmaya dahil edilmiş, örnek seçilmemiştir. Araştırmaya 76 hemşire, 18 röntgen teknisyeni, 14 sağlık memuru, 13 laboratuvar teknisyeni, 11 ebe, 7 uzman hekim, 6 anestezi teknisyeni ve 14 diğer sağlık personeli olmak üzere toplam 159 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılım yüzdesi %47,1’dir. Bu çalışma tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.

Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, hastanede çalışılan birim, meslekte çalışma süresi, afetlerle ilgili eğitim alma durumu, görevi nedeniyle evden ayrı kalmasına engel olabilecek biri olma durumu, bu güne kadar herhangi bir afet yaşama durumu, bu güne kadar herhangi bir afette görev alma durumu, afetlerle ilgili kişisel bir hazırlığının olma durumu, afetlerle ilgili gönüllü bir sivil toplum kuruluşuna üye olma durumu araştırmanın tanımlayan değişkenlerdir. Katılımcıların farklı afetlerde çalışmada belirttikleri isteklilik durumları ve genel olarak belirttikleri afetlerde çalışmada isteklilik durumları araştırmanın tanımlanan değişkenleridir.

Araştırmacılar tarafından hazırlanan 19 soruluk bir anket formu ile gerekli bilgiler toplanmıştır. Sorulardan ikisi Likert ölçeğine göre hazırlanmıştır. Bir tanesi katılımcıların farklı afetlere karşı isteklilik durumunu ölçerken, diğeri katılımcıların belirttikleri afetlerde çalışma istekliklerini etkileyebilen faktörlerden oluşmaktadır. Anket formu araştırmacılar tarafından katılımcılara dağıtılmış, katılımcılar formları doldurduktan sonra toplanmıştır.

Katılımcıların afetlerde çalışmadaki isteklilik durumları iki farklı soru ile öğrenilmiştir. Birincisi katılımcıların genel olarak afetlerde istekli olup olmadıkları ‘evet’, ‘hayır’ ve ‘kararsız’ yanıtlarıyla sorulurken, ikincisi; farklı afet türleri Likert ölçeğine göre “kesinlikle istekli”, ‘istekli’, ‘ne istekli ne isteksiz’, ‘isteksiz’ ve ‘kesinlikle isteksiz’ yanıtlarıyla sorulmuştur.

Araştırmada katılımcıların kimlik ve iletişim bilgileri alınmamış, veriler amacı dışında kullanılmamış, katılımcılardan sözlü onam, Devlet Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alındıktan sonra anketler uygulanmıştır. Veriler SPSS’de analiz edilmiş, ki-kare testi ile istatistiksel önemlilikler incelenmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $35,6 \pm 7,7$ (ortanca=36,0, min.-maks=18-59) olup, %69,8’i (111 kişi) kadındır. Yüzde 31,2’si (49 kişi) afetlerle ilgili bir eğitim almışlardır. Elli üç kişi (%34,0) herhangi bir afet yaşamıştır. Yalnız 15 personel (%9,5) bugüne kadar bir afet yanıtında görev yapmıştır. Katılımcıların %47,8’i (75 kişi) görev gereği evden ayrı kalmasına engel biri olduğunu belirtmiştir. Evden görev gereği ayrılmasına engel biri olduğunu belirten katılımcıların %81,3’ü (61 kişi) bu kişinin çocuğu olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %16,6’sı (26 kişi) afetlere karşı herhangi bir kişisel hazırlıklarının olduğunu belirtirken %83,4’ü (131 kişi) afetlere karşı herhangi bir hazırlıklarının olmadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %43,7’si (69 kişi) gelecekte olabilecek bir afette görev yapmaya istekli olduğunu belirtirken, %22,8’i (36 kişi) istekli olmadığını, %33,5’i (53 kişi) ise kararsız olduğunu söylemiştir. İstekli olmama gerekçeleri arasında ilk sırada ailesinin kendisine ihtiyacı olması yer almıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcılar en fazla deprem kaynaklı afetler (83 kişi, %52,8), doğal afetler (77 kişi, %49,4) ve karayolu kazaları kaynaklı afetlerde (70 kişi, %44,9) görev almaya istekli olduğunu belirtirken, en fazla isteksiz oldukları afetler ise nükleer kaza kaynaklı afetler (78 kişi, %50), patlama kaynaklı afetler (75 kişi, %48,1), gaz sızıntısı kaynaklı afetler (73 kişi, %46,8), bulaşıcı hastalık nedenli afetlerdir (70 kişi, %44,9).

Katılımcıların %73,0'ü (114 kişi) kişisel güvenliğinin olmamasının afetlerde çalışmada istekliliğini azalttığını düşünmektedir. Aile güvenliği ve sağlığı ile ilgili endişenin afetlerde çalışmada istekliliği azaltacağı önermesine katılımcıların %74,8'i (116 kişi) katıldığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerin %68,8'i (33 kişi), kadınların %32,7'si (36 kişi) ilerde bir afette görev yapmaya istekli olacağını belirtmiştir ($p<0,001$). Afetlerle ilgili bir eğitim alan katılımcıların %62,5'i (30 kişi), almayanların %36,1'i (39 kişi) bir afette görev yapmaya istekli olduğunu söylemiştir ($p=0,003$). Görev nedeniyle evden ayrı kalmasına engel birisi var olan katılımcıların %36'sı (27 kişi), olmayan katılımcıların %51,9'u (42 kişi) afette görev yapmaya istekli olduğunu ifade etmiştir ($p=0,004$).

Tartışma, sonuç, öneriler: Katılımcılar en fazla doğal afetler ve deprem kaynaklı afetlerde görev yapmaya istekli olduğunu belirtirken, daha az istekli oldukları afetler ise nükleer kaza kaynaklı afetler, bulaşıcı hastalık nedenli afetler ve terörizm nedenli afetlerdir. Bu konu ile ilgili yapılan araştırmalar bu çalışma ile uyumlu olarak sağlık çalışanlarının afetlerde görev yapmaya istekli olmalarının afet türüne bağlı olarak değiştiğini göstermiştir (2, 8-10).

Katılımcılar kişisel güvenliklerinin olmamasının afetlerde çalışmada istekliliklerini azalttığını ifade etmişlerdir. Ayrıca aile güvenliği ve sağlığı ile ilgili endişenin olması ve bakmak zorunda olduğu aile bireylerinin olmasının da istekliliği azalttığını belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışma bu çalışma ile uyumlu olarak aile güvenliği ve sağlığı ile ilgili endişenin olması, kişisel güvenliğin olmaması ve bakmak zorunda olunan kişilerin olmasının afetlerde görev yapma istekliliği için büyük engel oluşturduğunu göstermiştir (2).

Araştırmaya katılan erkekler kadınlardan daha fazla afetlerde çalışmada istekli olduklarını belirtmiştir ($p<0,001$). Bu sonuçlar daha önce yapılan çalışmalarla da uyumludur (2,7). Bunun nedeni kadınların evde çocuk bakımı gibi daha fazla sorumluluk almalarından kaynaklanıyor olabilir ya da kadınların kişisel olarak böyle bir meyilleri olabilir. Bunun belirlenmesi için daha ileri çalışmalar yapılmalıdır.

Afetlerle ilgili bir eğitim alan katılımcılar eğitim almayanlara göre afetlerde çalışmada daha fazla istekli olduklarını belirtmişlerdir ($p=0,003$). Bu konuda Lanziolotti ve ark.'nın yaptıkları araştırma bu bulgu ile örtüşmektedir. Lanziolotti ve ark. doktor ve hemşirelerle yaptıkları araştırma biyolojik ajanlarla ilgili bilgisi fazla olan doktor ve hemşirelerin biyolojik afetlerde daha fazla istekli olduğunu göstermiştir (8).

Görevi nedeniyle evden ayrı kalmasına engel biri olduğunu belirten katılımcılar görevi nedeniyle evde ayrı kalmasına engel biri olmadığını belirtenlere göre daha az istekli olduklarını belirtmişlerdir ($p=0,004$). Daha önce yapılan birçok araştırma bu bulgu ile uyumlu olarak bakmak zorunda olunan birilerinin olmasının isteklilik için önemli bir engel olduğunu ortaya koymuştur (2, 7).

Bu araştırmanın bazı kısıtlıkları vardır. Araştırmanın küçük bir grupta yapılması ve katılımın düşük olması (%41,7), özellikle hekimlerin iş yoğunluğunu gerekçe göstererek diğer mesleklere göre çalışmaya daha az katılmaları en önemli kısıtlılıktır. Kısıtlılara rağmen, çalışmanın Türkiye'de bir ilk olması ve personel açısından afete hazırlıkta dikkat edilmesi gereken noktalara ait bazı ipuçları sunması çalışmanın güçlü yönleridir.

Bu araştırma sağlık personelinin farklı afet türlerinde görev yapma istekliliklerinin farklı olduğunu göstermiştir. Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalık kaynaklı afetler, terörizm kaynaklı afetler ve nükleer kaza kaynaklı afetlerde diğer afet türlerine göre daha az istekli oldukları görülmüştür. Sağlık kuruluşları afet planlarını yaparken bazı afet türlerinde sağlık çalışanlarının görev yapmaya daha az istekli olduğunu düşünerek ona göre personel tahsisi yapmalıdırlar. Çalışmanın diğer bir sonucu ise bakmakla yükümlü birinin olması, aile ile ilgili endişenin olması ve kişisel güvenliğin olmaması gibi faktörlerin sağlık çalışanlarının afetlerde görev yapma istekliliklerini azalttığını. Sağlık kuruluşları ve yetkililer afet durumlarında sağlık çalışanlarının afetlerde görev yapmasını sağlamak için çocuk ve yaşlı bakımı veren ortamlar oluşturulması seçeneğini düşünmelidirler. Sağlık çalışanlarının çocuklarının

ya da bakıma muhtaç yakınlarının gözlem altında olduklarını bilmeleri onları çalışmak için daha istekli yapabilir. Ayrıca, sağlık kuruluşları afet planlarını yapmadan önce personellerin özellikleri iyi tanımlanmalıdır. Personelin medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, hangi afetlere karşı isteksiz oldukları bilinirse bunlara yönelik önlemler alınabilir. Örneğin herhangi bir afet olduğunda öncelikle bekar veya çocuk sahibi olmayanların görevlendirilmesi düşünülebilir.

Sağlık çalışanlarının afetlerde görev yapmada istekliliğini azaltan en önemli faktörlerden biri de kendisi ve ailesinin güvenliği ile ilgili endişesinin olmasıdır. Bu konu ile ilgili sağlık personelinin endişesinin gidermenin en etkili yolu eğitimler vermek, etkili koruyucu ekipmanlar sağlamak ve afet alanının kontrol altında olduğu güveni vermekten geçer (2).

Anahtar Sözcükler: Afet, İsteklilik, Sağlık Personeli

Kaynaklar:

1. Stergachis A, Garberson L, Lien O, D'Ambresio L, Sangare L, Dold C. Health Care Workers' Ability and Willingness to Report to Work During Public Health Emergencies. *Disaster Med Public Health Preparedness* 2011;5(4):300-308
2. Qureshi K, Gershon RRM, Sherman MF, Straub T, Gebbie E, McCollumn M, et al. Health care workers' ability and willingness to report to duty during catastrophic disasters. *J Urban Health*. 2005;82(3):378-388
3. Iserson KV, Heine CE, Luke Larkin G, Maskop JC, Baruch J, Aswegan AL. Paramedics' perceptions of risk and willingness to work during disasters. *Ann Emerg Med*. 2008;51(4):345-353
4. Gullion JS. School Nurses as Volunteers in a Bioterrorism Event. *Biosecurity and Bioterrorism* 2004;2(2):112-117.
5. Alexander GC and Wynia MK. Ready and Willing? Physicians' Sense of Preparedness for Bioterrorism. *Health Affairs* 2003;2(5):189-197.
6. Schechter S. *Medical Reserve Corps Volunteers' Ability and Willingness to Report to Work for the Department of Health During Catastrophic Disasters*. Monterey, CA: Naval Postgraduate School; 2007.
7. Shapira Y, Marganitt B, Roxiner İ, Scochet T, Bar Y, Shemer J. Willingness of staff to report to their hospital duties following an unconventional missile attack: a state-wide survey. *Isr Med Sci*. 1991;27:704-711
8. Lanzilotti S, Galanis D, Leoni N, Craig B. Hawaii medical professionals assesment. *Hawaii Med J*. 2002;61:162:173
9. Martens KA, Hantsch CE, Stake CE: Emergency preparedness survey: Personnel availability and support needs. *Ann Emerg Med* 2003;42(4 Suppl):s105.
10. Smith E. Emergency health care workers' willingness to work during major emergencies and disasters. *Aust J Emerg Manage*. 2007;22:21-24.

776

BİR SAğLIK MESLEK LİSESİ ÖğRENCİLERİNİN EV YANGINLARI HAKKINDA BAZI BİLGİ VE DAVRANIŞLARI

Cüneyt Çalışkan¹, Edip Kaya¹, Hüseyin Koçak², Galip Usta³, Hakan Altıntaş¹

¹Hacettepe Üniversitesi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

³Kastamonu Taşköprü Anadolu Sağlık Meslek Lisesi

Giriş ve amaç: Yangın, yanan materyallerin kontrol dışına çıkmasına denir (1,2). Ölüme neden olan birçok yangın evlerde çıkmaktadır (3). Ev yangınlarının birçoğu önlenilebilecek olan yangınlardır. Ev yangınlarının ortaya çıkma nedenleri arasında kişilerin bilgisizliği, dikkatsiz ve ihmalkar davranışları, tedbirsizlikleri ya da çevredeki bir yangından sıçrama, sabotaj, kazalar ve tabiat olayları yer alır (1).

Amerika'da 2008-2010 yılları arasında her yıl ortalama 365.000 ev yangını olduğu rapor edilmiştir. Bu yangınlarda yıllık 2.560 kişinin öldüğü, 13.000 kişinin yaralandığı ve \$7.4 milyar kaybedildiği tahmin edilmektedir. Ülkede meydana gelen tüm yangınlar arasında ölümlerin %81'i ve yaralanmaların %76'sı ve toplam parasal kaybın %55'i evlerde meydana gelen yangınlar sonucunda gerçekleşmiştir (4). Türkiye'de 2011 yılında yalnız İstanbul Belediye İtfaiyesinin çıkış yaptığı gerçek yangın sayısı 26.444 olarak rapor edilmiştir (5).

Yangınlarda yaralanmaya, ölüme ve ekonomik kayıplara neden olan en önemli faktörler arasında bina tasarımı ve insan davranışları yer almaktadır (6,7). Ev yangınları genellikle küçük dikkatsizlikler sonucu meydana gelmektedir. Mutfakta yemek pişirirken yemeklerin başında beklenmesi, ocakların üzerinde biriken yağ gibi maddelerin temizliğinin düzenli yapılması, yatarken elektrikli sobaların söndürülmesi, çocuklara ateşin yanında dikkatli davranmalarının öğretilmesi bu yangınlardan korunmada yararlı uygulamalardır. Yangın sırasında ise, devreye giren bir yangın alarm detektörünün uyarısı ile yangına, yangın söndürme tüpü ile müdahale edebilir ya da giysiler tutuştuğunda dur-yat-yuvarlan yöntemini kullanarak yaralanmalar en aza indirilebilir. Yangınlar ile başa çıkabilmek için küçük yaşlardan itibaren evlerde ailelerle birlikte uygulanacak yangın tatbikatları can ve mal kayıplarını en aza düşürecektir (3).

Sağlık meslek lisesi öğrencileri hem ailenin bu konuda vermiş olabileceği eğitimin yaş itibarı ile kolay değerlendirilebileceği hem de sağlık eğitimi almaları nedeniyle konuya daha yakın olabilecekleri düşünülen bir gruptur.

Tüm bu nedenlerle bu çalışmada bir sağlık meslek lisesi öğrencilerinin yangın ile ilgili bilgilerinin, bu konuda herhangi bir eğitim alıp almadıklarının, yangın belirtilerini algılayıp olumlu davranış gösterip göstermediklerinin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem ve gereçler: Araştırma Kastamonu Taşköprü Anadolu Sağlık Meslek Lisesi'nde yapılmıştır. Bu lisede hemşirelik bölümünde 100 ve tıbbi sekreterlik bölümünde 94 olmak üzere 194 öğrenci okumaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden herkes araştırmaya dahil edilmiş, örnek seçilmemiştir. Hemşirelik bölümünden 79 (%79), tıbbi sekreterlik bölümünden 67 (%71,3) öğrenci olmak üzere toplam 146 kişi (%75,3) araştırmaya katılmıştır.

Araştırmacılar üç kişi, tanımlayıcı tipteki bu epidemiyolojik araştırmanın verilerini 2012 yılı Mayıs ayının ikinci ve üçüncü haftasında gözlem altında toplamıştır. Araştırmacılar tarafından geliştirilen 39 soruluk anket formu ile katılımcılardan bilgiler toplanmıştır. Soruların 7 tanesi katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemektedir. Sorulardan 26'sı likert ölçeğine göre hazırlanmış, bunlardan 11 tanesi katılımcıların bilgilerini, diğer 15 tanesi davranışlarını ortaya koymayı hedeflemiştir. Son 6 soruda birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir ve katılımcıların farklı olaylar altında davranışlarını değerlendirmeye yöneliktir. Araştırmanın ön denemesi 4 Mayıs 2012'de Çanakkale Anadolu Sağlık Meslek Lisesi'nde 10 öğrencinin katılımı ile yapılmıştır. Yaş, cinsiyet, bölüm, sınıf, yaşanan yer, yaşanan yerin mülkiyet tipi, oturulan kat, yangın yaşama durumu, ilk yardım bilgisi, yangın ile ilgili bazı bilgiler ve davranışlar araştırmanın değişkenleridir. Veriler, SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiş ve tanımlayıcı istatistikler ile yüzde dağılımları sunulmuştur.

Okul müdürlüğünden çalışma için gerekli yazılı izin, katılımcılardan ise sözlü onam alındıktan sonra anket formu uygulanmıştır. Araştırmada öğrencilerin kimlik bilgileri ile ilgili veriler alınmamış ve toplanan veriler amaçlar dışında kullanılmamıştır. Araştırma sonrası katılımcılar bir kısa konferans ile bilgilendirilmişlerdir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 16,2±1,2'dir (ortanca=16,0, min.-maks.=14-19). Katılımcıların %76'sı (111 kişi) kadındır. Onbir (%7,5) katılımcı daha önce bir yangın olayı yaşamıştır. Yalnız 15 (%10,3) öğrenci yangın konusunda bir eğitim aldıklarını söylemişlerdir.

Öğrencilerin %97,3'ü (142 kişi) itfaiyenin numarasını, %54,1'i (79 kişi) yangında yapılacak temel ilk yardımı, %50,7'si (74 kişi) yaşadığı yerdeki tüm tesisatların yerini bildiğini belirtirken, %11,6'sı (17 kişi) yaşadığı yerde yangın tatbikatları yapıldığını ifade etmiştir. Katılımcıların %90,4'ü (132 kişi) yangın eylem planı hazırlamadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %39,7'si (58 kişi) yaşadıkları yerde yangın merdiveni olduğunu, %24,7'si (36 kişi) duman detektörü olduğunu ve %39,7'si (58 kişi) yaşadıkları yerde yangın söndürücüsü olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %12,8'i (18 kişi) evlerini yangın sigortası ile korumaya aldığını söylemiştir.

Öğrencilerin %41,6'sı (60 kişi) elektrikli battaniyeyi kullandığını belirtirken bunların %70'i (42 kişi) kullanmaya başlamadan önce prizden fişini çekmektedir. Katılanların %95,7'si (135 kişi) elektrik tamirlerini kendileri yapmamaktadır. Katılımcıların %68,1'i (98 kişi) elbiselerinin tutuşması durumunda dur-yat-yuvarlan yöntemini kullanacaklarını ifade etmiştir. Yüzde 73,6'sı (103 kişi) yatarken ısıtıcıları kapattığını ve %92,1'i (129 kişi) yemek pişirirken geniş kollu elbiseler kullanmadığını söylemiştir. Öğrencilerin %73,3'ü (107 kişi) duman kokusu, %81,5'i (119 kişi) yangını gördüklerinde, buldukları ortamı terk edeceklerini belirtirken bir yangın esnasında %70,8'i (102 kişi) tehlikeye karşı çevredeki insanları uyaracağını ve %86,8'i (125 kişi) itfaiyeye arayacağını ifade etmiştir. Çalışmaya katılanların %71,9'u (105 kişi) yangın sırasında buldukları yeri terk etmek için varsa yangın merdivenini kullanacaklarını belirtmiştir. Öğrenciler yolda giderken bir yangınla karşılaştıklarında, %90,1'i (107 kişi) itfaiyeyi arayacağını, %71,1'i (101 kişi) ambulansa haber vereceğini belirtmiştir. Öğrenciler senaryo olarak bir yangını fiziksel olarak sağlam atlattıktan sonra, %72,5'i (103 kişi) yangınlarda temel ilk yardımı öğreneceğini, %69'u (98 kişi) yangın eğitimi alacağını ve %69'u (98 kişi) yangın söndürücüsü/duman detektörü gibi koruyucu önlemler kullanacağını ifade etmiştir.

Tartışma, Sonuç, Öneriler: İlerde sağlık sektöründe çalışacak olan öğrencilerin yangınlardan zarar görmesini engellemek için bazı bilgi ve olumlu davranışları bilmesi gerekir. Ayrıca bu olumlu davranışlar ile hem kendilerini koruyabilir, hem de çevresindeki insanların zarar görmesini engelleyebilirler, hem de rol model oluşturabilirler.

Araştırmada katılımcıların büyük bir bölümünün yangın esnasında aramaları gereken numarayı bilmelerine rağmen koruyucu önlemler konusunda eksik kaldıkları görülmektedir. Araştırmada öğrencilerin en fazla olumlu davranış gösterdikleri durumlar arasında bazıları; elektrikli battaniye kullananların %70'inin kullanmaya başlamadan önce prizden fişini çekmeleri ve %95,7'sinin elektrik tamirlerini kendilerinin yapmalarınıdır. Elektrik tamirleri yetkili elektrik tamircileri tarafından yapılmalı, elektrikli battaniyeler kullanım kılavuzuna uygun olarak kullanılmalıdır (3). Katılımcıların %68,1'i elbiselerinin tutuşması durumunda dur-yat-yuvarlan yöntemini kullanacağını belirtmiştir. Yangına maruz kalındığında onu söndürebilmek için dur-yat-yuvarlan yönteminin öğrenciler tarafından kullanılması çoğunluğunun böyle bir durumda ne yapması gerektiğini bildiğini göstermektedir (3). Öğrencilerin %71,9'unun yangın sırasında buldukları yeri terk etmek için varsa yangın merdivenini kullanacaklarını belirtmeleri yangın tehlikesi sırasında zarar görmeden hayatta kalabilmek için en güvenli kaçış yolunun yangın merdivenleri olduğunu bildiklerini düşündürmektedir (1). Dünya Ticaret Merkezine yapılan saldırı sonucunda yangın tehlikesinden kurtulmak için, Kule 1'de insanların %71'i, Kule 2'de %60'ı merdivenleri kullanmıştır (7,8).

Öğrenciler yolda giderken bir yangınla karşılaşma durumunda, %90,1'i itfaiyeyi arayacağını, %71,1'i ambulans hizmetlerine haber vereceğini belirtmiştir. Başka insanlara acil durumlarda yardım etmek için uzman ekipleri aramak öğrencilerin çevrelere karşı duyarlı olduğunu göstermektedir (3,9). Bu olumlu davranışlar, öğrencilerin öğrenmekte oldukları mesleklerin insanlara yardım etme amacından kaynaklanmakta olabilir.

Katılımcıların %90,4'ü yangın eylem planı hazırlamadıklarını belirtmişlerdir. Yangın öncesinde aile bireyleri ile bir araya gelip plan hazırlanması yangın tehlikesinde hayatta kalmak için önemli rol oynayan bir yöntemdir (3). Bir yangın anında öğrencilerin çoğunluğu yangın işaretlerini bilmediği için olay yerini terk etme eyleminde bulunmayı düşünmemektedir (7). İsveç-Gothenburg'da, 1998 yılında, 12-25 yaşları arasında genç insanların bulunduğu bir dans partisinin yapıldığı salonda çıkan yangın sonucunda sadece %33'ü hemen binayı tahliye etmeye başlamıştır (7). Öğrencilere yangın konusunda düzenli uygulamalı eğitimler verilir ya da ders

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

müfredatlarına yangın dersi eklenirse onların olumlu davranışları artırılarak kendilerine ve çevrelerine daha fazla yardımcı ve örnek olmaları sağlanabilir.

Sonuç olarak; öğrenciler olumlu ya da olumsuz davranışlar gösterebilirler, yangın tehlikesini önlemek ve yangın sırasında can ve mal kaybını en aza indirmek için gerekli önlemler bilgisi ve doğru insan davranışları hakkındaki bilgiler öğrencilere verilmelidir. Sağlık meslek liselerinden yetişen öğrenciler aralarında yangınların da bulunduğu çeşitli yaralanmalı olaylara yanıt veren önemli bir meslek grubunun elemanları olduklarından eğitim ve olumlu davranışların geliştirilmesi ile onların yangından zarar görmeleri önlenemezse nitelikli bir insan gücü kaybı söz konusu olabilir. Ayrıca öğrencilerin yaşadığı yerlerdeki bina koşullarının yangın güvenliği açısından iyileştirilmesi ve bunun uygunluğunun yasal olarak denetlenmesi yararlı olacaktır.

Anahtar sözcükler: Bilgi, Davranış, Ev Yangını, Öğrenci, Sağlık Meslek Lisesi

Kaynaklar:

1. Yangın ve Kazalarla Mücadele Eğitim Kitabı. İstanbul Büyükşehir Belediyesi Yayınları. İstanbul. Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2012. http://www.ibb.gov.tr/sites/itfaiye/ibitem/Documents/ibitem_e-books/1_Yangin%20ve%20Kazalarla%20Mucadele/Default.html
2. Ataman B.K. Arşiv ve Kütüphanelerde Yangınla Mücadele. Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2012. <http://www.iudergi.com/tr/index.php/edebiyat/article/viewFile/611/pdf>
3. CFA (Country Fire Authority). Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2011 <http://www.cfa.vic.gov.au/publications/index.htm>
4. Residential Building Fires (2008-2010). U.S. Department of Homeland Security (FEMA). 2012: Issue 2, Volume 13
5. İstanbul İtfaiyesi 2011 İstatistikleri. İstanbul Büyükşehir Belediyesi İtfaiye Daire Başkanlığı Yayını, 2011.
6. Morgan J. Hurley, Daniel J.O'Connor 'Integrating Human Behaviour In Fires Into Fire Protection Engineering Design' 2nd International Symposium on Human Behaviour in Fire, Massachusetts Institute of Technology, USA. 2001: 321-423,
7. Demirel F., Arı S. Yangın ve İnsan Davranışları. TUYAK 2009 Bildiriler Kitabı. 2009:78-95.
8. Averill J.D. and others. Federal Building and Fire Safety Investigation of the World Trade Center Disaster. National Institute of Standards and Technology. 2005.
9. Güvenli Yaşamayı Öğreniyorum Kitabı. İstanbul Büyükşehir Belediyesi Eğitim Serisi 10. 2007, İstanbul.

445

BİTLİS EREN ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN VAN DEPREMİ SONRASI POSTTRAVMATİK STRES BELİRTİLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Mehtap Omaç Sönmez¹, Feyza Sevindik¹, Erkan Pehlivan²

¹Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sosyal Hizmet Bölümü

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş ve Amaç: Depremler tüm dünyada yaygın olarak meydana gelen büyük çapta yıkıma, çok sayıda insanın ölümüne ve tıbbi rahatsızlıklara neden olan doğal felaketlerdir. Van depremi, Van il merkezinin yanı sıra çevresinde bulunan il ve ilçelerde de yıkım ve can kayıplarına neden olmuştur. Van depremi sonrası yıkım ve can kayıplarının olduğu Bitlis ilinde, eğitim gören üniversite öğrencileri de, depremden olumsuz etkilenmiş ve deprem sonrası çoğu bölgeyi terk etmişlerdir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) fiziksel, psikolojik, çevresel travma sonrası gelişen ciddi ve sıklıkla kronik seyirli bir hastalıktır. Bu çalışma Van depreminin etkilemiş olduğu, Bitlis ili Eren üniversitesi öğrencilerinde travma sonrası stres bozukluğu ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tanımlayıcı özelliktedir. Van depremi 23 Ekim 2011 tarihinde gerçekleşmiştir. Araştırma depremden 1 ay sonra Kasım ayı içerisinde yapılmıştır. Bitlis Eren Üniversitesi'nde toplam 3128 öğrenci bulunmaktadır. Depremden sonra bir ay sonrası derse devam eden öğrenci sayısı yaklaşık 1000'e düşmüştür. Deprem sonrası üniversitede bulunan Bitlis Eren Üniversitesi öğrencilerinden örnekleme yapılmadan tüm öğrencilere ulaşılması planlanmıştır. Araştırmaya 624 öğrenci katılmıştır. Üniversitedeki toplam öğrenci sayısının %20'sine ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında sosyodemografik özellikler ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğini (TSSBÖ) içeren anket kullanılmıştır. TSSBÖ 1999 yılında Aker ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçekte herbiri şiddetine göre 0-4 arası puanlanan 22 soru bulunmaktadır. Ölçek Tekrarlama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık alt ölçeklerinden oluşmaktadır (1). Veriler SPSS 16.0 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma verilmiş, ki-kare analizi, Independent t testi ve One Way Anova testleri kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (P<0.05). Araştırmanın etik kurul onayı ile araştırmaya katılan öğrencilerden onamları alınmıştır. TSSB puan ortalaması ile sosyodemografik özellikler karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.73±2.58' yıldır. Araştırmaya katılan öğrencilerin (309 kişi) %49.5'i kadındır. Öğrencilerin tamamına yakınının ailesi (%80.8) Bitlis ve komşu illerde yaşamaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin (27 kişi) %4.4'ünün önceden tanı konulmuş psikiyatrik hastalığı olduğu, %31.9'unun (199 kişi) ise panik atağının olduğunu, %26'sı (162 kişi) ise geçmişte büyük bir deprem yaşamış olduğunu bildirmiştir. Öğrencilerin %61.8'i (386 kişi) deprem esnasında devlet yurdunda olduğunu, %48.5 öğrenci (302 kişi) ise deprem sırasında buldukları binanın zarar gördüğünü belirtmiş, öğrencilerin %15.2'si (95 kişi) ise deprem esnasında dışarıda olduğunu bildirmiştir. Deprem sonrası öğrencilerin %10.3'ü (64 kişi) yaralandığını, %19.5'i (121 kişi) yakınlarının yaralandığını, %20.5'i (128 kişi) ise yakınlarını kaybettiklerini, %33.8'inin (211 kişi) ise ailesi ve yakınlarının deprem nedeniyle işyeri hasarı nedeniyle maddi zararları olduğunu bildirmiştir. TSSBÖ ve alt bileşenleri puan ortalaması arttıkça risk artmaktadır. Öğrencilerin TSSBÖ toplam puanı ortalaması 39.89±1.37' dir. Öğrencilerin %25.5'i şiddetli düzeyde depremi tekrarlayan anılar şeklinde yaşadıklarını, %16.2'si depremle ilgili tekrarlayan rüyalar gördüğünü, %27.9'u depremi hatırlatan semboller karşısında sıkıntı yaşadığını, %33.8'i deprem tekrarlanıyormuş gibi hissettiğini bildirmiştir. Öğrencilerin %32.8'i depremle ilgili duygu ve düşüncelerden kaçındığını, %27.3'ünün depremin ayrıntılarını hatırlayamadıklarını bildirmiştir. Öğrencilerin %26'sı deprem sonrasında uykuya dalmada çok fazla güçlük çektiklerini, %17.7'si ise fizyolojik tepkiler (Kalp çarpıntısı, titreme, zor nefes alma, yürüyeme ...v.b) gösterdiklerini bildirmiştir. TSSBÖ alt bileşen puanlarının ortalamaları karşılaştırıldığında, kaçınma toplam puan (min-max: 0-28 puan) ortalaması 15.29±5.58, aşırı uyarılmışlık toplam puan (min-max:0-24 puan) ortalaması 14.29±5.60, tekrarlama puan (min-max:0-24 puan) ortalaması 10.58±3.41 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin bazı özellikleri ile TSSBÖ puanları karşılaştırıldığında kadınların, psikiyatri hastalığı olanların, yaralananların, evleri/yurtları hasar görenlerin, yakınına kaybedenlerin puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Tartışma: Türkiye'de yapılan araştırmalara göre TSSB prevalansı %17-70 arasında değişmektedir. Araştırmamızda TSSB puan artışı ile ilişkili faktörler kadın olmak, psikiyatrik bir rahatsızlığı olmak, deprem esnası bulunduğu yerin zarar görmesi, aile üyelerinin yaralanması veya kaybı olarak bildirilmiştir. Türkiye'de yapılan birçok çalışmada aynı faktörler TSSB ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (1, 2, 3). Depremlerin bölgede yaşayanların eğitim, mesleki, sosyal yaşamını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Ancak depremdaki kayıplar etkilenme oranını daha da arttırmaktadır. Deprem bölgesindeki öğrencilerin hem eğitimlerine devam etmeleri hem de depremin olumsuz etkileri ile baş etmeleri gerekmektedir. Baş etme güçlüğü yaşayan bireylerde anksiyete bozukluğu ve daha ciddi problemlerin gelişmesi olasılığı yüksektir (4).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sonuç: Depremden olumsuz etkilenenlerin fazla olması depremin yaşandığı bölgelerde bulunan bireylere psikiyatrik destek verilmesi ve kişilerin takip edilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Araştırmamızda TSSB olan öğrenciler Bitlis Devlet Hastanesi psikiyatri kliniğine gönderilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Van Depremi, Travma sonrası Stres Bozukluğu, Prevalans

Kaynaklar:

1. Aker, A.T., Özeren, M., Başoğlu, M., Kaptanoğlu, C., Erol, A., Buran, B. (1999). Klinisyen tarafından uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-Ö) – geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 10(4), 286- 293.
2. Yargıç İ, Geyran P, Kocabaşoğlu N, Çorapçioğlu A (2004). Bin dokuz yüz doksan dokuz Marmara depremi sonrası posttravmatik stres belirtilerinin şiddetini belirleyen risk faktörleri: Kesitsel saha çalışması. Yeni Symposium; 42: 3-8.
3. Wang B, Chunping N, Chen J, Liu X, Wang A, Shao Z, Xiao D, Cheng H, Jiang J, Yan Y (2011). Posttraumatic stress disorder 1 month after 2008 earthquake in China: Wenchuan earthquake survey. Psychiatry Research 187 : 392–396.
4. Vehid HE, Peykerli G, Toparlak D, Alyanak B (2003) Marmara depreminde öğrencilerde oluşan anksiyete ile ilişkili etkenler. Cerrahpaşa Tıp Dergisi; 34: 86-89.

494

KIRIKKALE İLİNDE BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN YETİŞKİNLERİN DEPREM BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Meral Saygun, Tefik Pınar, İsmail Atçeken, Emre Aygün, Murat Emrah Açıkgöz

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

Giriş: Deprem, yerkabuğu içerisinde meydana gelen çatlamların/ kırılmaların aniden ortaya çıkması neticesinde, titreşimlerin, enerjinin, gücü nispetinde, dalgalar halinde yayılarak, yerkabuğu içerisindeki her yapı dahil toprağın sarsılması, yer değiştirmesidir (1) .

Dünyanın en önemli deprem kuşaklarından birisi olan Alp-Himalaya deprem kuşağı üzerinde bulunan ülkemizde son yüz yıl içinde meydana gelen depremlerde yaklaşık 100 bin insanımız ölmüş, 175 bin insanımız da yaralanmıştır (2).

Kırıkkale, il merkezinden geçen Kırıkkale-Erbaa fay hattı üzerinde bulunmaktadır. Ayrıca kuzeyden Kuzey Anadolu Fay Sistemi, güneydoğudan Akpınar fayı, güneyden Tuz Gölü Fay Zonu tarafından çevrelenmiş durumdadır. Bu faylar yedi ($M \geq 7$) den büyük deprem üretme potansiyeline sahiptir ve Kırıkkale için önemli bir tehlike kaynağıdır. Türkiye Deprem Bölgeleri Haritasında, Kırıkkale İli Merkezi 1. Derece deprem bölgesi olarak belirtilmektedir (3).

Amaç: Türkiye’de toplumun, deprem ve alınacak koruyucu önlemler konusunda bilgi düzeyini araştıran çalışma sayısı oldukça azdır.

Çalışmada, birinci derece deprem bölgesinde olan Kırıkkale’de, il merkezinde yer alan Tepebaşı Aile Sağlık Merkezine (ASM) bir ay süresince başvuran 16 yaş ve üzeri kişilerin, deprem hakkında bilgi düzeyleri, korunma önlemleri ve depreme hazırlık düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Kırıkkale il merkezinde yer alan Tepebaşı Aile Sağlığı Merkezi’ne 1 Mayıs-31 Mayıs 2012 tarihleri arasında başvuran 16 yaş ve üzeri 432 kişinin katılımı ile yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışmada, araştırmacılar tarafından; ilgili literatürler incelenerek hazırlanmış 26 sorudan oluşan anket formu, araştırmaya katılan kişilere, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilerek sözel onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul edenlere araştırma anketi uygulanmıştır.

Anketin ilk bölümünde; katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, daha önce bir deprem yaşama ve depremde yakınıni kaybetme durumu gibi sosyo-demografik bilgilerini içeren sorular yer almış ve bu bölüm, araştırmacının tanımlayan değişkenlerini oluşturmuştur. Anketin ikinci bölümünde; katılımcıların deprem tanımı, depremden önce alınacak önlemler ve deprem sırasında yapılması gerekenler konusunda bilgisini, yaşadığı ilin depremsellik durumuna ait bilgisini, depremden korunma amacı ile evi ile ilgili aldığı önlemleri ve afete hazırlık planı yapma durumunu sorgulayan sorular yer almış ve bu bölüm, araştırmacının tanımlanan değişkenlerini oluşturmuştur.

Verilerin analizi, "SPSS for Windows 15.0" paket programı ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın tanımlayan ve tanımlanan değişkenleri arasındaki ilişkileri saptamak amacıyla ki-kare testi ve Fisher's exact Test kullanılmıştır

Bulgular: Çalışmaya katılan 432 kişinin, %52,1'i kadın, yaş ortalaması 39,52±15,21 (minimum:16, maksimum:85)'dir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %37,5'inin lise , %19,7'sinin ilkokul, %19,4'ünün üniversite, %14,4'ünün ortaokul mezunu, %6,0'sının okur yazar olduğu, %3,0'ünün ise okuma yazma bilmediği saptanmıştır.

Katılımcıların %6,3'ü geçmişte yıkıcı bir deprem , %31,7'si orta veya hafif şiddetli bir deprem yaşadığını bildirmiştir. Depremde herhangi bir yakınıni kaybedenlerin oranı ise %6,7'dir. Çalışmaya katılan 432 kişinin 14'ü uzak akrabasını, 9'u arkadaşını, 5'i ise birinci derecede yakınıni geçmişte yaşanan depremlerde kaybettiğini belirtmiştir.

Çalışmaya katılan kişilerin % 86,1'i deprem konusundaki bilgi düzeyini "yetersiz" olarak nitelemiş ve bilgi kaynağı olarak; sırası ile "televizyon", "internet", "gazete", "kitap" gösterilmiştir. Çalışmaya katılan 432 kişinin 15'i (%3,5) ise afet ile ilgili bir eğitime katıldığını belirtmiştir. Katılımcıların %63,4'ü deprem hakkındaki bilgilerini, 1999 Marmara Depreminden, %9,0'u 2011 Van Depreminden sonra öğrenmeye başladığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan kişilere göre depremin nedeni " bir doğa olayı" (%42,6), "İbadet eksikliği ve ahlâki çöküntü, Tanrı'nın buyruklarına uymama ve Tanrı'nın insanları cezalandırması" (%21,1), "İnsanların doğaya verdikleri zararın bedeli" (%4,6) dir. Katılımcıların %22,7'si ise bu sorunun tüm seçeneklerini işaretlemiştir.

Çalışmaya katılanların %46,8'i "yaşadığı ilin kaçınıcı derece deprem bölgesi olduğunu", " bilmediğini" belirtmiş, %35,0'i doğru yanıt vererek "birinci derece" deprem bölgesinde olduğunu bildirmiş, %18,3' ü ise hatalı yanıt vermiştir. Katılımcıların eğitim seviyesi yükseldikçe, yaşadığı ilin deprem riskini doğru olarak bilme oranının arttığı saptanmıştır (p:0,001).

Katılımcıların %74,5'i "oturduğu evin depreme dayanıklı olup olmadığını" bilmemektedir, 14 kişi (%3,2) belediyenin kontrol ettiğini, 7 kişi (%1,6) ise inşaat mühendislerinden onay aldığını belirtmiştir.

"Binaların depreme karşı dayanıklılık kontrollerini kim yapar ?" sorusunu katılımcıların %29,4'ü 'Bilmiyorum' olarak yanıtlamıştır, diğer yanıtlar ise, sırası ile; 'Belediye', 'İnşaat Mühendisleri Odası', 'Valilik', 'Özel şirket', 'Bayındırlık Bakanlığı', 'Sivil Savunma' ve 'Yapı denetim' dir.

Çalışmaya katılanların %93,3'ü yaşadığı evin depreme dayanıklılığını artırıcı herhangi bir önlem almamış, 4 kişi (%0,9) ise kolonları sağlamlaştırdığını belirtmiştir.

Kırıkkale ilinde büyük bir deprem olduğunda; katılımcıların %36,6'sı Kırıkkale'deki evlerin tamamına yakınıni yıkılacağını düşünmektedir. Yaşadığı evin; hasar göreceğini belirtenler, katılımcıların % 53,8'ini, yıkılacağını düşünenler ise % 13,0'ünü oluşturmaktadır. Katılımcıların %11,6'sı ise; evini kendi yaptığı, kolonları sağlamlaştırdığı, belediye veya inşaat mühendisleri odasına kontrol ettirdiği için yaşadığı evin yıkılmayacağını düşündüğünü belirtmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcıların %77,5'i 'evin içinde depreme karşı hiçbir koruyucu önlem almadığını' belirtirken, %6,7'si evlerindeki eşyaları sabitlediğini, %3,8'i deprem çantası hazırladığını, % 8,1'i ise doğal afet sigortası yaptırdığını belirtmiştir.

Evin içinde, depreme karşı koruyucu önlem alma ile katılımcıların eğitim durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış ($p:0,003$) ve koruyucu önlem alan katılımcıların % 46.7'sinin lise, % 27.8'inin üniversite mezunu olduğu gözlenirken, okur yazar olmayanların % 97.8 'inin koruyucu önlem almadığı belirlenmiştir.

Evin içinde koruyucu önlem alanların % 11.3'ünün depremde bir yakını kaybettiği ve % 42.3'ünün orta veya şiddetli derecede deprem yaşadığı belirlenmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Fisher's exact Test $p:0,062$, $p:0,343$).

Katılımcıların %90,7'si aile bireyleriyle hiçbir "afete hazırlık planı" yapmamıştır. Aile bireyleri ile "afete hazırlık planı" yaptığını bildiren 40 (%9,3) kişi aile bireyleri ile sırası ile; deprem anında yapacakları ile ilgili konuştuklarını, evden güvenli çıkış yeri belirlediklerini, deprem geçtikten sonra evin dışında buluşma yeri tespit ettiklerini bildirmişlerdir.

Afet hazırlık planı yapanların, 19'u lise, 11'i üniversite,6'sı ilkokul, 2'si ortaokul mezunu, 2'si okur yazardır, okur yazar olmayan kişilerin ise afete hazırlık planı yapmadığı belirlenmiş ancak eğitim düzeyi ile afete hazırlık planı yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Fisher's exact Test $p:0,145$).

Afet hazırlık planı yapanlardan, 2'sinin depremde bir yakını kaybettiği ve 20'sinin geçmişte orta veya şiddetli derecede deprem yaşadığı belirlenmiş, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. (Fisher's exact Test $p:0,502$, $p:0,084$).

Çalışmaya katılan kişilere, "deprem anında ne yaparsınız?" sorusu yöneltilmiş ve birden fazla görüş belirtebilecekleri bildirilmiştir, katılımcıların cevapları sırası ile; "dua ederim", "panik yapmam kaçmaya çalışmam", "kayabilecek ve devrilebilecek ağır mobilyalardan uzak dururum", "koşarak dışarı çıkarım", "cenin pozisyonunda yere yatarım", "camlardan uzak dururum", "buzdolabının yanına uzanırım" ve "balkondan inmeye çalışırım"dır.

Çalışma sırasında, katılımcılara; Türkiye'de deprem sonrası yöneticiler tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler sorulmuş ve en önemli gördükleri 6 hizmeti belirtmeleri istenmiştir. Katılımcılar ; 'Barınma' , 'Kurtarma çalışmaları', 'Beslenme', 'Acil Tıbbi Tedavi', 'İletişim hizmetleri', 'Tuvalet', 'Enkaz kaldırma çalışmaları', 'Ölenlerin gömülmesi', 'Psikolojik destek', 'Banyo', 'Çevre temizliği', 'Ölenlerin kimliklerinin belirlenmesi', 'Eğitim' ve para yardımı" sıralaması yapmışlardır.

Tartışma: Çalışma, Kırıkkale il merkezinde yer alan Tepebaşı Aile Sağlığı Merkezi'ne 1 Mayıs-31 Mayıs 2012 tarihleri arasında başvuran 432 kişinin katılımı ile gerçekleşmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin sadece %3,5'inin afet eğitimi aldığı saptanmış ve katılımcıların %86,1'inin deprem hakkındaki bilgi düzeylerini "yetersiz" olarak niteledikleri belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların sadece %35,0'inin yaşadığı ilin birinci derece deprem bölgesinde olduğunu bildiği, %74,5'inin ise yaşadığı evin depreme dayanıklı olup olmadığını bilmediği saptanmıştır. Katılımcıların %18,6'sı 'konutların depreme karşı dayanıklılık kontrollerini hangi kurum yapar?' sorusunu 'İnşaat Mühendisleri Odası' ve 'Bayındırlık Bakanlığı' yanıtını vererek doğru olarak cevaplamıştır (4). Katılımcıların %36,6'sının, büyük bir deprem olması durumunda, Kırıkkale'deki hemen tüm evlerin yıkılacağını, %66,8'inin, kendi evinin de hasar göreceğini veya yıkılacağını düşünmesine rağmen, %93,3'ünün yaşadığı evin depreme dayanıklılığını arttırmak için hiçbir önlem almadığı saptanmıştır. Katılımcıların %77,5'inin yaşadığı ev içinde depreme karşı koruyucu hiçbir önlem almadığı, %90,7'sinin aile bireyleri ile birlikte "afete hazırlık planı" yapmadığı belirlenmiştir.

Türkiye'de toplumun deprem bilgi düzeyi ve depreme hazırlanma durumunu belirlemek amacı ile yapılmış, diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (2,5,6,7,8).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Erzincan'da 120 kişinin katılımı ile yapılan çalışmada; Bireylerin %77'sinin aktif bir deprem bölgesinde yaşadığı halde deprem gerçeğini yeterince algılayamadığı, katılımcıların %13'ünün deprem sırasında nasıl davranması gerektiğini bilmediği, %27'sinin oturduğu evin depreme dayanıklı olup olmadığını bilmediği ve yetişkinlerin büyük çoğunluğunun deprem hakkındaki bilgilerini televizyondan edindikleri saptanmıştır (5).

Çalışmada, deprem sonrası yerine getirilmesi gereken en önemli hizmetler sıralamasında; 'Barınma', 'Kurtarma çalışmaları', 'Beslenme, ilk sıralarda yer alırken, Marmara ve Düzce depremlerinden etkilenmiş, depremi Yalova, İzmit, Bolu, Gölçük ve İstanbul'da yaşamış 262 deprem mağdurunun katıldığı çalışmada ise ; 'İletişim', 'Kurtarma çalışmaları', 'Barınma', öncelikle yer almıştır. 'İletişimin' bu denli öncelikle yer alması, 'felaket sonrasında kişilerin yakınlarına ulaşmalarında karşılaştıkları zorluklar' ile açıklanmıştır (6).

Gümüşhane Üniversitesi Kelkit Aydın Doğan Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin katıldığı çalışmada; öğrencilerinin %74,0'ünün temel afet bilinci eğitimi almamış, 249 öğrencinin %85.9'u afet hazırlık planı yapmamış, 266 öğrencinin %88.7'nin acil durum çantası olmadığı saptanmış ve çalışmaya katılan öğrencilerin afet bilgi puan ortalaması oldukça düşük bulunmuştur. Çalışma sonunda; Afet eğitiminin yaygınlaştırılması gerektiği sonucuna varılmıştır (7).

Sonuç ve Öneriler: Kırıkkale ilinin deprem açısından çok uzun sayılabilecek bir durgunluk dönemi geçirmekte oluşu, yöre halkının, olası bir deprem tehlikesinden habersiz olmasına yol açmakta, bu durum tehlikenin boyutunu bir kat daha artırmaktadır.

Çalışmada, toplumun deprem hakkındaki bilgi düzeyinin yeterli olmadığı saptanmış ve mevcut bilgilerin, televizyon ve gazete gibi yayın organları aracılığıyla elde edildiği belirlenmiştir. Türkiye'de örgün eğitim sırasında afetlerle ilgili yeterli bilgi ve eğitim verilmemektedir. Bu eksiklik öncelikle eğitim programlarına depreme karşı alınacak önlemler, korunma yollarını kapsayan ders konularının yerleştirilmesi ile giderilmelidir, ayrıca düzenlenecek eğitim kursları ile halkın depreme karşı farkındalığının artırılmasına çalışılmalıdır. Bireylere deprem sırasında ve sonrasında ne yapmaları gerektiği, deprem öncesinde hangi önlemleri alabilecekleri, afet planlamasını nasıl yapacakları ve olası bir afetten zarar görmeden nasıl kurtulabilecekleri öğretilmelidir. Eğitimler özellikle afetlerde tecrübesi olan kişilerce verilmeli, gerçekçi ve uygulamaya dayalı olmalıdır. Bu eğitimlerin bireylerin hayatına olan etkilerini araştıran çalışmalar planlanmalıdır.

Çalışmamız sonunda, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve üniversite işbirliği ile toplumun afet bilincini arttırmaya yönelik eğitim çalışmalarının düzenlenmesi planlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Deprem, deprem bilgi düzeyi, depremde koruyucu önlemler, deprem eğitimi

Kaynaklar:

1. Avcı A. "3.Yılına Girerken Marmara Depremi", Türk Standartları Enstitüsü, 2001: 475: 24-30
2. Öcal A. "İlköğretim okullarında deprem hazırlıkları: Kırıkkale il örneği," Kastamonu Eğitim Dergisi, 2007; 15(1): 1-12.
- 3.Türkiye Deprem Bölgeleri Haritası. Bayındırlık ve İskan Bakanlığı Afet İşleri Genel Müdürlüğü. Bakanlar Kurulu: 18.04.1996 tarih ve 96/8109 sayılı kararı ile yürürlüğe girmiştir.
4. "Depreme Karşı Yapısal Bilinç Eğitimi El Kitabı"; Boğaziçi Üniversitesi Kandilli Rasathanesi Yayınları. İstanbul 2002.
5. Başbüyük A. "Yetişkinlerde Deprem Bilgisi ve Etkili Faktörlerin İncelenmesi" Milli Eğitim Dergisi, Kış 2004;161, 205-218.
- 6.Alkan N, Elmas İ, Karakuş M, Akkay E. Doğal Afetler Sırasında Karşılaşılan Sorunlar: Bir Anket Çalışması". Ulusal Travma Dergisi 2001; 7: 195-200.

7. İnal E, Kocagöz S, Turan M. Temel Afet Bilinç ve Hazırlık Düzeyinin Saptanmasına Yönelik Bir Araştırma. Türkiye Acil Tıp Dergisi - *Tr J Emerg Med* 2012;12(1):15-19.

8. Öcal A. İlköğretim Aday Öğretmenlerinin Deprem Bilgi Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. Haziran 2007, 8 (13): 104-110.

259

NİLÜFER HALK SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİNDE 0-6 YAŞ ÇOCUKLARDA EV KAZASI GEÇİRME SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Tekin Ulaş Karatepe¹, Nalan Akış²

¹Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş: Evin içerisinde, bahçesinde veya çevresinde meydana gelen kazalar ‘ev kazası’ olarak tanımlanır. Tehlikelerin bilincinde olmamaları, bulma ve öğrenme konusunda meraklı olmaları nedeniyle çocuklar ev kazaları açısından yüksek risk altındadır (1).

Bu çalışmanın amacı, 0-6 yaş arası çocukların ev kazası geçirme sıklığı ve ilişkili risk faktörlerini saptamak, annelerin ev kazalarından korunmaya annelerin ev kazalarından korunmaya ilişkin algı ve güvenlik önlem tanılamalarını belirlemektir.

Gereç ve yöntem: Çalışma Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesinde (NHSEAUB) yaşayan 0-6 yaş çocuklarda yapılmıştır. NHSEAUB ‘si; Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin 1. basamakta uygulama olanağı yaratmak amacıyla, Nilüfer Belediyesi ve Uludağ Üniversitesi arasında imzalanan bir protokolle 2001 yılında kurulmuştur. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesinde (NHSEAUB) Bursa’nın Nilüfer ilçe sınırlarında yer almaktadır, nüfusu 23.456’dır.

Bölgede 0-6 yaş çocuk sayısı 1913’dür. Çalışma sistematik örnekleme yöntemiyle seçilen 529 çocukta yapılmış, kesitsel bir çalışmadır. Veriler çocukların anneleriyle yüzyüze görüşülerek 34 sorudan oluşan anket formu ve annelerin ev kazalarından korunmaya ilişkin algı ve davranışlarını belirlemek amacıyla 40 sorudan oluşan ‘0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeği’ kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu ve ölçek 20 Ocak 2011- 1 Mayıs 2011 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından örnekleme çıkan çocukların evlerine gidilerek yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Görüşme çocukların anneleri ile yapılmıştır. Annelere çalışmanın amacı anlatılmış, yazılı onamları alınmıştır. Çalışan annelerle mesai bitiminde evlerine gidilerek yüz yüze görüşülmüştür.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 11.01.2011 tarih ve 2011/2-2 sayılı etik kurulu kararı ile gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Ev kazası geçirme durumu (son iki hafta içinde en az bir kez ev kazası geçiren çocuk oranı)

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Çocuğun yaşı, cinsiyeti; annenin ve babanın yaşı, öğrenim durumları, çalışma durumları, sağlık sorunlarının varlığı, annenin sağlık algısı; yaşanan konutla ilgili özellikler; annenin ‘0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeği’nden aldığı puan

Çalışmada kullanılan ‘0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanımlama Ölçeği’ Çınar ve arkadaşları (2) tarafından, annelerin ev ortamında en sık karşılaşılan ev kazalarından düşme,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yanma, zehirlenme ve boğulmadan çocuğu korumak için aldıkları güvenlik önlemlerini değerlendirmek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek 34 olumlu, 6 olumsuz ifade içeren toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi olan ölçekte her bir madde 1'den 5'e kadar puanlanmış olup puanlar yanıtlara göre değişmektedir. 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeği'nin minimum 40 maksimum puanı 200'dür. En yüksek puan annenin çocuğunu ev kazalarından korumaya yönelik önlemleri en üst düzeyde aldığını göstermektedir (2).

İstatistikî analizlerde bağımsız gruplarda t testi, pearson ki kare testi, yates düzeltmeli ki kare testi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda çocukların ev kazası geçirme sıklığı %19,7 bulunmuştur. Erkeklerde bu oran 25,7; kızlarda %13,8'dir, aradaki fark anlamlıdır (ki kare: 11,78, $p<0,05$). En sık karşılan kaza tipi düşmedir (%67,2). Bunu kesici/ delici aletle yaralanma (%12,2), yanma/ yanık (%11,2) izlemektedir. Anne babanın yaşı, öğrenim durumu, çalışma durumu, yaşanan ev tipi ile ev kazası geçirme arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Sağlık durumunu kötü olarak algılayan annelerin çocuklarının ev kazası geçirme sıklığı, iyi olarak algılayanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (sırasıyla %28,6, %15,9; ki kare: 8,80, $p<0,05$).

Ev kazası geçiren çocukların annelerinin ev kazalarına yönelik güvenlik tanılama ölçeğinden aldıkları puan (ortalama: $162,9\pm 20,3$); kaza geçirmeyen çocukların annelerinin aldıkları puana göre (ortalama: $169,0\pm 18,9$) anlamlı olarak daha düşüktür (t: 2,84, $p<0,05$).

Tartışma, sonuç ve öneriler: Günümüzde ev kazaları için bir kayıt sistemi olmadığından kaza sıklığının boyutu tam olarak bilinmemektedir. Ancak hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ev kazalarının ölüme ve sakatlıklara neden olmasındaki artış ev kazalarının önlenmesi konusunda toplumsal bilinçlenme ve işbirliğine girilmesini gerekli kılmaktadır (3).

Çalışmamızda ev kazası geçirme sıklığı %19,7 bulunmuştur. Ülkemizde 0-4 yaş çocuklarda son 2 haftada ev kazası geçirme durumunun incelendiği çalışmalarda sıklık %14,1 ile %18,2 arasında bulunmuştur (4, 5). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerdir. Dünyada genellikle son 6 ay ya da son bir yılda kaza geçirme sıklığı ile ilgili çalışmalar vardır. Bunlarda sıklık %17,2 ile %24,0 arasında değişmektedir. Çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı, çalışmaya alınan çocukların yaş gruplarına ve kaza geçirme durumu sorulurken alınan süreye bağlı olarak değişmektedir. Bu nedenle karşılaştırma yapmak zordur.

Yapılan çalışmalar erkek çocuklarda ev kazası geçirme sıklığının kızlara göre anlamlı olarak fazla olduğunu göstermektedir (6). Bizim çalışmamızda erkek çocuklarda kaza geçirme sıklığı (%25,7) , kızlara (%13,8) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum a erkek çocuklarının kız çocuklarına göre daha hareketli olması neden olabilir. Tüm dünyada yapılan çalışmalarda en sık karşılaşılan ev kazası tipi, bizim çalışmamızda da bulduğumuz gibi düşmelerdir. Çalışmamızda sağlık durumunu iyi olarak algılayan annelerin çocukları daha az ev kazası geçirdiği bulunmuştur. Bu durum Boztaş'ın çalışmasıyla benzerdir (5).

Çalışmamızda ev kazası geçiren çocukların annelerinin aldıkları puanların ortalaması anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu durum ev kazası geçirmeyen çocuklarının annelerinin ev kazalarına yönelik önlemleri yeterli düzeyde aldığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda ev kazası sıklığının %19,4 olarak bulunması, bu kazaların önlenilebileceği düşünüldüğünde, gerekli önlemlerin alınmadığını akla getirmektedir. Anne- babaların bu konuda eğitilmeleri kaza sıklığını azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Nilüfer ,Çocuk, Ev kazaları

Kaynaklar:

1. Bertan M, Çakır B. Halk Sağlığı Yönünden Kazalar. Halk Sağlığı Temel Kitabı. Ankara: Hacettepe Yayınları; 1997.
2. Çınar ND. 0-6 yaş grubu çocukların ev kazalarından korunmasında ailenin rolü. Klinik Çocuk Forumu 2004; 62-6.

3. <http://cevresagligi.org/cevre-sagligi/kutuphane/ii.-ulusal-cevre-hekimligi-kongresi/cocuk-ve-ev-kazalar.html>(erişim: 14.05.2011)
4. Kılıç B, Demiral Y. İzmir’de bir gecekondu bölgesinde evde yaralanma insidansı. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006; 25(3)27-32.
5. Boztaş G. 0-48 aylık çocukların ev kazaları sonucunda oluşan yaralanmalarına ilişkin annelerinin davranış ve görüşlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi (Uzmanlık tezi). Ankara; Hacettepe Üniversitesi; 2008.
6. Runyan CW, et al. Unintentional injuries in the home in the United States Part I: mortality. Am J Prev Med. 2005 Jan;28(1):73-9.

341

TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNİN ŞİDDETLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ, ŞİDDET EĞİLİMİ VE ŞİDDET EĞİLİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Levent Dönmez, Betül Saluk, Hatice Karadağ, Hülya Kahraman, Rıdvan Gömleksiz

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 2000 yılı için yaptığı açıklamaya göre her yıl dünya üzerinde yaklaşık 1,6 milyon insan şiddet sonucunda hayatını kaybetmekte, daha fazla sayıda insan ise bunun getirdiği sakatlık, ruhsal sorun ve diğer sağlık sorunlarının mağduru olmaktadır. Şiddet algısı ise şiddeti ortaya çıkaran önemli faktörlerden biridir. Belirli gruplarda şiddet algısı ve eğiliminin ölçülmesi toplumda sorunun daha iyi tanımlanması ve çözüm önerileri geliştirilmesine yardımcı olabilir. Bu çalışmamızın amacı Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6 öğrencilerinin şiddet algısını ve eğilimini belirlemek ve bunları etkileyen faktörleri incelemektir.

Yöntem: Araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 22 Mart 2012 ile 22 Nisan 2012 tarihleri arasında yapılmış, kesitsel-analitik bir çalışmadır. Araştırma evrenini Tıp Fakültesi’nde eğitim görmekte olan Dönem 6 öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş 151 adet 6.sınıf öğrencisinin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Sekiz öğrenciye ulaşamamış olup katılım oranı % 94,7’dir. Katılanların cinsiyeti, ailesinin gelir durumu, annesinin eğitimi, kardeş sayısı, yaşadığı bölge ve okul başarı durumu gibi sosyodemografik özelliklerinin kaydedildiği bir ankete 10 adet beşli likert tipi soru ve şiddet eğilim ölçeği eklenmiştir. Bu anketi katılımcılar kendi kendine doldurmuşlar ve isimlerini yazmamışlardır. Sözü geçen sosyodemografik özellikler bağımsız değişken, şiddet eğilim ölçeğinden alınan puan ise bağımlı değişken olarak analiz edilmiştir. Şiddet eğilim ölçeğinden 35’in üzerinde puan alan katılımcılar şiddet eğilimi yüksek kabul edilmişler, dönem kaybı olan öğrenciler okul başarı düzeyi düşük olarak sınıflanmışlardır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (version 11.5 for Windows) istatistik programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede ki-kare testi yapılmış ve alfa yanılı düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılanların %42,7’si erkek, %57,3’ü kadındır olup, %55,3’ünün anne eğitimi lise ve üzerindedir. Öğrencilerin %47,6’sı üç ve daha fazla sayıda kardeşe sahip, %14’ü kırsal bölge kökenli ve %80,4’ünün okul başarıları iyidir. Katılımcıların %42,7’si (61 kişi) yaşamlarının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %62,7’si (89 kişi) erkeğin mini etek giyen kız arkadaşını kıskanmasının doğal olduğunu, %45,5’i (65 kişi) kendisine küfreden birine şiddet fiziksel uygulamasının doğal olduğunu, %33,6’sı (48 kişi) gece açık saçık giyinilerek dolaşıldığında laf atılmasının doğal olduğunu, %19,6’sı ise (28 kişi) açıklama yapmayan hekime küfredilmesinin doğal olduğunu ifade etmiştir. Şiddet eğilim ölçeğinden yüksek puan alanların oranı %46,9 (67 kişi) olup, erkeklerde ve okul başarı düzeyi daha düşük olanlarda şiddet eğiliminin istatistiksel olarak daha fazla olduğu anlaşılmaktadır (p<0,05). Diğer sosyal ve demografik değişkenlerle şiddet eğilimi arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.

Sonuç: Şiddet algısı ile ilgili olumsuz olduğunu düşündüğümüz bazı ifadelere eğitim düzeyi yüksek olan bir grubun bile yüksek oranda katılıyor olması dikkat çekicidir. Toplumda şiddetin azaltılması kişisel özelliklerden çok sosyal müdahaleler ve düzenlemelerle olanaklı gibi görünmektedir. Okul başarı düzeyi düşük olanlarda

şiddet eğilim skorunun daha yüksek olması bu iki değişken arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ancak bu ilişki bir neden sonuç ilişkisi değil aynı özelliklerin bir arada bulunması ilişkisi gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, tıp fakültesi öğrencileri, tutum, şiddet eğilimi, şiddet maruziyeti

489

ULUSLARARASI ORGANİZASYONLAR OLAĞANDIŞI DURUMLARA YETERİNCE HAZIRLAR MI? ULUSLARARASI SAĞLIK BAKIŞ AÇISIYLA BİR DEĞERLENDİRME

Ebru İnal, Evren Kibar, Dilek Aslan

Hacettepe Üniversitesi

Giriş-Amaç: Dünyada afet/olağandışı durum (ODD) görülme sıklığında artış nedeniyle ulusal ve uluslararası organizasyonların ODD hazırlıkları son derece önemlidir. Bu araştırmanın amacı, Birleşmiş Milletler (BM) bünyesinde yer alan alt organizasyonlarının afet/ODD’lerde sorumluluklarının olup olmadığının belirlenmesi, var olan sorumluluklarını yerine getirmeleri ile ilgili değerlendirmelerin yapılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, BM’nin 42 alt kuruluşunun 20 Kasım-26 Aralık 2011 tarihleri arasında resmi web sitelerindeki veri tabanlarından yararlanılarak tarama ile yapılmıştır. Taramanın içeriğinde kuruluşların web sayfalarına yansıyan afet/ODD’lerde (öncesi-sırası-sonrası) yaptıkları aktiviteler değerlendirilmiştir. İncelemeler neticesinde alt birimler "yeterli", "kısmen yeterli" ve "yetersiz" olarak kategorize edilmiştir. Web adreslerinden detaylı olarak incelenen, politikalarında önemli ölçüde bu konuya yer veren ve bu meseleyi tüm tehlikeleri ile irdeledikleri saptanan ve olağan dışı durumların (öncesi, sırası, sonrası) her aşamasında aktif rol aldıkları saptanan birimler "yeterli" gruba dahil edilmiştir. Olağandışı durumların bazı aşamalarında aktif rol almalarına karşın, bu yaklaşımı bütüncül olarak sergilemeyen birimler ise "kısmen yeterli" olarak belirtilmiştir. Çalışmada incelenen kriterler doğrultusunda, olağandışı durumların hiçbir aşamasında görev almayan alt birimler ise "yetersiz" grubunda yer almışlardır.

Bulgular: Araştırmada incelenen 42 alt BM kuruluşunun 13’ü "yeterli" (%31,0), 13’ü "kısmen yeterli" (%31,0) ve 16’sı (%38,0) "yetersiz" olarak değerlendirilmiştir. "Yeterli" düzeyde saptanan alt birimler (UNDP, UNICEF, OCHA, WHO, WFP, FAO, UNEP, UNFPA, UNDOA, ECOSOC, GFDRR, UNDG, IASC) tüm alt birimlerin %31’ini oluşturduğu görülmüştür. "Kısmen yeterli" düzeyde saptanan alt birimler (INSARAG, UNHABITAT, UNESCO, WORLD BANK, ITU, WMO, ILO, UNFCCC, UNITAR, UN-OHRLS, GENERAL ASSEMBLY UNU, UNV) %31, "yetersiz" düzeyde saptanan alt birimler ise (UNHCR, IMO, IFAD, UNIDO, UNWTO, UNIFEM, UNODC, OHCHR, IAEA, IMF, UPU, WIPO, WTO, CEB, ICAO, UPU) ise tüm birimlerin %38’ini oluşturmuştur.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Olağandışı durumlarda her türlü gereksinimin artması bu konuya özgü bir örgütlenmenin gereksinimini ortaya koymaktadır. Bu gereksinim karşılanmadığı durumda kaynak savurganlığı ve olağandışı durum sonrası iyileştirme/normal hayata geçiş sürecinin de uzaması görülebilecektir. Bu nedenle, BM’nin çatısı altında çalışan kuruluşların, afet/ODD’lerde "yeterli" düzey saptanan alt kuruluş sayısının artması önemlidir. Bu konuda BM üst örgütlenmesinin çalışmalar yapabilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Uluslararası Sağlık, Olağandışı Durum/Afet; Hazırlık

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmiş(lerdir)tir.

Kaynak:

1. United Nations, Department of Humanitarian Affairs. 1992. Internationally Agreed Glossary of Basic Terms Related to Disaster Management. (DNA/93/36). United Nations. Geneva.
2. Kuterdem K. Akın D., "Binyıl Kalkınma Hedefleri ve Afet Risklerini Azaltma Çabaları Arasındaki İlişki" 1. Türkiye Deprem Mühendisliği ve Sismoloji Konferansı; 11-14 Ekim 2011;ODTÜ-Ankara
3. Care of the dead in disasters. http://www.wpro.who.int/media_centre/fact_sheets/fs_20061207.
4. Health Action in Crisis. WHO Publications, 2009.http://www.who.int/hac/about/annual_report/annual_report_2008.pdf.p.4,5.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

5. www.undp.org (Erişim: 20.11.2011)
6. www.unicef.org (Erişim: 21.11.2011)
7. www.reliefweb.int/ocha_old (Erişim: 21.11.2011)
8. www.who.int (Erişim: 23.11.2011)
9. www.wfp.org (Erişim: 23.11.2011)
10. www.fao.org (Erişim: 26.11.2011)
11. www.unep.org (Erişim: 20.11.2011)
12. www.unfpa.org (Erişim: 15.11.2011)
13. www.unoosa.org (Erişim: 26.12.2011)
14. www.un.org/ecosoc (Erişim: 29.11.2011)
15. www.gfdr.org (Erişim: 18.12.2011)
16. www.undg.org/(Erişim: 20.12.2011)
17. www.isaac-online.org/ (Erişim: 13.12.2011)
18. www.unhabitat.org (Erişim: 25.11.2011)
19. www.unesco.org (Erişim: 01.12.2011)
20. www.worldbank.org (Erişim: 20.11.2011)
21. www.itu.int (Erişim: 26.11.2011)
22. www.wmo.int (Erişim: 03.11.2011)
23. www.ilo.org (Erişim: 17.12.2011)
24. www.unfccc.int (Erişim: 01.12.2011)
25. www.unitar.org (Erişim: 28.11.2011)
26. www.un.org/ohrlls (Erişim: 10.12.2011)
27. www.unu.edu (Erişim: 16.12.2011)
28. www.unvolunteers.org (Erişim: 28.11.2011)
29. www.un-org/ga (Erişim: 09.12.2011)
30. www.unocha.org/what.../insarag (Erişim: 05.12.2011)
31. www.icao.int (Erişim: 30.11.2011)
32. www.imo.org (Erişim: 27.11.2011)
33. www.upu.int (Erişim: 24.12.2011)
34. www.ifad.org (Erişim: 05.12.2011)
35. www.unido.org (Erişim: 26.12.2011)

36. www.world-tour-ism.org (Erişim: 10.12.2011)
37. www.unifem.org (Erişim: 20.11.2011)
38. www.ohchr.org (Erişim: 07.11.2011)
39. www.unodc.org (Erişim: 27.11.2011)
40. <http://ceb.unsystemceb.org> (Erişim: 12.12.2011)
41. www.iaea.org (Erişim: 15.12.2011)
42. www.imf.org (Erişim: 17.12.2011)
43. www.upu.int (Erişim: 26.12.2011)
44. www.wipo.int. (Erişim: 21.12.2011)
45. www.world-tour-ism.org (Erişim: 10.12.2011)
46. www.unhcr.ch (Erişim: 20.11.2011)
47. www.afad.gov.tr (Erişim: 12.12.2011)
48. Akyel R. (2007), “ Afet Yönetim Sistemi: Türk Afet Yönetiminde Karşılaşılan Sorunların Tespit ve Çözümüne İlişkin Bir Araştırma” Doktora Tezi, Ç.Üniv, SBE

738

YAŞLILARDA EV KAZALARI, KAZA KONTROLÜNE YÖNELİK ÖNLEMLER VE DÜŞME KORKUSU İLE İLİŞKİSİ

Ayşe Sayan Çevirme, Gülsüme Kaya, Nezihe Uğurlu, Dilek Aygın, Havva Sert

Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Yaşlıların karşılaştığı sorunların önemli bir kısmını ev kazaları oluşturmaktadır. Dünyada ve ülkemizde ev kazaları sıklığı ve etkili faktörleri ortaya koyan çalışma sayısı sınırlı olup bulgularda da farklılık saptanmıştır. Güner ve arkadaşlarının çalışmalarında sağlık ocağına başvuran yaşlılar arasında son bir yıl içinde geçirilen kazaların % 40'ını ev kazalarının oluşturduğu (Güner ve ark.2002) yaptıkları yaşlılarda kaza sıklığı çalışmasında, son bir yıl içinde ev kazası geçirme sıklığının ise % 67.8 olduğu bildirilmiştir(Marshall ve ark.2005). Yapılan bir çalışmada altmış beş yaş üzerindeki kişilerde ölümcül düşmelerin % 60'ının evde, % 30'unun toplu yaşanan yerlerde, % 10'unun ise hastane vb. yerlerde meydana geldiği belirtilmektedir(Erici ve ark.2009).

Yaşla birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, bazı kronik hastalıkların ve unutkanlığın sık görülmesi ev kazası riskini artırmaktadır. Beyin yaşlanması sonucunda ortaya çıkan nörooftalmolojik bulgular, progresif işitme kaybı, duyu değişiklikleri, postür, denge ve yürüme bozuklukları, bellek bozuklukları vb. nedenlerle de yaşlı bireyler ev kazaları açısından riskli gruba girmektedirler(Camilloni,2011). Kaza oluşumunda yaşlıların fonksiyonel kaybının yanı sıra, yaşadığı konut ortamındaki yetersizlikler, gerekli ergonomik önlemlerin alınmaması, kaza sebebine yönelik düşünceleri, daha önceki düşme deneyimi ve düşmeye ilişkin endişe ve düşme korkusu da önemli hazırlayıcı risk faktörlerindedir(Güner ve ark.2002,Kara ve ark,2009)Düşme korkusunun yaşlıda yaşam kalitesini etkilediği, düşmeler sonrası ise bağımsızlık ve güven kaybının geliştiği belirtilmektedir(Samancıoğlu ve ark,2010).

Yaşlının maruz kaldığı ev kazalarının önemli bir kısmının kolayca tespit edilebileceği ve ortadan kaldırılacak nedenlerle oluştuğu bilinmektedir. Bazı yaşlılar ev kazaları ve düşmelerin yaşlanmanın doğal bir parçası olduğunu düşünmektedirler. Buna bağlı olarak koruyucu önlemlerin alınmasında ihmalkâr davranabilmektedirler(Kara ve ark,2009).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ev kazaları sadece yaşlıda yol açtığı sağlık sorunları nedeniyle değil, yaşlının yaşam kalitesi ve halk sağlığı açısından da ayrıca önem arz etmektedir. İlgili literatürlerde yaşlının düşmesi sonrası ortaya çıkan yaralanmaları nedeniyle hastanede kalış süreleri, evde bakımı, bağımlılık düzeyi artmakta, tedavi ve bakım uygulamalarının yüksek maliyetlere neden olduğu bildirilmektedir(Samancıoğlu ve ark,2010).

Artan yaşam süresi ve yaşlı nüfusa paralel olarak yaşlı bireyin ev kazalarından korunmaya yönelik bilgi tutum ve becerisinin geliştirilmesi ve farkındalık düzeyinin artırılması, kazaların denetim altına alınmasında etkili olabilir. Ayrıca kazalardan koruyucu önlemlerin bilinmesi ve bunun bir davranış şekline dönüştürülmesi gerektiği unutulmamalıdır. Ev kazalarından korunma; kazaların özelliklerinin belirlenmesi, önlenmesine yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması ile başlar(Güner ve ark.2002,Samancıoğlu ve ark,2010,)Bu amaçla yaşlı sağlığının korunması için ekip çalışması, planlı ve devamlı hizmet sunumu önemlidir.

Halk sağlığı hemşiresi ve diğer birinci basamak sağlık kurumunda çalışan tüm sağlık çalışanlarının ev halkı üyelerine ev kazalarının önemi, eve ait tehlike ve riskler ile ilgili konularda sağlık eğitimi, danışmanlık ve rehberlik etmesi gereklidir.

Bu çalışma; yaşlı bireylerin ev kazaları sıklığı ve kaza kontrolüne yönelik aldıkları önlemlerin saptanması ve düşme korkusu ile aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanmış olan bu çalışmanın evrenini 01.01.2012 – 30.03.2012 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk ve Merkez Kampüslerinin tüm cerrahi ve dahili polikliniklerine kazalar ve düşme şikayetleri dışındaki sağlık sorunları nedeniyle başvuran 614 geriatrik birey oluşturmaktadır. Ancak çalışma 505 gönüllü birey üzerinden yapılmış olup gönüllü katılımcılar çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Çalışmaya, bilinci yerinde olan, iletişim kurabilen, yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağımlı olmayan 65 yaş ve üzeri bireyler dahil edildi.

Çalışmaya başlamadan önce ilgili kurumun birim sorumlularından izin alındı. Yaşlı bireylere çalışmanın amaç ve prosedürü hakkında bilgi verilerek onamları alındı.

Anket araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirildi. Veriler katılımcılara ait bazı sosyodemografik bilgiler, ev kazaları ve,kaza kontrolüne yönelik önlemlerin sorgulandığı güvenli yaşam için alınması gereken önlemler listesi(Güner ve ark.2002, Samancıoğlu ve ark,2010) ve düşme korkusunu saptayabileceğimiz Tinetti'nin düşmenin etkisi ölçeği (FES) (Uz,2008) aracılığıyla toplanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı =0.946dır. Tinetti ve arkadaşları düşme korkusunun ölçülebileceğinden yola çıkarak kişinin günlük aktiviteleri gerçekleştirirken düşmeyle ilişkili kişinin kendi etkinliği ya da güvenliğine bakarak yaşlı insanları değerlendirmek için Düşmenin Etkisi Ölçeğini geliştirmişlerdir. FES 10 maddelik bir ölçektir. Kişiler her soru için 0 (güvenli değil) ile 10 (çok güvenli) arasında bir puan verir ve tüm puanlar toplandığında 0 ile 100 arasında bir skor elde edilir. FES'in yürüme ve denge ile ölçümleriyle ilişkili mükemmel bir güvenilirliği vardır. En önemli FES'in korkudaki değişimlere olan duyarlılığı kanıtlanmıştır. FES'in güvenilirliği ve geçerliliği çalışmalarda gösterilmiştir (Uz,2008). Değişkenler Bireylere ait sosyodemeografik özellikler çalışmanın bağımsız değişkenleri olup, güvenli yaşam için alınması gereken önlemler listesi ve Tinetti'nin düşmenin etkisi ölçeği(FES) (Uz,2008) ise çalışmanın bağımlı değişkenleridir.

Sınırlılıklar: Çalışmanın tek merkezli olması, , yalnızca hastaneye başvuran çoğunlukla sosyal güvencesi olan bireylerden oluşması çalışmamızın sınırlılıklarıdır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların, yaşlılarda ev kazalarını önlemeye yönelik yapılan araştırmalarda ve eğitim programlarında hemşirelik ve diğer disiplinler tarafından kullanılması çalışmanın avantajlarındanıdır.

İstatistiksel analiz: Veriler bilgisayar ortamında yüzdellik, t- testi ve ANOVA testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınanların yaşlıların % 53,1'i 65-70 yaş grubunda, %50.3'ü erkek, %78.6'sı orta gelir grubunda, %66.3'ü Okur-yazar ve İlköğretim mezunu olup %88.1'i eşi ve çocuklarıyla beraber yaşamaktadır. Yaşlıların %75.2'sinin kronik bir hastalığı olduğu, %67.9'unun sürekli ilaç kullandığı,%44.4'ünün

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

görme, %33.3'ünün işitme sorunu, %59.2'sinin yürüme güçlüğü sorunu olduğu, %62.6'sının ise protez kullandığı, %76.4'ünün herhangi bir sağlık eğitimi almadığı belirlendi.

Son bir yılda %29.6'sı ev kazası geçiren yaşlıların en sık kış mevsiminde (%11.1) kaza geçirdikleri ve kazaya neden olan faktör olarak çoğunlukla baş dönmesi (%9.3) ve ayak takılmasını (%7.7) neden olarak gösterdikleri saptandı.

Yaşlıların ev kazalarından korunmak için aldıkları önlemler sorgulandığında % 51.5'inin hiçbir önlem almadığı, %48.5'inin önlem aldığı, alınan önlemlerden %80.6'sının zemine kaymayan halı serilmesi, %75.4 evdeki kabloların takılmaya ve düşmeye neden olmayacak şekilde düzenlenmesi, %77.1 oranında da ilaçların güvenli ve ışık almayan bir yerde saklanması şeklinde olduğu saptanmıştır.

Düşme korkusu ile kaza kontrolüne yönelik önlem alma arasındaki ilişkiye bakıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olduğu, düşme korkusu puan ortalamasının önlem alan grupta önlem almayan guruba göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($56.97 \pm 18.99, 60.83 \pm 22.60, t=2.086, p=0.037$).

Bu çalışmada demografik özellikler arasından yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, kiminle yaşadığı ile düşme korkusu (FES) ilişkisi incelenmiştir. Yaşlıların ortalama FES ölçek puanı 58.96 ± 20.99 olup %52.3'ü ortalamanın altında puan almıştır. Yaş ile düşme korkusu (FES) puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görüldü ($t=5.035, p=0.000$). Cinsiyet, medeni durum, kiminle yaşadığı, protez kullanımı ve ameliyat geçirme durumu, görme problemi olma, işitme sorunu olma ve unutkanlığı olanlar ile FES puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların okuryazar olmayanlara göre FES puanları ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksekti ($F=5.170, p=0.006$). Gelir düzeyi yüksek olanların puanı düşük olanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti ($F=5.112, p=0.006$).

Sağlık sorunları ve hala hazırdaki sağlık durumu ile düşme korkusu ilişkisi incelendiğinde, yürüme güçlüğü yaşayanların, güçsüzlük-bitkinlik hissedenenlerin, uykusu düzenli olmayanların ve sürekli ilaç kullananların FES puanları anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır (sırasıyla $p=0.035, p=0.000, p=0.004, p=0.002$). Kronik hastalığı olmayanların FES puan ortalamaları yüksek olup, bu anlamlılık özellikle endokrin sistem hastalığı olanlarda daha belirgin saptanmıştır ($p=0.005$).

Düşme varlığı ile düşme korkusu arasındaki ilişki incelendiğinde Son bir yıl içinde ev kazası geçirdiğini belirten yaşlıların FES puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.008$).

Tartışma ve Sonuç: Geriatrik bireylerde ev kazaları, bireylerin kaza kontrolüne ilişkin düşünce ve tutumları ve düşme korkusu sunun etkisini araştırmak üzere planlanan bu çalışmanın sonucunda yaklaşık her üç bireyden birinin (%29.6) son bir yıl içinde ev kazası geçirdiği, kazaya neden olan faktör olarak çoğunlukla baş dönmesi ve ayak takılmasını saptanmıştır. Yaşlıların yarısından fazlasının FES puan ortalamaları düşük olduğu yani her iki yaşlıdan birinin düşme korkusu yaşadığı saptanmıştır ($t=5.035, p=0.000$). Yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerin düşme kaygısının fiziksel ve mental güçsüzlüğe neden olduğu sıradan günlük aktivitelerde dahi sınırlamalara yol açtığı, bu iki durumun kısır bir döngüye dönüşebileceği belirtilmiştir. (Kara ve ar.2009) Erkal'ın çalışmasında ise 65 yaş ve üzerindeki kişilerin % 27.7'sinin son bir yıl içerisinde ev kazası geçirdiği saptanmıştır (Erkal S.) Hawk ve arkadaşları toplumda yaşayan yaşlıların son bir yıl içindeki düşme sıklığının % 44 olarak belirtmiştir. (Hawk C 2006).. Çalışma bulgularımız Erkalın sonuçlarıyla benzerlik göstermekte ancak diğer çalışma bulgularına göre. (Hawk C 2006) düşük oranlarda saptanmıştır. Çalışmada katılımcıların kaza kontrolüne yönelik davranışlarına bakıldığında önlem alma sıklığı açısından belirgin bir davranış farklılığı sergilemedikleri (önlem alan: % 48.5, önlem almayan: % 51.5) beklenenin aksine düşme korkusunun önlem alan grupta daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatürde yaşın bir risk faktörü olduğu ileri yaşta olan bireylerin düşmekten daha fazla korktukları belirtilmiştir (Erdem ve ark., 2004). Benzer şekilde çalışmamızda da yaş ile düşme korkusu arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu, yaş ilerledikçe düşme korkusunun arttığı saptanmıştır. ($t=5.035, p=0.000$). Çalışmamızda FES puanlarının eğitim düzeyi ve gelir seviyesi iyi olanlarda daha yüksek olduğu dolayısıyla bu gruptaki yaşlıların daha az düşme korkusu yaşadıkları belirlenmiştir. Erdem ve Emel (2004) çalışmalarında okuryazar olmayanlarda düşme korkusunun daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Yapılan literatür incelemesinde sürekli ilaç kullanımının düşmeler için majör risk faktörlerinden biri olduğu, çoklu ilaç kullanımında risk artışına yol açtığı belirtilmiştir (Tunçay ve ark. 2011). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da sürekli ilaç kullananların daha çok düşme korkusu yaşadıkları saptanmıştır ($p=0.002$). Son bir yıl içinde ev kazası

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

geçirdiğini belirten yaşlıların FES puanlarının aynı yıl içinde kaza deneyimi yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. ($p=0.008$).Bireyin var olan deneyiminin sağlığını ve yaşam kalitesini tehlikeye attığını düşündüğümüzde deneyimlenmiş kazanın yaşlıda düşme korkusu yaratması beklenen bir bulgu olarak düşünülmektedir. Düşme korkusunun düşme tehlikesi geçirmiş yada düşmüş yaşlı bireylerde görüldüğü bireyin günlük yaşam kalitesini bozduğu belirtilmektedir(Kara ve ark.2009,Erdem ve ark,2004).

Sonuç olarak, çalışmaya dahil olan geriatrik bireylerin üçte birinin son bir yıl içinde ev kazası geçirdikleri, yaşlıların yarısından fazlasının düşme korkusu yaşadıkları saptanmıştır. Demografik özelliklerden yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, ilaç kullanma, uyku düzeni, yürüme gücü, güçsüz-bitkin hissetme, kronik hastalığın varlığı ve ev kazası öyküsünün düşme korkusuyla ilişkili faktörlerden olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik girişimlerinin önemli bir parçası yaşlı bireylerin ev kazalarına yönelik riskli ve olumlu davranışlarını değerlendirmektir. Bu değerlendirmeler doğrultusunda ev kazalarını önlemeye, bireysel farkındalıkları artırmaya ve olumlu davranışlarını desteklemeye yönelik eğitim programlarının hazırlanması önemlidir. Evde izlem bu yaş grubu için uygun bir seçenektir. Ev kazası sıklığı ve nedenlerinin bilinebilmesi için ülke genelinde ev kazalarına ilişkin bir veri tabanının kurulması önemlidir. Ayrıca ev kazalarına yönelik riskli davranışları etkileyen faktörlerin daha detaylı incelenmesi için niteliksel çalışmalar ile farklı yaşlı popülasyonlarına yönelik araştırmalar yapılarak riskli davranışlar ile düşme sıklığının karşılaştırılması önerilebilir

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, ev kazaları, tutum ve davranışlar ,güvenli yaşam , düşme korkusu

Kaynaklar:

1-Güner P., Güler Ç.,(2002)Yaşlıların Ev Güvenliği Ve Denetim Litesi, TurkishJournalGeriatrics, Geriatri 5 (4): 150-154,

2-Marshall S.W, Runyan C, Yang J.(2005)Prevalance of Selected Risk and Protective Factors for Falls in the Home. Am J Prev Med; 28(1):95-101.

3- Camilloni L, A(2011)case-controlstudy on risk faktors of domesticaccidents in an elderlypopulation, Internationaljournal of injurycontrolandsafetypromotion, , 1-8

4- Kara B,Yıldırım Y,Genç A,Ekizler S(2009)Geriatrik ev ortamı ve yaşam memnuniyetinin değerlendirilmesi ve düşme korkusu ile ilişkisinin incelenmesi.Fizyoterapi rehabilitasyon.20(3):190-200

5- Samancıoğlu S.,Karadakovan A.,(2010)Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 13,

6- Uz S.,(2008)Geriatrik Hastalarda Düşme Risk Faktörlerinin Günlük Yaşam Aktivitelere ve Yaşam Kalitesine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu/Fizyoterapi Rehabilitasyon Programı, İstanbul,

7-Erkal S(2004).Kırıkkale Ovacık Mahallesinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üzerindeki Kişilerin Konutlarında Ev Kazalarına Karşı Önlem Alma Durumlarının İncelenmesi.Sağlık ve Toplum Dergisi.2004/4

8-Cheryl Hawk, John K Hyland, Ronald Rupert, Makasha Colonvega and Stephanie Hall' (2006)Assessment of balance and risk for falls in a sample of community-dwelling adults aged 65 and older.*Chiropractic & Osteopathy*,14:3 doi:10.1186/1746-1340-14-3

9-Erdem M,Emel F H(2004)Yaşlılarda mobilite düzeyi ve düşme Korkusu.Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.cilt 7.sayı,1.1-13

10-Tunçay S U,Özdinçler A R,Erdinçler D S(2011).Geriatrik Hastalarda düşme risk faktörlerinin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi.Turkish Journal of Geriatrics.14(3):245-252

12-Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı

404

15-49 YAŞ KADINLARDA ŞİDDET GÖRME ve DEPRESYON İLİŞKİSİ

Serap Ünal¹, Ferda Özyurda²

¹Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği, ²Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Doğurganlık dönemi, kadınların ruhsal sağlıklarını etkileyebilecek pek çok stres etkeni ile karşılaştıkları bir dönemdir. Bu stres etkenlerinden biriside şiddettir. 1993’de Dünya Sağlık Örgütü’nün “cinsiyete dayanan, kadını inciten ve zarar veren, fiziksel, cinsel ve ruhsal zararlarla sonuçlanan veya sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içinde veya özel yaşamında baskı ile özgürlüklerinin kısıtlanmasına yol açan her türlü davranış “ olarak tanımladığı kadına yönelik şiddet sıklığı dünyada % 15-71 arasında değişirken, Türkiye’de 2009 araştırmasına göre % 42’dir (1,2).Yine bu araştırmaya göre kadına yönelik şiddetin % 40.9’u tıbbi tedavi gerektiren yaralanmalarla sonuçlanırken; şiddete uğrayan kadınlarda görülen ruhsal belirtiler % 61’e ulaşmaktadır ve şiddet görmeyenlerin iki katı kadardır. Şiddet gören kadınlarda intihar eğilimi de şiddet görmeyenlerin 3 katı kadardır. Bu bağlamda, bu araştırma Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No’lu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 15-49 yaş arasında şiddet gören ve görmeyen kadınların Beck Depresyon Ölçeği’ne göre olası depresyon durumunun karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Nisan–Ağustos 2009 tarihleri arasında Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No’lu Sağlık Ocağı Bölgesinde yürütülmüş kesitsel bir çalışmadır. Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No’lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş grubu kadın nüfusu 1304’dür. Kadına yönelik şiddet prevalensine dayanılarak (%50) basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 300 (evli ve bekar) kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuş, 5 kadın daha önce depresyon tanısı aldığı için araştırma dışında bırakılmış yerine daha önce depresyon tanısı konulmamış 5 kadın alınmıştır. İlgili sağlık ocağı kayıtlarından kadınların adreslerine ulaşarak veri toplamak üzere ev ziyareti yapılmıştır. Araştırmacı tarafından kadınlar ile ilgili sosyo-demografik ve kültürel özellikleri, şiddete maruziyet oranını ve şiddet ile ilgili durumları belirlemek üzere oluşturulmuş anket formu ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Anket formunda bulunan şiddet türü ile ilgili sorularda, araştırma grubunda yer alan kadınlara önce şiddet türlerinin alt başlıklarından yola çıkılarak şıklar söylenmiş, daha sonra alınan yanıt doğrultusunda şiddetin türünün fiziksel, duygusal (psikolojik) ve cinsel şiddet olup olmadığı belirlenmiştir. Fiziksel, duygusal (psikolojik) ve cinsel şiddet türleri belirlenirken DSÖ’nün 2005 yılında 10 ülkenin 15 farklı bölgesinde 24.000 kadın üzerinde kadın sağlığı ve kadına yönelik aile içi şiddet konusundaki yürütmüş olduğu çoklu ülke araştırmasında yer alan fiziksel, duygusal (Psikolojik-sözel) ve cinsel şiddet türleri dikkate alınmıştır. Ölçeğin önceki geçerlik güvenilirlik çalışmasına dayanılarak (3), kişideki depresyon durumu için 17 puan kesme noktası olarak belirlenmiş, BDÖ≤17 puan ise depresyon yok, BDÖ>17 puan ise tıbbi destek almayı gerektirdiği için depresyon var olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışma için yapılan ölçeğin geçerlilik güvenilirlik analizinde örnekleme dahil olan tüm kadınlarda Cronbach alfa değeri $\alpha=0,80$ olarak bulunmuştur. İstatistiksel analizde SPSS (16.0) yazılım programının kullanılmış, Ki-kare, Student-t testi, çalışma verileri değerlendirilirken niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılacak olan kadınların aydınlatılmış onamı alınarak, veri toplama bizzat araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma sonucunda kadınların %37,7’sinin ilkökul mezunu olduğu, %72,0’ının herhangi bir işte çalışmadığı, %91,3’ünün evli olduğu, % 14.3’ünün sosyal güvencesinin olmadığı, %6,3’ünün ailesinin aylık ortalama gelirinin asgari ücret kadar olduğu olduğu, % 72’sinin ise 1.000-2000 TL arasında değiştiği belirlenmiştir. Kadınların % 74.7’si apartmanda, % 25.3’ü gecekonduda oturmaktadır. Kadınların eşlerinin % 19.7 si ilkökul, % 65.7 si ortaokul ve lise mezunudur. Kadınların % 87.4 ü 6 yıldan fazla süredir evlidir ve % 36.1 anlaşarak evlenmiş iken % 63.9’u görücü usulüyle evlenmiştir, % 55.5’u iki çocuk sahibidir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Kadınların %40'ı son bir yıl içerisinde aile içi şiddete maruz kaldığını ve bunların %78'i halen şiddet gördüğünü ifade etmiştir. Şiddete maruz kalanların %41,7'sinin sadece duygusal (psikolojik/sözel) şiddete, % 9.2 sinin sadece fiziksel, % 3.3 ünün sadece cinsel şiddete ancak % 45.8 inin şiddet türlerine birlikte maruz kaldıkları belirlenmiştir. Kadınların %72,0'sinin eşinden şiddete maruz kaldığı, %47,0'ının şiddet uygulanma sıklığı için "2-3 ayda bir, yıl içinde birkaç kere ve belli olmuyor" yanıtını verdiği, %45,8'inin maruz kaldığı şiddet sonrası tepkisiz kaldığı, %81,7'sinin şiddet sonrası ruhsal sağlık problemleri yaşadığı, % 6,7'sinin kadınların şiddeti hakettiğini, gerekçe olarak da eşe ihanet etmeyi (5 kadın), temizlik ve yemek yapmamayı (3 kadın), eşten habersiz aile ve/veya arkadaşların yanına gitmeyi (4 kadın) gösterdikleri saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 12,79±7,231; son bir yıl içerisinde şiddet gören kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 16,42±7,980 şiddet görmeyen kadınların ise Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 10,38±5,509 olarak bulunmuştur. Şiddet gören kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması görmeyenlere göre anlamlı ölçüde yüksektir (p<0.05)

Araştırmaya katılan kadınların Beck Depresyon Ölçeğine göre %17,3'ünün olası depresyon tanısı aldığı, şiddete maruz kalan kadınların %30,8'inin olası depresyon tanısı aldığı, şiddete maruz kalmayan kadınların %8,3'ünün olası depresyon tanısı aldığı görülmüştür. Şiddet görenlerde depresyon anlamlı ölçüde fazladır (p<0,05).

Lojistik regresyon analizi yapılarak depresyonla şiddet görme ilişkisinin gücünü gösteren tahmini rölatif risk (OR): 4,890 olarak hesaplanmış, yani şiddete bağlı olası depresyon oranı şiddete bağlı olmayan olası depresyon oranından yaklaşık 5 kat fazla bulunmuştur.

Kadınlarda şiddet görme ve diğer değişkenlerin depresyon prevalensiyle ilişkisi değerlendirilmiş; kadınların şiddet görüyor olması, kadının 30 yaşından büyük olması, öğrenim düzeyinin düşük olması, evli olması, ev hanımı çalışmıyor olması, sosyal güvenceye sahip olması, geniş ailede yaşıyor olması, gecekonduda yaşıyor olması, köyden gelmiş olması, eşinin öğrenim düzeyinin düşük olması, evlilik süresinin 5 yıldan uzun olması, görücü usulü ile evlenmiş olması ve çocuk sahibi olması gibi sosyo-demografik faktörlerin olası depresyon tanısı alma durumunu arttırdığı belirlenmiştir(p<0.05) Ancak, şiddet görme durumu ile birlikte incelendiğinde; bu faktörlerle beraber şiddet görmenin depresyon durumunu etkileyen belirleyici faktör olduğu saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Dünya ve Türkiye'de yapılan birçok çalışmada şiddete maruz kalan kadınlarda ruh sağlığı bozukluklarının belirgin olarak fazla olduğu saptanmıştır (1,2,4,5). BDÖ'ye göre olası depresyon tanısı alma durumunu arttıran faktörlerle araştırmamızda incelenen faktörler literatürle uyumludur, ancak önemli olan olası depresyon tanısı alma durumunda şiddet görmenin diğer değişkenlere göre etkili bulunması olmuştur. Araştırmamızda şiddete maruziyet kadınlarda olası depresyon tanısı almada belirleyici bir faktör olduğuna göre; kadınlar için şiddete maruziyetin bir kader olmadığı buna karşı mücadele yolları, yasal hakları konusunda eğitim programları geliştirilmesi, kadına yönelik şiddetin önlenmesi için caydırıcı yasal düzenlemelerin yapılmasının yanında uygulanmasının, konu ile ilgili olan tüm kurum ve çalışanlarının davranış değişikliğinin sağlanması, toplumsal cinsiyet algısı, kadına yönelik şiddet, ruh sağlığı, depresyonu tanılama gibi konularda eğitilmesi ve başta sağlık çalışanları olmak üzere toplumun tüm bireylerinin yeni kuşakların eğitim programlarında konunun öncelikle ele alınması önemlidir. Kadınlarda şiddet kaynaklı depresyonun erken tanı ve tedavisi için toplum tabanlı sağlık programlarının geliştirilmesine, koruyucu ve tedavi edici hizmetlere hız verilmelidir. Depresyon semptomları ile sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlarda şiddetin de sorgulanması sorunun çözümünde önemli katkı sağlayacaktır. Kadınların ruh sağlığının korunması, onların yetiştirdiği çocukların ve gelecek kuşakların ruh sağlığının iyileştirilmesi olacağı unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Beck Depresyon Ölçeği, Kadına Yönelik Şiddet, Depresyon

Kaynaklar:

1.WHO. (2007). The World Report on Violence & Health, Erişim: [http://www.who.int/violenceinjuryprevention/violence/worldreport/en/index .html]. Erişim Tarihi: 01.03.2009

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

2.HacettepeUniversity Institute of Population Studies, National Research on Domestic Violence against Women in Turkey , Ankara, 2009

3.Hisli, N. (1988) Beck depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma, Türk Psikoloji Dergisi, 7:3-13.

4.Hegarty K. Et all. (2004) Association Between Depression and abuse of women attending general practice: Descriptive, Cross Sectional Survey, British Medical Journal, March, 13:621-624

5. Kelleci ve ark., (2009), Eş şiddetinin Kadınların Ruh Sağlığına Etkileri., Türkiye Klinikleri J. Med Sci., 29(6):87-93

400

15-49 YAŞ ŞİDDET GÖREN VE GÖRMİYEN KADINLARDA DEPRESİF ÖĞE YÜKÜ

Serap Ünal¹, Ferda Özyurda²

¹Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği, ²Ankara Üniver4sitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Doğurganlık dönemi, kadınların ruhsal sağlıklarını etkileyebilecek pek çok stres etkeni ile karşılaştıkları bir dönemdir. Bu stres etkenlerinden biriside şiddettir. 1993’de Dünya Sağlık örgütünün “cinsiyete dayanan, kadını inciten ve zarar veren, fiziksel, cinsel ve ruhsal zararlarla sonuçlanan veya sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içinde veya özel yaşamında baskı ile özgürlüklerinin kısıtlanmasına yol açan her türlü davranış “ olarak tanımladığı kadına yönelik şiddet sıklığı dünyada % 15-71 arasında değişirken, Türkiye’de 2009 araştırmasına göre % 42 dir (1,2).Yine bu araştırmaya göre kadına yönelik şiddetin % 40.9’u tıbbi tedavi gerektiren yaralanmalarla sonuçlanırken; şiddete uğrayan kadınlarda görülen ruhsal belirtiler % 61 ‘e ulaşmaktadır ve şiddet görmeyenlerin iki katı kadardır. Şiddet gören kadınlarda intihar eğilimi de şiddet görmeyenlerin 3 katı kadardır. Bu bağlamda, bu araştırma Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No’lu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 15-49 yaş arasında şiddet gören ve görmeyen kadınların Beck Depresyon Ölçeği’ne göre depresyon öge yükünün karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Nisan –Ağustos 2009 tarihleri arasında Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No’lu Sağlık Ocağı Bölgesinde yürütülmüş kesitsel bir çalışmadır. Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No’lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş grubu kadın nüfusu 1304’dür. Kadına yönelik şiddet prevalensine dayanılarak örneklem hacmi belirlenmiş ve basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 300 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak kadınların sosyo-demografik ve kültürel özelliklerini belirlemeye yönelik 29 sorudan oluşan anket formu ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin önceki geçerlik güvenirlik çalışmasına dayanılarak (3), kişideki depresyon durumu için 17 puan kesme noktası olarak belirlenmiş, BDÖ≤17 puan ise depresyon yok, BDÖ>17 puan ise depresyon var olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışma için yapılan ölçeğin geçerlilik güvenirlik analizinde örnekleme dahil olan tüm kadınlarda Cronbach alfa değeri $\alpha=0,80$ olarak bulunmuştur. İstatistiksel analizde SPSS (16.0) yazılım programının kullanılmış, Ki-kare, Student-t testi, çalışma verileri değerlendirilirken niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılacak olan kadınların aydınlatılmış onamı alınarak, veri toplama bizzat araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma sonucunda kadınların %37,7’sinin ilkökul mezunu olduğu, %72,0’ının herhangi bir işte çalışmadığı, %91,3’ünün evli olduğu, % 14.3 ünün sosyal güvencesinin olmadığı, % 6,3’ünün ailesinin aylık ortalama gelirinin asgari ücret kadar olduğu olduğu, % 72 sinin ise 1.000- 2000 TL arasında değiştiği belirlenmiştir. Kadınların % 74.7 si apartmanda, % 25.3 ‘ü gecekonduda oturmaktadır. Kadınların eşlerinin % 19.7 si ilkökul, % 65.7 si ortaokul ve lise mezunudur. Kadınların % 87.4 ü 6 yıldan fazla süredir evlidir ve % 36.1 anlaşarak evlenmiş iken % 63.9’u görücü usulüyle evlenmiştir, % 55.5 u iki çocuk sahibidir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Kadınların %40'ı son bir yıl içerisinde aile içi şiddete maruz kaldığını ve bunların % 78'i halen şiddet gördüğünü ifade etmiştir. Şiddete maruz kalanların %41,7'sinin sadece duygusal (psikolojik/sözel) şiddete, % 9.2 sinin sadece fiziksel, % 3.3 ünün sadece cinsel şiddete ancak % 45.8 inin şiddet türlerine birlikte maruz kaldıkları belirlenmiştir. Kadınların %72,0'sinin eşinden şiddete maruz kaldığı, %47,0'ının şiddet uygulanma sıklığı için "2-3 ayda bir, yıl içinde birkaç kere ve belli olmuyor" yanıtını verdiği, %45,8'inin maruz kaldığı şiddet sonrası tepkisiz kaldığı, %81,7'sinin şiddet sonrası ruhsal sağlık problemleri yaşadığı, % 6,7'sinin kadınların şiddeti hakettiğini belirttiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 12,79±7,231 iken; son bir yıl içerisinde şiddet gören kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 16,42±7,980 şiddet görmeyen kadınların ise Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 10,38±5,509 olarak bulunmuştur. Aradaki fark anlamlıdır (p<0.001). Yine son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalan kadınların olası depresyon tanısı alma oranı % 30.8 iken, kalmayanları % 8.3 dür ve şiddet görenlerde depresyon anlamlı ölçüde fazladır (p<0,05).

Kadınlarda şiddet görme, kadının 30 yaşından büyük olması, öğrenim düzeyinin düşük olması, evli olması, ev hanımı çalışmıyor olması, sosyal güvenceye sahip olması, geniş ailede yaşıyor olması, gecekonduda yaşıyor olması, köyden gelmiş olması, eşinin öğrenim düzeyinin düşük olması, evlilik süresinin 5 yıldan uzun olması, görücü usulü ile evlenmiş olması ve çocuk sahibi olması gibi sosyo-demografik faktörler depresyon öge yükünü etkilemektedir. Ancak, şiddet görme durumu ile birlikte incelendiğinde; şiddet görenlerde bu faktörlerle beraber şiddet görme durumu depresif öge yükünü arttıran belirleyici faktördür.

Tartışma ve sonuç: Dünya ve Türkiye'de yapılan birçok çalışmada şiddete maruz kalan kadınlarda ruh sağlığı bozukluklarının belirgin olarak fazla olduğu saptanmıştır(1,2,4,5). Depresif öge yükünü arttıran faktörlerle araştırmamızda incelenen faktörler literatürle uyumludur, ancak önemli olan şiddet görmenin her faktörde etkili bulunması olmuştur. Buna dayanarak, kadına yönelik şiddetin önlenmesi için caydırıcı yasal düzenlemelerin yapılmasının yanında uygulanmasının, konu ile ilgili olan tüm kurum ve çalışanlarının davranış değişikliğinin sağlanması, toplumsal cinsiyet algısı konusunda toplumun tüm bireylerinin eğitilmesi ve yeni kuşakların eğitim programlarında konunun öncelikle ele alınması önemlidir. Kadınların ruh sağlığının korunması, onların yetiştirdiği çocukların ve gelecek kuşakların ruh sağlığının iyileştirilmesi olacağı unutulmamalıdır.

Kaynaklar:

1. WHO. (2007). The World Report on Violence & Health, Erişim: [<http://www.who.int/violenceinjuryprevention/violence/worldreport/en/index.html>]. Erişim Tarihi: 01.03.2009
2. Hacettepe University Institute of Population Studies, National Research on Domestic Violence against Women in Turkey , Ankara, 2009
3. Hisli, N. (1988) Beck depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma, Türk Psikoloji Dergisi, 7:3-13.
4. Hegarty K. Et all. (2004) Association Between Depression and abuse of women attending general practice: Descriptive, Cross Sectional Survey, British Medical Journal, March, 13:621-624
5. Kelleci ve ark., (2009), Eş şiddetinin Kadınların Ruh Sağlığına Etkileri., Türkiye Klinikleri J. Med Sci., 29(6):87-93

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Kadına Yönelik Şiddet, Beck Depresyon Ölçeği

Not: Bu çalışma ile ilgili olabilecek biçimde her hangi bir kurum ya da kuruluşla çıkar ilişkisi içerisinde olmadığımızı, bildirinin poster olarak kabul edilmesi halinde, Kongre kitabında ve HASUDER'e ait sitelerde elektronik ortamda yayınlanmasına ilişkin izni, telif hakkı istemeksizin vermiş olduğumuzu bildiririz.

18-49 YAŞ EVLİ KADINLARIN İSTEMLİ DÜŞÜĞE BAKIŞ AÇILARI

Zeynep Baykan¹, Fevziye Çetinkaya², Melis Naçar¹, Serpil Poyrazoğlu³

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Eğitimi AD, ²Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı AD, ³Talas Sağlık Grup Başkanlığı,

Giriş-Amaç: Nedenleri birbirinden farklı olsa da istemli düşük dünyada farklı statüdeki tüm kadınlar arasında yaygındır. Günümüzde küresel olarak gerçekleşen gebeliklerin yaklaşık %20'si istemli düşükle son bulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre gelişmekte olan ülkelerde bu düşüklerin çok büyük bir oranı güvensiz koşullarda gerçekleşmekte ve anne ölümlerinin %13'üne neden olmaktadır. Dünyada yılda bu nedenle 68.000 kadın ölmekte; ayrıca, milyonlarca kadın düşüğe bağlı ölümcül olmayan komplikasyonlar ve sekeller yaşamaktadır. Güvensiz düşükler sağlık sistemi için de yüksek maliyetlere neden olmakta güvensiz bir düşük sonucunda hastaneye yatırılan bir hastanın günlük maliyeti, günlük kişi başı sağlık bütçesinin 2500 katından fazla olabilmektedir. Uygun ekipman, doğru teknik ve temizlik standartları ile eğitilmiş sağlık hizmet sunucular tarafından gerçekleştirildiği zaman düşük çok az risk taşıyarak gerekli beceriden yoksun kişiler tarafından veya asgari tıbbi standartları bile taşımayan ortamlarda ya da her ikisi birlikte iken gerçekleşen düşükler pek çok riski beraberinde getirmektedir.

Dünyada istemli düşük için değişik uygulamalar mevcuttur. Bazı ülkelerde tamamen serbestken, bazılarında tıbbi, psikolojik ve sosyal nedenlerle izin verilmektedir. İstemli düşüğün tamamen yasaklandığı veya belli şartlarda izin verildiği ülkelerde de güvensiz düşükler yaygındır. Türkiye' de "2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" ile 10 haftaya kadar olan gebeliklerde istemli düşük eşlerin rızasıyla uzman veya denetiminde eğitilmiş hekimler tarafından yapılabilmektedir.

Bu çalışmanın amacı Kayseri ili Talas ilçesinde 18-49 yaş evli kadınların istemli düşüğe bakış açılarını saptamak ve istemli düşük yapma durumlarını değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Bu araştırma 1-15 Ekim 2011 tarihleri arasında Kayseri ilindeki merkez ilçelerden Talas'da yürütülmüş tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Çalışma ilçe merkezindeki üç Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) yürütülmüştür. Çalışmada herhangi bir örneklem alınmamış, herhangi bir nedenle ASM'ye başvuran ve görüşmeyi kabul eden 18-49 yaş arası evli kadınlara anket uygulanmıştır. Bu dönemde başvuran 550 kadından 419'u (%76.2) araştırmaya katılmıştır. Çalışma için Erciyes Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Ankete başlamadan önce kadınlara araştırmanın içeriği açıklanmış ve her birinden yazılı onam alınmıştır. Veriler kadınlarla yüz yüze görüşülerek önceden eğitilmiş ebe/hemşireler aracılığı ile toplanmıştır. Anketteki cevap vermek istemedikleri soruları boş bırakabilecekleri belirtilmiştir. Çalışmada kullanılan anket araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır. Anket istemli düşüğü olmayan kadınlar için 39 sorudan, istemli düşüğü olan kadınlar için 55 sorudan oluşan bir formdur. Ankette kadınların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular, aile planlaması yöntemlerinin günah olup olmadığını düşünmelerine yönelik sorular, istemli düşükle ilgili ülkemizdeki mevcut duruma yönelik bilgi soruları ve istemli düşüğe yönelik tutumlarını sorgulayan sorular mevcuttur. Bunun yanında istemli düşüğü olan kadınlara bu düşüklerine yönelik sorular sorulmuştur.

Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklerde t testi ve ki kare testi kullanılmış, p değeri <0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 419 kadının yaş ortalaması 34.0±7.7 ve ortalama eğitim yılları 9.1±3.7 yıldır. Eşlerinin yaş ortalaması 38.1±7.8 yaştır. Eşlerin eğitim yılı ortalamaları arasında fark bulunmuştur ve erkeklerin eğitim yılları kadınlardan daha yüksektir (10.4±3.7 yıl, p<0.001). Katılımcıların % 75.7'si ev hanımıdır. Kadınların %5.3'ünün sadece dini nikahı vardır. 65 kadın akraba evliliği yapmıştır. Akraba evliliği yapan kadınların 56'sı akrabalık derecesini belirtmiştir ve bu kadınların %58.9'u birinci derece akrabaları ile evlidir.

Araştırmaya katılan kadınların ilk evlilik yaş ortalaması 20.8±3.6'dır. Toplam gebelik sayısı ortalaması 2.5±1.5'dir. Kadınlara ileride başka çocuk isteyip istemedikleri sorulduğunda %25.1'i istediğini, %61.1'i istemediğini, %12.2'si bilmediğini söylemiş ve yedi kişi soruya cevap vermemiştir. İdeal çocuk sayısı sorulduğunda kadınların %45.3'ü üç, %41.7'si iki olarak cevap vermiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışmaya katılan kadınlara “aile planlamasında asıl sorumluluk kimde olmalıdır” diye sorulduğunda cevap veren 417 kadının % 8.6’sı kadında, %7.2’si erkekte ve %84.2’si her ikisinde birlikte olması gerektiğini söylemiştir. “Aile planlamasında kullanılacak yöntem kim karar vermelidir” diye sorulduğunda da cevap veren 418 kadının %10.8’i kadının, %3.3’ü erkeğin ve %85.9’u her ikisinin karar vermesi gerektiğini söylemiştir. Şu anda katılımcıların %22.5’i herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır. Kullanmama nedenlerine bakıldığında en sık neden kadının gebe olmasıdır (25 kadın). Yöntem kullanan kadınların kullandıkları ilk üç yöntem kondom, RİA ve geri çekmedir. Geri çekme yöntemi kullanım oranı %16.1’dir. Bu yöntemi kullanan kadınlara neden bu yöntemi tercih ettikleri sorulduğunda en sık belirtilen ilk üç neden modern yöntemlerin yan etkileri ile ilgili çekinceler, geleneksel yöntemin zararsız olduğuna inanma, kullanımın kolay olduğunu düşünme ve eş isteği olmuştur. Modern yöntem kullanan kadınların tercih ettikleri ilk üç yöntem kondom, RİA ve hap olmuştur.

Çalışmada aile planlaması yöntemlerinin günah olup olmadığı ile ilgili hem kendi hem de eşlerinin düşünceleri sorulmuştur. Kadınların %24.1’i eşlerinin %17.2’si tüp ligasyonunu, kadınların %25.5’i ve eşlerinin %17.4’ü vazektomiye günah olarak düşündüklerini belirtmişlerdir.

Kadınlara istemli düşük yaptırmanın günah olup olmadığına ilişkin düşünceleri sorulduğunda; %80.7’si istemli düşüğün günah olduğunu, %76.1’i istemli düşüğe izin veren eşin de günah işlediğini, %46.1’i bebek engelli doğacaksa bile istemli düşüğe izin vermenin günah olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. İstemli düşüğün günah olduğunu düşünen kadınlara bunun neden günah olabileceği sorulduğunda kadınların %74.9’u “bir cana kıyıldığı için günahdır” diye cevap vermişlerdir. Ülkemizde istemli düşük yaptırabilmek için yasal bir süre olup olmadığı sorulduğunda 230 kadın (%54.9) olduğunu, 121 kadın (%28.9) olmadığını ve 53 kadın (%12.6) bilmediğini söylemiştir. 15 kadın ise soruya cevap vermemiştir. Yasal bir süre olduğunu söyleyenlerin cevapları 2 ila 16 hafta arasındadır. 10 hafta olarak doğru cevap veren 77 kadın vardır. “Eş izni olmadan istemli düşük yaptırılabilir mi” diye sorulduğunda 107 kadın “evet”, 290 kadın “hayır” ve 6 kadın “bilmiyorum” diye cevap vermiş ve 16 kadın soruya cevap vermemiştir.

Kadınlara bazı önermeler verilip katılma durumları sorulduğunda; “bir çocuk büyütüp büyüttemeyeceğine karar vermek kadının doğal hakkıdır” önermesine kadınların %55.1’i katılmakta, %24.7’si kısmen katılmaktadır. “İstemli düşük ahlaki/dini değerlere ters düşer” önermesine %65.5’i katılmakta, %20.4’ü kısmen katılmaktadır. Kadınların %37.9’u “devlet gebeliğin sonlandırılmasına karışmamalıdır” önermesine katılmakta; %22.8’i kısmen katılmaktadır.

Kadınlara kendi bebeklerinde bir anomali olduğu söylendiğinde istemli düşük yaptırıp yaptırmayacakları sorulmuş; %20.0’i yaptırabileceğini, %47.3’ü yaptırmayacağını ve %32.7’si emin olmadığını söylemiştir. “Gebeliğin sizin sağlığını bozacağı söylenirse istemli düşük yaptırır mısınız” diye sorulduğunda da kadınların %35.1’i yaptıracağını, %26.3’ü yaptırmayacağını ve %38.7’si emin olmadığını söylemiştir.

Araştırmaya katılan kadınlara istemeden gebe kalarak doğurdıkları bir çocuk olup olmadığı sorulduğunda cevap veren 407 kadının %16.5’i olduğunu söylemiştir.

Kadınların 58’inin (%12.7) istemli bir düşüğü olmuştur. “Gebe kaldığınızda hangi yöntemi kullanıyordunuz” diye sorulduğunda en sık verilen yanıt kondom ve geri çekme olmuştur. Bu kadınların %81.0’ı (47 kadın) bir kez, %13.8’i (8 kadın) iki kez, %3.4’ü (2 kadın) üç kez ve %1.7’si (1 kadın) beş kez istemli düşük yapmıştır. İstemli düşüğü olan kadınlarda olmayan kadınlarda istemli düşüğün günah olduğunu düşünmektedir. İstemli düşüğü olan kadınların 5’i anne sağlığı tehlike olduğu için ve 5’i de bebekte bir hastalık olduğu söylendiği için istemli düşük yapmışlardır. En çok belirtilen nedenler ise zamansız bir gebelik olması, ekonomik nedenler ve yeterli sayıda çocuğu olduğunu düşünmedir.

Tartışma-Sonuç-Öneriler: TNSA (2008) verilerine göre isteyerek düşük yapma oranı %11’dir. Çalışmamızda kadınların 58’inin (%12.7) istemli bir düşüğü olduğu bulunmuştur. Ülkemizde geçmiş yıllara göre istemli düşük oranlarının azaldığı görülmektedir (1,3). İstemli düşüğü olan kadınların en çok belirttikleri nedenler; gebeliğinin zamansız olması, ekonomik nedenler ve yeterli sayıda çocuğu olduğunu düşünmedir. Bu sonuç yapılan diğer çalışmalarla benzerdir (2,3). Çalışmamızda ideal çocuk sayısı sorulduğunda kadınların %45.3’ü üç, %41.7’si iki olarak cevap vermiştir. TNSA (2008) verilerine göre bu oranlar iki çocuk için %50.6, üç çocuk için %20.5’dir (1). Bu sonuçlara dayanarak ülkemizde bu konuda bir değişim yaşandığı söylenebilir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Aile planlaması yöntemi olarak modern yöntemlerin seçilmesi ve bu yöntemlerin doğru kullanılması istenmeyen gebelikleri önleyecektir. Ancak araştırma grubumuzdaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri arasında %16.1'i ile geri çekme yöntemi ilk üç arasında yer almaktadır. Tercih nedeni olarak da; modern yöntemlerin yan etkileri ile ilgili çekinceler, geleneksel yöntemin zararsız olduğuna inanma, kullanımın kolay olduğunu düşünme ve eş isteği belirtilmiştir. Geri çekme yönteminin kullanım oranı çalışmamızda diğer çalışmalara göre düşük bulunmuştur (1, 4, 5). Modern yöntemler içinde geri dönüşümsüz yöntemler olarak nitelendirilen tüp ligasyonu (kadınların %24.1'i eşlerinin %17.2) ve vazektomi (kadınların %25.5'i ve eşlerinin %17.4'ü) günah olarak belirtilmektedir. Modern yöntem kullanımını engelleyen bu düşüncelerin değiştirilmesine yönelik politikalar geliştirilmelidir.

İstmeden gebe kalmak ve bir çocuk doğurmak psiko-sosyal boyutu olan bir sorundur. Bu durumda gebelik, doğum komplikasyonları, anne ve bebek morbidite ve mortalitesinde artışlar olmaktadır. Araştırmaya katılan kadınlara istmeden gebe kalarak doğurdıkları bir çocuk olup olmadığı sorulduğunda soruya cevap veren 407 kadının %16.5'i olduğunu söylemiştir. 2008 TNSA' da araştırma tarihinden önceki son beş yıllık dönem içerisinde gerçekleşen doğumların %18'inin istenmediği görülmektedir (1).

Sonuç olarak, araştırma grubumuzdaki kadınların düşüğe bakış açıları manevi, ahlaki ve sosyal açıdan değerlendirildiğinde çoğunluğunun gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının uygun olmadığı düşüncesinde oldukları görülmektedir. Buna rağmen; kadınlar aynı zamanda doğurganlığa karar vermenin kadının doğal hakkı olduğunu ve devletin gebeliğin sonlandırılmasına müdahale etmemesi gerektiğini de düşünmektedirler.

Bu nedenle istmeden gebe kalmayı önleyecek modern yöntem kullanımının önündeki engellerin giderilmesi, modern yöntemlerin doğru kullanılmasını sağlayacak eğitimlerin verilmesi ve istemli düşüklerle ilgili şu anki yasal durumun devam etmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: istemli düşük, 18-49 yaş kadın, aile planlaması

Kaynaklar:

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2009.
2. Erol N, Ergin I, Döner B, Onmuş R, Şakru N, Kırcı Ü. İzmir Konak Doğumevi'ne istemli düşük için başvuran kadınların doğurganlık öyküleri ve aile planlaması davranışları. Ege Tıp Dergisi 2003; 42 (3): 155-160.
3. Şahin S, Cevahir R, Sözeri C. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne isteğe bağlı kürtaj için başvuran kadınların değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(1): 17-32.
4. Gerçek H, Pala K. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'nde 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemi kullanımındaki değişim (2002-2009). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2011; 37 (1) 21-26.
5. Bostancı MH. Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki bir ilçede kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemleri için bilgi kaynakları ve istenmeyen gebeliklerle ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi 2011; 38(2):202-7.

245

ADOLESAN GEBELERİN GEBELİK VE DOĞUM SORUNLARI VE BUNLARIN YENİDOĞANA ETKİLERİ

Selvet Battal

Gönen Devlet Hastanesi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaş grubu “Adolesan” yaş grubu olarak, 15-24 yaş grubu ise “Genç” grubu olarak tanımlanmaktadır. Ülkelerde nüfusun %20-25’ini adolesan grup oluşturmaktadır. Yani her beş kişiden birisi adolesan yaş grubundadır. Her ne kadar adolesan dönem, belirli bir yaş grubu ile sınırlandırılmaya çalışılsa da bu pek mümkün değildir. Çünkü biliniyor ki; cinsiyet, ırk, hormonal özellikler, ailesel özellikler, beslenme ve çevresel uyarılar adolesan döneme girişi etkilemektedir. Adolesan dönemin en önemli özelliği çocukta, daha önceden olmayan birtakım değişikliklerin hem bedensel hem de ruhsal olarak ortaya çıkmasıdır. Adolesanlarda meydana gelen bu değişikliklerle birlikte birtakım sorunlarda ortaya çıkmaktadır. Özellikle adolesanların cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda çok fazla sorun olduğu görülmektedir. Erken evlilik, erken yaşta cinsel ilişki, erken gebelik bu sorunlardan en önemlileridir. Günümüzde ilk seksüel ilişki yaşı gittikçe azalmakta, adolesan gebelik oranı ise artmaktadır.

Amaç: Bu çalışma, Gönen Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniğine ve Doğumhane Bölümü’ne başvuran adolesan gebelerin sağlık durumlarını, gebelik ve doğum sırasında yaşadıkları sorunları, bu sorunların yenidoğan üzerindeki etkilerini saptamak ve adolesan gebeleri cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgilendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu çalışma, Gönen Devlet Hastanesi’nde yapılmıştır. Veriler 15 Mayıs-31 Mayıs 2012 tarihleri arasında Gönen Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisindeki hasta kayıtlarından, doğum kayıtlarından ve hastalarla yapılan görüşme formlarından toplanmıştır. Araştırmanın evrenini 01.01.2012 tarihinden 31.05.2012 tarihine kadar hastaneye başvuran 55 adolesan gebe oluşturmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde kesikli değişkenler için yüzdeler, sürekli değişkenler için aritmetik ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya alınan 55 adolesan gebenin %16,3’ü 16 yaş grubunda, %7,2’si 17 yaş grubunda, %32,7’si 18 yaş grubunda ve %43,6’sı 19 yaş grubundadır. Araştırmaya alınanların yaş ortalaması 18,12 olarak saptanmıştır.

Çalışmada ele aldığımız adolesan gebelerin eğitim durumları, sosyal güvenceleri, geçirmiş oldukları gebelik sayıları, doğum öncesi bakım alma durumları, gebelikleri boyunca yaşadıkları sağlık problemleri, doğum şekilleri ve yenidoğan üzerindeki etkileri incelenmiştir.

Gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında öğrenim düzeyinin erken yaşta evlenip gebelik oluşması üzerinde önemli derecede etkili olduğu ve genellikle düşük öğrenim düzeyli adolesanların bu tür problemlerle karşılaştığı saptanmıştır. Araştırmada incelenen gebelerin %20’sinin okur-yazar olmadığı, %7,2’sinin okula gitmediği halde okur-yazar olduğu, %54,5’inin ilkököl mezunu olduğu ve %18,3’ünün ortaokul veya lise düzeyi eğitim aldığı görülmüştür.

Adolesan gebelerin %38,2’sinin herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. %36,3’ü yeşil kartlı, %18,3’ü SSK’lı, %7,2’si ise Bağ-Kur’ludur.

55 adolesan gebenin geçirmiş oldukları gebelik sayısı sorulmuş olup; %89’unun ilk gebelik, %11’inin ise çoklu gebelik yaşadığı saptanmıştır.

İzlemeye aldığımız 55 adolesan gebenin son gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım alma durumları incelendiğinde; %27,2 oranında gebenin hiç doğum öncesi bakım almadığı, %54,5’inin yetersiz doğum öncesi bakım aldığı, %18,3’ünün ise yeterli doğum öncesi bakım aldığı görülmüştür. Hiç doğum öncesi bakım almayan gebelerin çoğunluğunda kırsal kesimde yaşama, sağlık hizmetlerine ulaşamama, bilgisinin olmaması gibi faktörlerin var olduğu saptanmıştır.

Gebelik sırasında 18 (%32,7) adolesan gebenin gebeliğinde herhangi bir sağlık problemi ortaya çıkmamışken, en sık görülen sağlık problemlerinin, %29’unda kanama sonrası düşük, %18,3’ünde anemi, %11’inde fetal anomali, %5,4’ünde Rh uyumsuzluğu ve %3,6’sında preeklampsi şeklinde olduğu saptanmıştır.

55 gebeliğin %54,5’i normal doğum, %29’u düşük, %16,5’i ise sezeryan doğum ile sonuçlanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Adolesan annelerden doğan bebeklerin ise %76,9'u normal doğum ağırlıklı iken %23,1'i düşük doğum ağırlıklıdır.

Tartışma: Çalışmamız sonuçlarına göre; Gönen ve çevresindeki adolesan gebelerin yaş ortalaması 18,12 olarak bulunmuştur. Bu ortalama ülke geneline bakıldığında 21 olarak görülmektedir. Yani Gönen çevresindeki adolesan gebelerin yaş ortalaması Türkiye geneline göre düşük bir orandır. Bu düşüklük bölgenin yarı kentsel olması ile açıklanabilir.

Erken evlilik; biyopsikososyal gelişimini tamamlamamış olan adolesanın eğitim görmesini ve meslek sahibi olmasını engeller. Ayrıca adolesana yaşının üzerinde sorumluluklar yükler ve resmi nikâh yapılmasını engeller. Erken gebelik, fiziksel komplikasyonlarının yanında eğitimsizlik, çalışmama gibi birçok sosyal problemlere de neden olmaktadır. Eğitim süresinin artışıyla adolesan doğurganlık arasında güçlü bir ilişki vardır. Eğitimsizlerde adolesan gebelikler daha fazla görülürken, adolesan gebelik annelerin eğitimlerine devam etmelerine engel olmaktadır. Türkiye'de beş yıldan daha az eğitim almış 15-19 yaş grubu kadınların % 7'si anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe iken, en az lise eğitimi alan kadınlarda bu oran % 4'e düşmektedir. Yapmış olduğumuz çalışma da bunu desteklemektedir.

Adolesan annelerin bebeklerinde de daha fazla komplikasyon bildirilmektedir. Düşük doğum ağırlığı (DDA), ortalama doğum ağırlığı ve ortalama doğum boyunun düşük olması en yaygın komplikasyonlardandır. Çalışmamızda adolesan annelerden doğan bebeklerin %23,1'inin düşük doğum ağırlıklı olduğu saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Adolesan gebelikler, ülkemizde oldukça yüksek oranda olup önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bu gebelikler erken yaşlarda evlenme ile ilişkili olan gebeliklerdir. Adolesan gebelerimizin çoğu düşük sosyoekonomik seviyeden ve eğitimsiz gruptan gebelerdir. Bu gebelere doğru antenatal bakımın sağlanması ile adolesan gebeliklerle ilişkili olabilecek olumsuzluklar çoğunlukla azaltılabilir. Fakat tamamen önlenemez. Ülkemizde de adolesan gebeliklerin önlenemeyeceği varsayılarak özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında; adolesan gebeliklerin bir süre ertelenmesi konusundaki çalışmalara önem verilmeli, adolesanlara üreme sağlığı, aile planlaması ve beslenme konularında da danışmanlık yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adolesan dönem, Adolesan gebelik, Doğum, Yenidoğan

Kaynaklar:

1. Available at: www.who.int/gender/women_health_repart/charts/en/index.2html accessed 26.01.2010
2. Wallage et al 1990: WHO Regional Office for Europe, 1997
3. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Basımevi, 2004
4. UNESCO, 1998
5. WHO, 1995
6. Gökçe Ö. Adolesan Gebelikler STEP 2000;4
7. Özcebe H. Ünalın T. Türkyılmaz AS. Coşkun Y. 2007 Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması, Nüfusbilim Derneği ve UNFPA. Ankara: Damla Yayınevi,2007
8. WHO. Adolescent Sexual and Reproductive Health

<http://www.who.int/reproductive-health/adolescent>

541

AFYONKARAHİSAR İLİ ERKMEN KASABASINDA 15-49 YAŞ KADINLARIN MEDYADAN SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİ EDİNME DURUMLARI

Kadriye Avcı

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş: Kadın sağlığı, aile ve toplumdan kaynaklanan psiko-sosyal faktörler, kadının bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Kadınların sağlık sorunları ve hastalıkları, kadın ve sağlık alanında ele alınması gereken konuların başında gelmektedir. Günümüzde televizyon, radyo, internet, dergi, broşürler gibi kitle iletişim araçları, kadınların sağlık alanında önemi bilgi kaynaklarıdır ve bunların kullanımı bazen yüz yüze metotlardan daha az etkili olsa da, sağlığı geliştirmek için geniş çapta kullanılmaktadır. Diğer taraftan medyada giderek daha fazla yer alan sağlıkla ilgili bilgilerin güvenilirliği de tartışma konusudur. Bazı sağlık profesyonelleri, medyada yer alan haberlerin gerçeği yansıtmadığı, sansasyon veya reklam amaçlı olduğunu ve topluma doğru bilgi vermediğini düşünmektedirler.

Bu araştırma, Afyonkarahisar ili Erkmen kasabesindeki kadınların medyadan sağlıkla ilgili bilgileri edinme durumlarını, bunu etkileyen bazı etmenleri ve bu bilgilere ne kadar güvendiklerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma, 1-30 Eylül 2011'de Afyonkarahisar ili Erkmen Kasabası'nda yapıldı. Erkmen Kasabası, Afyon'a 5 km. mesafede, 3578 nüfuslu, Afyon merkeze bağlı belde belediyesidir. Erkmen Kasabası'nda 3 adet mahalle ve İzmir-Afyon yolu üzerindeki Toki konutları yer almaktadır. Erkmen Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı toplam 945 tane 15-49 yaş kadın bulunmaktadır. Bu çalışmada, sosyoekonomik durumu farklı olması nedeniyle, Erkmen kasabasından bir mahalle (Cumhuriyet mahallesi) ve Toki konutları seçildi. Bu iki mahalledeki 15-49 yaş arası 538 kadının hepsine ulaşılması hedeflendi, ancak özellikle Toki konutlarında oturan kadınların çoğunluğunun çalışıyor ya da öğrenci olması nedeniyle ulaşılabilen 348 kadına (%64,6 s), yüz yüze görüşme tekniğiyle 23 sorudan oluşan anket uygulandı. Toplanan verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde aritmetik ortalama, standart sapma, frekans, yüzdeler ve ki-kare testi kullanıldı, yapılan tüm istatistiksel işlemlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.01$ olarak alındı.

Bulgular: Bu çalışma, 217 (%62,4) 'si Cumhuriyet mahallesinde, 131 (%37,6)'i ise Toki konutlarında olmak üzere toplam 15-49 yaşında, 348 kadınla yapıldı. Araştırmaya alınanların yaş ortalamasının $31,1 \pm 9,8$ olduğu, %66,7'sinin ev hanımı, %17,2'sinin çalışan ve %16,1'i öğrenci olduğu saptandı. Aylık gelirlerinin %45,7'sinin 1000 TL'nin altı, %54,0'unun 1000 TL ve üzerinde olduğu görüldü. Eğitim alınan yıl, 8 yıl ve altı olanlar %76,4, 8 yılın üstü eğitim alanlar % 23,6 olarak bulundu.

Sağlıkla ilgili problemleri olduğunda %80,2'sinin ilk olarak sağlık kuruluşuna başvurduğu, %16,7'sinin kendi kendine tedavi uyguladığı, %2,0'nin komşu ve aile büyüklerine danıştığı görüldü.

Kadınların günlük ortalama televizyon izleme ortalaması $3,2 \pm 1,8$ bulundu, kadınların % 6,0'ı hiç televizyon seyretmezken, %20,7'sinin ise 4 saat ve üzerinde televizyon izlediği saptandı. Tv'de en çok izledikleri programların sırasıyla, diziler (%50,8), kadın programları (%19,0), haber programları (%16,3) ve sağlık programları (%9,4) olduğu belirtildi. Araştırmaya alınan 348 kişinin %69,8'inin tv'deki sağlık programlarını takip ettiği görüldü. 8 yıl ve altı eğitim alanlar ($X^2: 9,6 P < 0,01$), yaşı 34'ün üzerinde olanlar ($X^2: 33,3 P < 0,01$) ve ev hanımlarının ($X^2: 40,2 P < 0,01$), tv'deki sağlık programlarını anlamlı olarak daha fazla izledikleri bulunurken, yaşanan mahalle ($X^2: 4,2 P > 0,01$) ve aylık gelir düzeyi ($X^2: 5,5 P > 0,01$) ile tv'deki sağlık programlarını izleme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Çalışmaya alınanların %47,7'sinin evinde internet olduğu ve internet kullananların %36,8'nin ise internette sağlıkla ilgili araştırma yaptığı saptandı. İnternette sağlıkla ilgili araştırma yapma, 25-34 yaş grubunda ($X^2: 24,5 P < 0,01$), geliri 1000 TL'in üzerinde olanlarda ($X^2: 43,2 P < 0,01$), çalışan kadınlarda ($X^2: 90,6 P < 0,01$) ve toki evlerinde oturanlarda ($X^2: 105,7 P < 0,01$) istatistiksel olarak anlamlı daha fazla bulundu.

Araştırmaya katılan kadınların %31,6'sının hiç gazete okumadığı, %10,6'sının ise her gün gazete okuduğu bulundu. Kadınların %21,0'ının gazete ve dergilerdeki sağlık bilgilerini takip ettiği görüldü.

Medyada(tv, internet, gazete ve dergi) sağlık konularını takip ettiğini söyleyen 331 kadın(%95,1) tarafından sağlıkla ilgili en çok takip edilen konunun, çocuk sağlığı ve gelişimi(%28,1) olduğu, bunu beslenme (%21,5) ve cinsellik ve kadın hastalıkları(%20,8)'nin izlediği saptandı.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcıların %29,3'ünün medyadan edindiği hastalıklarla ilgili bilgilerle kendisinde de bu hastalıktan olabileceği şüphesi taşıdığı ve %13,5'unun doktora danışmadan medyadaki bilgilerle kendi tedavilerini yapmaya çalıştıkları görüldü.

Medyadan sağlık bilgilerini takip ettiğini belirten kadınların, televizyondan sağlık programı seyredenlerin % 62,9'unun, internetten sağlık bilgilerini araştıranların % 45,3'ünün, gazete ve dergilerden sağlıkla ilgili konularda bilgi edinenlerin % 42,1'inin, bu bilgileri güvenilir bulduğu saptandı.

Tartışma, sonuç ve öneriler: Ülkemizde televizyon evlerin % 95,9'una girmiş durumda, evde internet kullanımı ise % 26,8'dir¹. Kadınların genel medya alışkanlıkları değerlendirildiğinde en çok televizyon izledikleri ve sağlıkla ilgili konularda en fazla televizyondan yararlandıkları görülmüştür². Bu çalışmada da medyanın sağlıkla ilgili konularda bilgilendirme çok önemli bir yerinin olduğu, televizyonun tüm kesim tarafından daha çok kullanılmakla birlikte, özellikle eğitim düzeyi daha düşük kesimin bu yolla sağlık bilgisi aldığı ve büyük oranda televizyondaki sağlık bilgilerine güvenildiği bulunmuştur.

Bu çalışmada eğitim durumu yüksek, aylık geliri daha iyi, çalışan kesimin sağlıkla ilgili konularda daha çok internetten bilgi edindiği görülmüştür. Özellikle gençler tarafından yaygın kullanılan internet ve sosyal medya, çok daha fazla insana, daha hızlı ve herhangi bir zamanda sağlık bilgilerine ulaşımı sağlamaktadır. Güvenilir, erişilebilir ve zamanında sağlıkla ilgili bilgileri almak, halk sağlığının geliştirilmesi açısından çok önemlidir³.

Kadınların büyük çoğunluğunun, sağlıkla ilgili bir sorunları olduğunda, ilk tercihleri sağlık kurumu olmasına rağmen, medyadan edindiği bilgilerle kendini tedavi etmeye çalışan bir kesim de bulunmaktadır. Bunda da medyadaki sağlıkla ilgili bilgileri güvenilir bulmanın rolü büyüktür.

Bu çalışmada da görüldüğü gibi, medya kadın sağlığını geliştirmede etkili bir araçtır, bu nedenle medyanın doğru şekilde kullanımının ve denetiminin sağlanması, kalitesi ve çeşitliğinin artırılması yönünde çalışmalar yapılmalıdır. Sağlıkla ilgili konularda tam ve doğru bilgilendirme için, medyanın ve sağlık profesyonellerinin birlikte çalışması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: medya, kadın sağlığı, sağlığı geliştirme

Kaynaklar:

1. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2009:37
2. Özbaş S, Özkan S, Kadın Sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi, TAF Prev Med Bull 2010; 9(5): 541-546
3. McNab C, What social media offers to health professionals and citizens, Bulletin of the World Health Organization 2009;87:566

544

ALPU'DA 18-64 YAŞ GRUBU KADINLAR ARASINDA KRONİK PELVİK AĞRI SIKLIĞI VE KAYGI DÜZEYİ

Tuğçe Koyuncu, Fatih Öz, Alaettin Ünsal, Didem Arslantaş

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Kronik pelvik ağrı (KPA), pelvis veya karın alt bölgesinde sürekli veya aralıklı olarak en az 6 ay süren, menstruasyon, gebelik ya da cinsel ilişki ile bağlantılı olmayan ağrı olarak tanımlanmaktadır. KPA, bir hastalık değil, bir semptom ya da semptom grubu olarak kabul edilmektedir. Kadınlarda KPA etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber interstisyel sistit, irritable barsak sendromu, Pelvik inflamatuvar hastalık (PİH), endometriozis, pelvik konjesyon sendromu, karın içi adezyonlar başta olmak üzere genital ve üriner sistem, gastrointestinal sistem, kas iskelet sistemi ve psikonörolojik sistem patolojileri suçlanmaktadır. Etiyolojisinin tam açıklanamaması, sıklıkla psikiyatrik hastalıklarla birlikte olması, kronik pelvik ağrısı olan kadınların yaklaşık

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

üçte birinde organik bir patolojinin bulunamaması nedeniyle tanı konulamaması ve kadınların bu ağrıyı yaşamlarının bir parçası olarak kabul etmeleri gibi nedenlerle KPA sıklığının doğru bir şekilde saptanması zordur. Latthe ve arkadaşları dünya genelinde kadınlarda KPA sıklığının %2.1 - %24.0 arasında değiştiğini bildirmektedirler. Türkiye’de ise KPA prevalansı ile ilgili bir çalışmaya rastlanamamıştır. Mathias ve arkadaşları Amerika Birleşik Devletlerinde, KPA’nın sağlık bakımı ile ilgili direkt maliyetlerin her yıl 880 milyon dolar olduğu, direkt ve indirekt maliyetlerin toplam 2 milyar doların üzerinde olduğunu bildirmişlerdir. KPA, kadınların iş verimlerinin azalmasına ve evliliklerinde sorunlar yaşamalarına, istenmeyen ve başarısız tıbbi uygulamalara yol açarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Sıklıkla depresyon, anksiyete ve somatizasyon gibi psikiyatrik hastalıklarla birlikte bulunduğu bilinmektedir. Anksiyete, benliğin homeostatik işlevi olan ve tehlikeyi algılayan bir tepkisi olarak tanımlanır. Yapılan bazı çalışmalarda KPA’nın anksiyete düzeyini arttırdığı rapor edilmektedir. Bu çalışmanın amacı Alpu ilçe merkezinde yaşayan 18-64 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrı sıklığının saptanması, ilişkili olduğu düşünülen bazı faktörlerin incelenmesi ve kaygı düzeyinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 13 Mart-13 Nisan.2012 tarihleri arasında Alpu ilçe merkezinde yaşayan 18-64 yaş grubu kadınlar üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Alpu, Eskişehir ilinin bir ilçesi olup, ilçe merkezinin nüfusu 2622’si (%49.5) erkek, 2670’i (%50.5) kadın olmak üzere toplam 5292’dir. İlçe merkezinde 18-64 yaş grubu kadın sayısının elde edilememesi nedeniyle bu çalışma için örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısının bilinmediği durumlarda kullanılan formül ile 455 olarak hesaplandı (olayın görülme sıklığı %25.0, hata payı 0.04, güven düzeyi %95.0). Çalışma grubu ilçe merkezinde gelişigüzel olarak seçilen hanelere gidilerek evlerinde bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 485 kadından oluştu. Çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanan anket formlar, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından dolduruldu. Bu çalışmada son 6 aydır sürekli ya da aralıklı olarak alt karın bölgesinde ve derin pelviste ağrısı olanlar KPA “var” olarak değerlendirildi. Kaygı düzeyinin değerlendirilmesi için Beck Anksiyete Ölçeği kullanıldı. Beck Anksiyete ölçeği Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Yirmibir sorudan oluşan ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmekte olup, puan arttıkça anksiyete düzeyi artmaktadır. Çalışmamızda PİH, myoma uteri, over kisti, kronik ve psikiyatrik hastalıklar için daha önce hekim tanısı almış olanlar hastalık öyküsü var olarak kabul edildi. Elde edilen verilerin analizleri için Ki-kare testi, Student t testi ve Lojistik Regresyon Analizi (Stepwise Backward Wald Regresyon) kullanıldı. Oluşturulan lojistik regresyon modelinde bağımlı değişken olarak KPA varlığı, bağımsız değişkenler olarak ise yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, aile gelir durumu, obezite, ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalık öyküsü, adet düzeni, dismenore, Pelvik İnflamatuvar Hastalık öyküsü, Myomauteri öyküsü, Over Kisti öyküsü, Üriner İnkontinans, disparoni, bel ağrısı ve hekim tanılı herhangi bir ruhsal bozukluk öyküsü varlığı idi. İstatistiksel anlamlılık için $p<0.05$ değeri kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturan kadınların yaşları 18-64 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 39.69 ± 12.22 yıl idi. Bu çalışmada KPA sıklığı %25.6 ($n=124$) olarak saptandı. KPA ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle (yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, aile gelir durumu, obezite, ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalık öyküsü, adet düzeni, dismenore, Pelvik İnflamatuvar Hastalık öyküsü, Myomauteri öyküsü, Over Kisti öyküsü, Üriner İnkontinans, disparoni, bel ağrısı ve hekim tanılı herhangi bir ruhsal bozukluk öyküsü) oluşturulan Lojistik Regresyon Modeli sonuçlarına göre obezitenin (OR: 2.3; $p=0.037$), dismenorenin (OR: 2.4; $p=0.005$), PİH öyküsünün (OR: 4.7; $p=0.005$), üriner inkontinansın (OR: 2.0; $p=0.032$), disparoninin (OR: 5.5; $p=0.000$), bel ağrısının (OR: 2.2; $p=0.022$) ve psikiyatrik hastalık öyküsünün (OR: 3.4; $p=0.004$) KPA için risk faktörü olduğu saptanmıştır. Kadınların Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlar 0-52 arasında değişmekte olup, ortalama 15.85 ± 10.85 puan idi. Çalışma grubunda KPA’sı olanların kaygı düzeyleri, olmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulundu ($t=11.052$; $p=0.000$).

Tartışma: Kadınlar arasında önemli bir sağlık sorunu olan KPA’nın fizyopatolojisi henüz tam bilinmemektedir. KPA çok sayıda patolojik durumun bir belirtisi olarak ortaya çıkabildiği için tedavisi de oldukça zordur. KPA şikayeti olan kadınların birçoğu tekrarlayan ve başarısız tedavi tecrübeleri yaşamaktadır. KPA sıklığının ve risk faktörlerinin bilinmesi hastalığın ciddiyetinin anlaşılmasını ve yeni tedavi yaklaşımları geliştirilebilmesini sağlayabilir. Bu araştırmanın gerçekleştirilmesindeki önemli faktörlerden biri KPA sıklığı ile ilgili olarak Türkiye’de yapılmış toplum tabanlı bir araştırmaya rastlanamamasıdır. Bu çalışmada kadınların yaklaşık dörtte birinde KPA şikayeti olduğu saptanmıştır. Bazı ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda KPA sıklığının %2.1-25.4 arasında değiştiği rapor edilmektedir. Çalışmalarda bildirilen farklı sonuçların nedenleri arasında tanı

kriterlerinin farklı olması ile toplumların ağrıyı algılama ve kabullenme durumlarının farklı olması sayılabilir. Ağrı, bireyler için kişisel ve sübjektif bir deneyimdir. Bütün vücut ağrılarında olduğu gibi KPA'nında duygu durum bozukluğuna neden olması beklenen bir durumdur. Bu çalışmada KPA şikayeti olan kadınlarda anksiyete düzeyi KPA şikayeti olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda hekim tanıli psikiyatrik bir hastalık öyküsü olanlarda KPA sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Romao ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da anksiyete düzeyinin KPA şikayeti olan kadınlarda olmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Cinsel işlev bozukluklarından biri olan disparoni ile pelvik kasların hassasiyeti arasında pozitif bir ilişki olduğu bilinmektedir. Pelvik kasların hassasiyeti ise kronik pelvik ağrının sebeplerinden biridir. Bu çalışmada disparoninin KPA için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). KPA'nın önemli nedenlerinden birinin endometriazis olduğu bilinmektedir. Endometriazisin önemli bulgularından biri ise dismenoredir. Dismenore olan kadınlarda KPA sıklığının daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Bu çalışmada dismenorenin KPA için önemli bir risk faktörü olduğu bulundu ($p<0.05$). Muhammadve arkadaşlarının yaptıkları çalışma da disparoni, dismenore ve KPA'nın sıklıkla birlikte görülen şikayetler olduğunu bildirmektedir. Bu çalışmada KPA için risk faktörlerinden birinin de bel ağrısı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bel ağrısı şikayeti olan kadınlarda KPA sıklığının daha yüksek olması beklenir. Bu durumun sebeplerinden biri bel ağrısı olan kadınların ağrı eşiklerinin daha düşük olması olabilir. Silva ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da bel ağrısı şikayeti olanlarda KPA sıklığının daha yüksek bulunduğu rapor edilmiştir. KPA etiolojisinde PİH'in önemli bir yeri vardır. PİH karın içinde inflamasyona ve adezyonlara neden olarak KPA sıklığını önemli derecede arttırmaktadır. Bu çalışmada KPA için en önemli risk faktörünün PİH olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farquhar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da PİH'in KPA için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir. Kadınlarda üriner inkontinansın önemli nedenleri arasında üretra ve mesane boynu başta olmak üzere üriner sistem organlarında meydana gelen deformasyonlar sayılabilir. Üriner sistem organlarında meydana gelen deformasyonlar aynı zamanda ağrıya neden olarak KPA sıklığını arttırabilir. Bizim çalışmamızda da üriner inkontinansın KPA için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Benzer sonuç bildiren çalışmalarda vardır. Zayıf olmanın KPA için bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar olsa da obezitenin de birçok kronik hastalık ve sağlık sorununa yol açtığı bilinmektedir. Bu çalışmada obezitenin KPA sıklığını 2.3 kat arttırdığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç ve Öneriler: Türkiye'de toplum tabanlı ilk prevalans çalışması olan bu araştırmada KPA'nın kadınlar arasında önemli bir sağlık sorunu olduğu saptanmıştır. Obezite, dismenore, PİH, disparoni, üriner inkontinans, bel ağrısı ve psikiyatrik hastalık öyküsü KPA için risk faktörleri olarak bulunmuştur. KPA'sı olanların kaygı düzeyleri daha yüksektir. Kadınların duygu durumları ve yaşam kaliteleri üzerine etkili olan bu şikayetin etiolojisi ve risk faktörlerini inceleyen daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır. Çalışmanın yapıldığı bölgede kadınların KPA ile ilgili olarak bilgilendirilmesi, periyodik taramalar yapılarak erken teşhis ve tedavinin sağlanması yararlı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Kronik pelvik ağrı, Kaygı, 18-64 yaş grubu kadın

Kaynaklar:

Howard FM. Chronic Pelvic Pain. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2003; 101(3):594-611

Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. Bmj.2006; 332:749-755

Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Obstet Gynecol. 1996;87:321-327

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988; 56: 893-897.

Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother 1998; 12: 163-172.

Silva GP, Nascimento AL, Michelazzo D, Alves Junior FF, Rocha MG, Silva JC, Reis FJ, Nogueira AA, Poli Neto OB. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal

surgery. Clinics 2011;66(8):1307-1312

Muhammad YY, Nossier SA, El-Dawaiaty AA. Prevalence and characteristics of chronic pelvic pain among women in Alexandria, Egypt. Journal of the Egyptian Public Health Association 2011; 86(1): 33-38.

Zondervan KT, Kennedy SH. Epidemiology of chronic pelvic pain. International Congress Series. 2005; 1279: 77-84

Romao APMS, Gorayeb R, Romao GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJC, Rosa-e-Silva JC, Nogueira AA. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. The International Journal of Clinical Practice 2009; 63(5): 707-711.

Farquhar C, Latthe P. Chronic pelvic pain: Aetiology and therapy. Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice 2006; 6: 177-184

415

ANKARA'DA İKİ SEMTTE ECZACI VE KALFALARIN ACİL KONTRASEPSİYON HAKKINDAKİ BİLGİ VE UYGULAMALARI

Meltem Şengelen, Elif Köse, Şevkat Bahar Özvarış

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Acil kontrasepsiyon (AK), korunmasız girilen bir cinsel ilişki sonrasında olabilecek istenmeyen bir gebeliğin önüne geçebilmek amacıyla kullanılan doğum kontrol yöntemleridir. Her cinsel ilişki planlı olmayabileceğinden kontraseptif önlem alınmamış olabilir. Ayrıca, kondom yırtılması ve tecavüz gibi istenmeyen durumlarda da gebelik riski oluşabilir. Bu gibi durumlarda olası gebeliği önlemek için acil kontrasepsiyon kullanılır (1). Acil kontrasepsiyon yöntemleri dünyada 1960'lardan beri kullanılmakta iken, Türkiye'de ilk preparat 2002'den beri kullanılmaktadır. TNSA 2008 verilerine göre ülkemizde modern yöntem kullanan kadınların %23,6'sı kullandığı yöntemi eczanelerden temin etmektedir. Türkiye'de 822 eczacı üzerinde yapılan bir kesitsel araştırmada AK'ü sağlık çalışanları arasında en çok önerenlerin eczacılar olduğu tespit edilmiştir (2). Bu nedenle bu araştırmada aile planlamasında önemli rol oynayan eczacı ve kalfaların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeyleri ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Eylül-Ekim 2011'de Ankara Eczacılar Odası'na kayıtlı 5. bölgede bulunan Kızılay ve Sıhhiye semtlerindeki toplam 68 eczanede yürütülmüştür. Her eczaneden bir eczacı ve bir kalfa ile görüşülmesi planlanmıştır. Bununla birlikte araştırmada 68 eczanede çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 48 (%71) eczacı ve 64 (%94) kalfa ile görüşülmüştür.

Araştırmanın tanımlayan(bağımsız) değişkenleri; eczacı ve eczane çalışanlarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, öğrenim düzeyi, meslekteki çalışma süreleri, daha önce konuyla ilgili aldıkları eğitim durumları ve eczanede bulunan acil kontrasepsiyon yöntemleridir. Araştırmanın tanımlanan(bağımlı) değişkeni; eczacı ve eczane çalışanlarının acil kontrasepsiyon yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyidir.

Araştırmada, eczacı ve eczane çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ve acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeyi ve uygulamalarına ilişkin soruları kapsayacak şekilde bir anket formu hazırlanmıştır. Anketin ön denemesi Ankara'nın Altındağ semtindeki 5 eczanede yapılmıştır. Anket, Kızılay ve Sıhhiye Semtlerindeki Ankara Eczacıları Odasına kayıtlı 68 eczanede gözlem altında uygulanmıştır. Araştırmanın uygulanması için gerekli izin Ankara Eczacılar Odası'ndan alınmıştır.

Araştırmada toplanan veriler, SPSS 15.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. İncelenen değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (yüzde dağılımı, aritmetik ortalama ve standart sapmalar) hesaplanarak, gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-kare testi, Student's t-testi ve Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı için alfa=0.05 kabul edilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Araştırmaya katılan eczacıların %52'si kadın, %48'i erkek, kalfaların %23'ü kadın, %77'si erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 37,8±13,1'dir. Eczacıların %91,7'si üniversite mezunu iken, %8,3'ü yüksek lisans da yapmıştır. Kalfaların; %3,1'i ilköğretim, %20,3'ü ortaokul, %56,3'ü lise, %10,92'si yüksekokul, %9,4'ü de üniversiteden mezun olmuştur. Araştırmaya katılan eczacı ve kalfaların toplam çalışma sürelerinin ortalaması 15,5±11,84 yıl olarak saptanmıştır.

Eczanelerde doğum kontrol yöntemlerinin eczacılara göre %97,9, kalfalara göre %95,3'ü reçetesiz satılmaktadır.

Acil kontrasepsiyonun tanımını, eczacıların %54,2'si kalfaların %20,3'ü doğru, eczacıların %25'i ve kalfaların %31,3'ü ise yanlış yapmıştır. Eczacıların %20,8'i ve kalfaların %48,8'i acil kontrasepsiyonun ne anlama geldiğini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Acil kontrasepsiyon konusunda eczacıların %72,9'u, kalfaların %25'i bilgi sahibi olduğunu, eczacıların %18,8'i, kalfaların %29,7'si kısmen bilgi sahibi olduğunu ve eczacıların %8,3'ü, kalfaların %45,3'ü ise hiç bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir. AK hakkında bilgisi olduğunu ifade edenler arasında AK tanımını kadın eczacıların %65'i, erkek eczacıların %56'sı doğru yaparken, hem erkek hem de kadın kalfaların %50'si doğru yapmıştır.

Acil kontrasepsiyon hakkında bilgisi olanlardan eczacılardan %93,2'si, kalfalardan %82,9'u başvuranlara bilgi vermektedir. Acil kontrasepsiyon hakkında bilgisi olanlardan, eczacıların %65,9'u, kalfaların %34,3'ü korunmasız bir ilişkiden sonra ilk üç gün içinde kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir. Acil kontrasepsiyon hakkında bilgisi olanlar arasında eczacıların %59,1, kalfaların %40,0'ı yan etkiler hakkında başvuranlara bilgi vermektedirler.

Eczacıların %54,2'si, kalfaların ise %93,8'i acil kontrasepsiyon ilaçlarının kullanım şekli, yan etkileri, kullanılmaması gereken durumlar hakkında herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir.

AK hakkında bilgisi olanlar arasında yöntemin kullanım sıklığı hakkında eczacıların %13,6'sı, kalfaların %14,3'ü acil kontrasepsiyonun 3-4 ayda bir, eczacıların %45,5'i, kalfaların %28,6'sı ayda bir, eczacıların %9,1'i, kalfaların %2,9'u her zaman kullanılabileceğini belirtmiştir.

Eczacıların %93,2'si, kalfaların %94,3'ü acil kontrasepsiyon için kullanılan hapların gebeliği önlediğini belirtmiştir. Acil kontrasepsiyon için kullanılan hapların implantasyonu önleyerek etki ettiğini eczacıların %70,8'inin, kalfaların %42,2'sinin bildiği saptanmıştır. Acil kontrasepsiyon için kullanılan hapların eczacıların %15,9'u, kalfaların %28,6'sı gebelik oluştuktan sonra da etkili olduğunu; eczacıların %13,6'sı, kalfaların %17,1'i kadının düşük yapmasını sağladığını belirtmiştir. Acil kontrasepsiyon için kullanılan hapların implantasyonu önleyerek etki ettiğini bilme düzeyleri açısından cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunamamıştır (pearson chi-square=0,688). Acil kontrasepsiyon için kullanılan hapların implantasyonu önleyerek etki ettiğini bilme düzeyleri açısından cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunamamıştır (pearson chi-square=0,145).

Acil kontrasepsiyon hakkında bilgisi olanlar arasında, eczacıların %79,5'i, kalfaların ise %65,7'si hapların kullanıldıktan sonra 2 saat içinde kusma olursa hapın tekrar kullanılması gerektiğini; eczacıların %61,4'ü, kalfaların ise %51,4'ü AK haplarının cinsel yolla bulaşan hastalıkları engellemediğini bildiği belirlenmiştir.

Katılımcılara aile planlaması ve acil kontrasepsiyon ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlara göre 20 üzerinden bilgi puanı verilmiştir. Eczacıların bilgi puanı ortalaması 13,27±4,23, kalfalarda ise ortalama 9,98±4,21'dir (Student's t-testi, p<0,001). Eczacıların %43,8'i, kalfaların %45,3'ü ortalama ve ortalamanın altında puan almıştır. Erkek eczacıların %69,6'sı, kadın eczacıların %76'sında bilgi puanı ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Kadın kalfaların %46,7'si, erkek kalfaların ise %45'inin bilgi puanları ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Ne kalfalar ne de eczacıların cinsiyetleriyle bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla pearson chi-square p=0,773, p=0,287). Altı yıldan az çalışan eczacıların %28,6'sı, kalfaların %40,0'ı; 6-10 yıl arasında çalışan eczacıların %60,0'ı, kalfaların %57,9'u; 10 yıldan fazla çalışan eczacıların %44,4'ü ve kalfaların %40,0'ı ortalama ve ortalamanın altında puan almıştır. Kalfaların öğrenim düzeyiyle bilgi puanı arasında ilişki bulunmamıştır. Kalfaların öğrenim düzeyleri arttıkça verdikleri yanıtlardaki doğruluk sayısı da artmıştır, fakat istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmamıştır (ANOVA, p=0,09).

Tartışma: Acil kontrasepsiyona reçetesiz de ulaşılabilirdiğinden, eczacı ve kalfaların ifadesine göre ihtiyaç sahiplerinin çoğu sırasıyla (%95; %97) doktora müracaat etmek yerine, doğrudan eczanelerden temin etmek

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

istemektedirler. Böylelikle, eczacı ve eczane çalışanlarının görevi sadece bu yöntemi eczanelerinde bulundurmanın ötesinde, insanlara AK'un kullanım şekli, yan etkileri, kullanım sıklığı, etkinliği hakkında bilgi vermeyi de kapsamaktadır.

Araştırmanın yapıldığı eczaneler merkezi semtlerde yer almasına ve bu nedenle AK için başvuru olasılığının yüksek olmasına rağmen acil kontrasepsiyon tanımını iki eczacıdan biri yanlış tanımlamıştır. Yine de eczacıların AK hakkındaki bilgi düzeyinin kalfalarınkinden önemli ölçüde yüksek olduğu görülmüştür.

Nikaragua'da eczane çalışanlarında yapılan kesitsel bir araştırmada 93 eczane çalışanından %45'inin AK'un 3 gün içinde kullanılması gerektiğini bildiği belirtilmiştir (3). Aynı çalışmada haftada en az bir kez olan AK satışının %97'sinin reçetesiz olduğu bildirilmiştir. Kızılay ve Sıhhiye'de yapılan bu araştırmada ise ve Eczacıların %60,4'ünün, kalfaların ise %37,5'inin acil kontrasepsiyon ilaçlarının ilk 72 saat içinde kullanılması gerektiğini bildiği tüm kontrasepsiyon yöntemlerinin %95 reçetesiz satıldığı saptanmıştır.

Bu araştırma bulgularına göre, eğitim alan eczacılarla AK tanımını bilen eczacılar arasında yüzdelik dilimlerinin aynı olduğu saptanmıştır. AK konusunda her eğitim alan iki kişiden biri AK tanımını doğru olarak yapmıştır. Böylelikle eczacıların bilgi düzeylerinin ve danışmanlık becerilerini arttırıcı eğitimlerin faydalı olabileceği anlaşılmaktadır.

Kenya'da eczanelerde AK yöntemi satın alanlar üzerinde yapılan bir araştırmada AK yönteminin tekrarlayan kullanımının çok fazla olduğu, katılımcıların son 6 ayda ortalama 3,8 kez AK yöntemi kullandıkları bildirilmiştir (4). Kızılay ve Sıhhiye'de yapılan bu araştırmada ise AK hakkında bilgisi olanlar arasında eczacıların %13,6'sı, kalfaların %14,3'ü acil kontrasepsiyonun 3-4 ayda bir, eczacıların %45,5'i, kalfaların %28,6'sı ayda bir, eczacıların %9,1, kalfaların %2,9'u her zaman kullanılabileceğini belirtmiştir.

Güney Afrika'da 34 eczacı üzerinde yapılan niteliksel araştırmada eczacılardan 30'unun AK dozunu, 28'inin yan etkilerini, 27'sinin etki mekanizmasını, 19'unun kontraendikasyonlarını doğru bildikleri rapor edilmiştir (5). Kızılay ve Sıhhiye'de yapılan araştırmada ise eczacıların %70,8'i AK için kullanılan hapların implantasyonu önleyerek etki ettiğini bilmıştır. Eczacıların %93,2'si AK haplarının gebeliği önlediğini, %33,3'ü düşüğe sebep olduğunu belirtirken; kalfaların %94,3'ü gebeliği önlediğini, %60,9'u düşüğe sebep olduğunu belirtmiştir. Eczacıların, kalfaların %60,9'u AK haplarının belirtmiştir. Nikaragua'da yapılan araştırmada AK haplarına ilişkin eczane çalışanlarının %59'u gebeliği önlediğini, %5'i düşüğe sebep olduğunu, %33'ü hem gebeliği önlediğini hem de düşüğe sebep olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (3).

Araştırmada acil kontrasepsiyon hakkında başvuranlara eczacıların %70,8'i bilgi verdiklerini, %20,8'i kısmen bilgi verdiklerini, kalfaların ise %39,1'i bilgi verdiklerini, %28,1'i kısmen bilgi verdiklerini belirtmişlerdir. Türkiye'de 822 eczacı üzerinde yapılan bir kesitsel araştırmada eczacıların genellikle AK ile ilgili bilgi verdiği, 89%'unun kullanım sıklığı, 86%'sının dozu, 50%'sinin yan etkileri, 34 %'ünün de etki mekanizması hakkında bilgi verdiği belirtilmiştir (2). AK talebi olanların yöntemler hakkında bilgi sahibi olmaları açısından eczanelere büyük sorumluluk yüklenmektedir.

"Ertesi gün hapi" olarak reklamları olan acil kontrasepsiyon yöntemlerinin ne anlama geldiğini eczacıların yarısı, kalfaların ise beşte biri bilmıştır. Ancak bu araştırmanın en önemli kısıtlılığı ankette eczacı ve kalfalara soruların "ertesi gün hapi" olarak değil "acil kontrasepsiyon" olarak sorulmuş olmasıdır. Oysa ki sorular doğrudan ertesi gün hapi olarak sorulsa, verilen yanıtlar daha farklı olabilirdi.

Sonuç ve Öneriler: Bu araştırmada AK konusunda eczacıların bilgi düzeylerinin kalfalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışmada acil kontrasepsiyon hapları ile ilgili olarak başvuranlara bilgi verme yüzdelilerinin düşük olduğu saptanmıştır. Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi, aile planlaması ve bireysel sağlık gibi birçok konuda eczacı ve kalfalara büyük görev düşmektedir. Bu nedenle eczane çalışanlarının acil kontrasepsiyon konusunda bilgi düzeylerinin arttıracak hizmet içi eğitimler gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil Kontrasepsiyon, eczane, eczacı, kalfa

Kaynaklar:

1. Acil Kontrasepsiyon. İçinde: Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Kontraseptif Yöntemler (ikinci cilt). T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005: 307-316. ISBN 975-590-044-6.
2. Apikoglu-Rabus S, Clark PM, Izzettin FV. Turkish pharmacists' counseling practices and attitudes regarding emergency contraceptive pills. Int J Clin Pharm DOI 10.1007/s11096-012-9647-x.
3. Ehrle N, Sarker M. Emergency Contraceptive Pills: Knowledge and Attitudes of Pharmacy Personnel in Managua, Nicaragua. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2011, 37(2):67-74, doi: 10.1363/3706711.
4. Jill Keesbury, Gwendolyn Morgan, Benter Owino. Is repeat use of emergency contraception common among pharmacy clients? Evidence from Kenya. Contraception 2011;83:346-351.
5. Blanchard K, Harrison T, Sello M. Pharmacists' Knowledge and Perceptions of Emergency Contraceptive Pills in Soweto and the Johannesburg Central Business District, South Africa. International Family Planning Perspectives, 2005;31(4):172-178

581

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KADINLARINLARIN POSTPARTUM DEPRESYON PREVALANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Seyhan Hıdıroğlu, Mustafa Taşdemir, Emine Özdemir, Onur Güler, Nurcan Kutluer, Ferda Özdemir, Melda Karavuş

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Her yıl pek çok genç ve orta yaş kadının doğum yaptığı ülkemizde doğum öncesi takip yeni yeni benimsenmekte, doğum sonrası ise anne takibi yeterli anlamda yapılamamaktadır. Psikolojik olarak zorlayıcı bir dönem olan gebelik ve postpartum dönemdeki kadınlara psikiyatrik destek ise hiçbir standarda bağlı değildir. Oysa bu dönemin yaratacağı hasar en az anne kadar bebeğe de zarar vermektedir.

Araştırmamızdaki amacımız, birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran, bir yıl ve öncesi doğum yapmış, postpartum dönemdeki kadınlara ait yaş ortalamaları, evlilik durumları, eğitim seviyeleri, gelir düzeyleri, sigara alışkanlıkları, hastalık ve depresyon öyküleri, doğum şekilleri, çocuk sayıları, Bebeğini emzirme durumları ışığında Postpartum Depresyon (PND) sıklığı hakkında bilgi sahibi olmaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kesitli bir çalışma olup, 15 Mart -20 Nisan 2012 tarihleri arasında İstanbul'un bir ilçesinde üç ayrı Aile Sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlara uygulandı. Çalışma bir ay boyunca ASM'ye başvuran ve çalışmayı kabul eden 157 kadına anket uygulandı. Demografik anket ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDO) birebir yüz yüze soru cevap şeklinde yapıldı.12 ve üzerinde puan alanlar depresif kabul edildi. Bu ilçenin araştırmanın yeri olarak seçilme nedeni sosyo-ekonomik ve kültürel açıdan çeşitlilik göstermesidir. İstanbul'un en hızlı kentleşen ve nüfusu hızla artan, Türkiye'nin farklı bölgelerinden göç alan bir ilçesinde yapılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 10.0programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra verilerin karşılaştırılmasında student t testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmamız, Ümraniye ilçesine bağlı bulunan üç ayrı ASM 'ne başvuran toplam 157 kişiye ulaşıldı. Olguların yaş aralığı 17-39 olup ortalama yaş 26.55 olarak saptanmıştır. Olguların %35.7'si 17-24 yaş arası, %52.9'u 25-32 yaş arasında, %11.5'i de 33 yaş ve üstü olarak saptanmıştır. Evlilik süresi 0-5 yıl olan %61.8, 6 -10 yıl olan %27.4, 11 yıl ve üstü olan %10,8 olgu saptanmıştır. Evlilik süreleri içerisinde en az 1 yıl, en fazla 20 yıl, ortalama 5.5 öğrenim durumuna bakıldığında okur-yazar olmayan olgu sayısı %1.9, okur yazar olup herhangi bir diploması olmayan olgu sayısı %4.5, ilköğretim mezunu olan %30.6, lise mezunu olan %45.9, üniversite mezunu %17.2 olarak saptanmıştır. Kadınların çalışma durumu değerlendirilmesinde ise %38.2 'si çalışıyor, %61.8'i ise çalışmıyor olarak saptanmıştır. Kadınların %93'ünün eşi çalışmakta iken %7'sinin eşi herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Haneye giren aylık gelir miktarına bakıldığında 499TL'den az geliri olan % 8.9, 500-999TL arası %33.1, 1000-4999TL arası %56.7, 5000TL ve üstü gelire sahip olanların oranı ise %1.3 olarak bulunmuştur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sigara içenlerin oranı %28 iken sigara içmeyenler %72 olarak bulunmuştur. Sürekli ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalık varlığı %20.4, kronik hastalığı olmayanlar ise %79.6 olarak saptanmıştır. Olguların %9.6'sında önceden tanı almış depresyon öyküsü bulunurken , %90.4'ünde ise depresyon öyküsü bulunmamaktadır. Ankete katılan kadınların sahip oldukları çocuk sayıları ise; 1-3 çocuk %93, 4-6 çocuk sahibi %7 olarak bulunmuştur. Sahip olunan çocuk sayısı en az 1, en fazla 6, ortalama 1.92 Olguların % 83.4'ü isteyerek hamile kalmışken % 16.6 'sık istemeden hamile kalmıştır. Evde yaşayan kişi sayısına bakıldığında 2-4 kişi %66.2, 5-8 kişi %33.8 olarak saptanmıştır. Aynı evi paylaşan kişi sayısı en az 2 en fazla 8 olarak bulunmuş olup ortalaması %4.1 olarak saptanmıştır. Aile içi şiddete maruz kalan kadınların oranı 32 kişi ile % 20.4 iken 125 kişi ile %79.6 olarak bulunmuştur. Bu şiddete maruz kalan kadınların 24'ü kocaları tarafından şiddete maruz bırakılmıştır. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği puanlarını 12 üzerinde olanları depresyon kabul ederek yapılan sınıflamada; depresyonda olan olgular 26 kişi (% 16.6) olup; depresyonda olmayanlar ise 131 (%83.4) kişidir.

Önceden geçirilmiş depresyon olguların doğum sonrası depresyon görülme sıklığı geçirmeyenlere göre istatistiksel olarak ileri düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.01$). Doğumdan sonra eş desteği görmeyen olgularda, postpartum depresyon görülme sıklığı istatistiksel olarak yüksek olarak saptanmıştır. ($p<0.01$)

Bebeğini emzirme durumuna göre yapılan değerlendirmede de, bebeğini emziremeyen olgularda depresyon yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır($p<0.05$). Aile içi şiddet gören olgularda depresyon görülme sıklığı istatistiksel olarak yüksek düzeyde saptanmıştır.($p<0.05$) Şiddet gören kadınların %75i eşi tarafından bu şiddete maruz kalmıştır. Sigara kullanan olgularda depresyon görülme sıklığı istatistiksel olarak yüksek düzeyde saptanmıştır.($p<0.05$)

Tartışma ve Sonuç: Araştırma kapsamındaki annelerin %16.6'sında postpartum depresyon belirlenmiş olup, buna göre postpartum depresyonlu kadın sayımız 157 kişiden 26'sıdır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda PND prevalansı %14 ile %29 arasında değişmektedir. Farklı ülkelerde yapılmış çalışmalarda ise, İsrail'de %22.6, Japonya'da %17, Birleşik Arap Emirlikleri'nde %17.8, İzlanda'da %14, İsveç'te %12.7, İngiltere'de %12 bulunmuştur. Doğum sonu depresyon yaygınlığını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada postpartum depresyon görülme sıklığı %21,2 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç çalışma bulgumuz ile paralellik göstermektedir. Bunun yanında Dündar'ın (2003) Manisa Bölgesindeki postpartum depresyon prevalansını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında doğum sonu dönemdeki annelerin %36,9'unda, Kara ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında ise, annelerin %17' sinde postpartum depresyon geliştiği belirlenmiştir.

Araştırmamıza göre önceden geçirilmiş depresyon olguların doğum sonrası depresyon görülme oranları geçirmeyenlere göre istatistiksel olarak ileri düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.01$). Araştırmamızda daha önce depresyon geçirme sıklığı %60 olarak değerlendirildi. Depresyon hikâyesi bulunan kadınlar doğum sonu dönemde depresyon açısından risk taşımaktadır. Yapılmış çalışmalarda özellikle eşlerinden yeterince ilgi ve destek göremediğini ifade eden ve evlilik ilişkilerinde sorunları olan kadınlarda doğum sonrası depresif belirtilerin ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğu, yeterli ilgi ve desteğin ise bebeğin sağlığını da olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir. Çalışmamızda eşlerinden yeteri kadar ilgi görmediğini ifade eden kadınlarda PPD prevalansının 2.73 kat daha fazla olması bu çalışmalarla bir paralellik olduğunu göstermektedir. Doğumdan sonra eş desteği görmeyen olgularda, postpartum depresyon görülme sıklığı istatistiksel olarak yüksek olarak saptanmıştır. ($p<0.01$)Postpartum depresyon kadınların %34 eş desteği almıyorlar.

Yapılan pek çok çalışmada emzirme ile postpartum depresyon arasında

belirgin bir ilişki tespit edilmiştir. Araştırmamızda PPD'lu kadınlardan %54' ü emzirmediği bulundu. Bebeğini emzirme durumuna göre yapılan değerlendirmede de, bebeğini emziremeyen olgularda depresyon yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır($p<0.05$).Anne sütü ile emzirme ve postpartum depresyon arasındaki ilişki mama takviyesi yapan ya da tamamen mama ile besleyen kadınlardaki depresyon görülme sıklığı belirgin şekilde yüksek olması nedeniyle anlamlıdır. Bebeğini emzirme durumuna göre yapılan değerlendirmede de, bebeğini emziremeyen olgularda depresyon yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç olarak, Postpartum Depresyon prevalansı toplumlara ve bölgelere göre değişmekle birlikte, bizim çalışmamızda, doğumdan sonra eş desteği alamayan kadınlarda, sigara kullanan olgularda, bebeğini yeterli düzeyde emziremeyen kadınlarda postpartum depresyon görülme sıklığı yüksek gözlenmektedir

Anahtar Kelime: Postpartum depresyon, Gebelik, Prevalans

Kaynaklar:

1. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalhc MS et al. Prenatal andpostnataldepressionamonglowincomeBrazilianwomen. J AbnormPsychol 1998; 31: 799-804.
- 2.The World Health Report 2001: MentalHealth: New Understanding, New Hope. Geneva: Word HealthOrganization 2001, p. 30.
- 3.Akın, A. (2001). "Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş", Aktüel Tıp Dergisi,6(1). 4-8.
- 4.Dündar, P. (2006). "Yarı-Kentsel Bir Bölgede Postpartum Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri", <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.34.htm>, Erişim:05.07.2006
- 5.Vural, G. ve Akkuzu, G. (1999). "Normal Vajinal Yolla Doğum Yapan Primipar Annelerin Doğum Sonu 10. Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi", Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1); 33-37.
6. Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E. ve Türeci, F. (2001). "Doğum Sonrası Depresyon"STED, 10(9): 333-334.

704

BAYAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN MEME KANSERİ BİLGİLERİ VE MEME MUAYENESİNİ UYGULAMA DURUMLARI

Rabia Sohbet, Yasemin Gümüş

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş ve Amaç: Meme kanseri (Ma.Ca.), kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Kadınlarda görülen kanserlerin %34,7'sini ve kansere bağlı ölümlerin %19'unu Ma.Ca. oluşturmaktadır. Ayrıca yaşamları boyunca her sekiz kadından biri Ma.Ca.'ya yakalanmaktadır. Ma.Ca. başlangıçta etkilenen memede sınırlı olduğundan, çeşitli tedavi yöntemleri ile kolayca kontrol altına alınabilmektedir. Bu nedenle erken tanı Ma.Ca.'da daha da önemlidir. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi erken tanıyı kolaylaştırmaktadır. Ma.Ca. taramaları sağlığı geliştirme aktiviteleri arasında önemli rol oynamakta, farkındalık yaratarak Ma.Ca.'nın erken tanısında etkin olabilmektedir. Kadınların kendi meme dokusunu tanıması ve oluşan değişiklikleri fark etmesi her ay düzenli olarak yapılan KKMM ile sağlanabilir. Ma.Ca.'nın yaklaşık %90'ı hastaların kendisi tarafından belirlenmektedir. Düzenli ve doğru uygulanan KKMM erken dönemde Ma.Ca.'nın saptanması için ekonomik, basit, non-invaziv bir işlem olan ve kişilerin sadece on dakikasını alan güvenilir, etkili yöntemdir. Amerikan Kanser Derneği (2004) 20 yaşın üzerindeki tüm kadınların her ay düzenli KKMM yapmasını ve kadınların bu muayenenin yararları ve sınırlılıkları ile ilgili olarak bilgilendirilmelerini önermektedir.

Son yıllarda artan Ma.Ca.'ya karşı gençlerin farkındalık düzeylerini arttırmak, KKMM bilgilerini ve uygulamalarını sağlamak, sağlığı geliştirme davranışlarını kazanmalarına yardımcı olmak oldukça önemlidir. Bu nedenle; Ma.Ca. konusunda genç yaş grubundaki bireylerin farkındalığı artırılarak bu bireylerin yaşamlarına sağlıklı yıllar katılabilir.

Bu çalışma Gaziantep Üniversitesi'nde eğitim gören kız öğrencilerin Ma.Ca. ve KKMM konusunda duyarlılığın artırılması, mevcut bilgilerin ve davranışlarının takip edilmesi ve gerekli bilgilenmenin sağlanması amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma evrenini 2010-2011 eğitim-öğretim yılında Gaziantep Üniversitesi'nin Fen Edebiyat Fakültesi(n=1323), Mühendislik Fakültesi (n=1085), İktisadi İdari Bilimler Fakültesi (n=650), Eğitim

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Fakültesi'nde(n=624) okuyan 3682 kız öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme(evrenin belli olduğu durumda olayın sıklığını inceleme formül ile belirlenmiş(n=847)) 1114 kız öğrenci alınmıştır. Bu öğrencilere 15 Şubat-15 Mart tarihleri arasında eğitim öncesi anket formu ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ) uygulanmıştır. Test sonu Ek 5'de görülen içinde anket formunda sorulan soruların yanıtlarının olduğu Ma.Ca. ve KKMM'ye ilişkin eğitim sunusu ve Türkiye Meme Vakfı'ndan temin edilen KKMM broşürü kullanılarak, en az 20-en fazla 30 kişiden oluşan yaklaşık 45 gruba, 30'ar dakikalık eğitim verilmiştir. Eğitimden hemen sonra aynı anket formu ve SİMÖ tekrar uygulanmıştır. Eğitimin sonunda konuyla ilgili yeniden görüşüleceği söylenip, 1 ay sonraki buluşma için gün, saat ayarlanmıştır. 15 Mart-15 Nisan tarihleri arasında, randevuya gelen 747 öğrenciye (%67) aynı anket formu ve SİMÖ uygulanarak değerlendirmeye alınmıştır. Veri toplama anket formunda 12'si sosyo-demografik özellikler, 26'sı Ma.Ca. ve KKMM'ye ilişkin toplam 38 soru bulunmaktadır. Sorularda açık 10 ve kapalı uçlu 28 soru bulunmaktadır. Bireylerin Ma.Ca. ve KKMM ile ilgili inanç ve tutumları saptamak için kullanılan SİMÖ; Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiş 1993, 1997, 1999'da yeniden düzenlenmiş 52 madde içermektedir. Ma.Ca'da SİMÖ ülkemizde üç ayrı çalışmayla Türkçe'ye uyarlanmıştır (Gözüm -Aydın,2004; Karayurt,2003; Seçginli-Nahcıvan,2004). Sağlık İnanç Modeli'nin(SİM) 8 kavramı, ölçeğin 8 alt boyutunu oluşturmaktadır. Ma.Ca. duyarlılık algısı alt boyutunda 3 madde, ciddiyet algısı alt boyutunda 6 madde, sağlık motivasyonu alt boyutunda 5 madde, KKMM uygulamasına ilişkin yarar algısı alt boyutunda 4 madde, KKMM uygulamalarına ilişkin engel algısı alt boyutunda 8 madde, KKMM öz-etkililik alt boyutunda 10 madde, mamografi yararları alt boyutunda 5 madde, mamografi engelleri alt boyutunda 11 madde bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1'den 5'e kadar değişen 5'li likert tipi ölçekleme yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin tüm boyutlarının en düşük puanı alt grubun en az puanlarının toplamı, en yüksek puanları alt grubun en fazla puanlarının toplamıdır. Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir. Ölçeğin her alt boyutu ayrı ayrı değerlendirilir, tek bir toplam puanda birleştirilmez. Çalışma Gaziantep Üniversitesi Rektörlüğü'nden alınan resmi izinle, fakülte öğretim elemanları işbirliği ile araştırmanın ve eğitimin amacı konusunda bilgi verilmiştir. Duyurulardan sonra eğitimlere katılmaya gönüllü öğrencilerle görüşülmüş, sözlü onamları alındıktan sonra katılımcılar gruplara ayrılmıştır. Belirlenen gruplara 15 Şubat-15 Mart 2011 tarihleri arasında teorik-görsel-uygulamalı eğitim verilmiştir. Her biri en az 20 en fazla 30 öğrenciden oluşan yaklaşık 45 gruba, eğitim öncesi 38 sorudan oluşan anket formu ve 52 madde içeren SİMÖ uygulanmıştır. İlk anket formu uygulandıktan hemen sonra, Türkiye Meme Vakfı'ndan temin edilen KKMM broşürü ve içinde anket formunda sorulan soruların yanıtlarının olduğu Ma.Ca. ve KKMM'ye ilişkin eğitim sunusu kullanılarak öğrencilere 30'ar dakikalık eğitim verilmiştir. Bireysel her bir öğrenciye KKMM uygulamalı olarak araştırmacı tarafından gösterilmiştir. Öğrencilere kendi üzerinde KKMM uygulaması yaptırılmıştır. Bu eğitimden hemen sonra anket formu ve SİMÖ tekrar uygulanmıştır. Eğitimin sonunda konuyla ilgili tekrar görüşülmek üzere 1 ay sonraki buluşma için gün ve saat ayarlanmıştır. 15 Mart-15 Nisan tarihleri arasında verilen randevuya gelen 747 öğrenciye (%67) aynı anket formu ve SİMÖ uygulanmıştır. Araştırma bulgularının istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 16,0 paket programı ile istatistiksel analizler yapılmıştır. Araştırma için Gaziantep Üniversitesi etik kurul izni alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya alınan öğrencilerin %50,9'unun 19-20 yaş aralığında, %94,9'unun bekar, %48'inin Gaziantep ve komşu illerde doğduğu, %63'ünün il merkezinde oturduğu, %70,4'ünün çekirdek aileye sahip, annelerinin %34,8'inin, babalarının %38,4'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %46,8'inin gelirinin giderine denk, %75'inin SGK'lı olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitimde %15,8'inin, 1 ay sonra izlemde %11,6'sının ailesinde Ma.Ca bulunduğ; eğitimde %88,7'sinin, 1 ay sonra izlemde %90'ünün daha önce meme hastalığı tanısı almadığı; eğitim öncesi %83,9'unun Ma.Ca. ve KKMM ile ilgili bilgi almadığı, eğitim sonrası ve 1 ay sonra izlemde hepsinin bilgi aldığı; eğitim öncesi bilgi alanların %2,8'inin radyo-tv ve arkadaş, 1 ay sonra izlemde %59,6'sının hemşireden bilgi aldığını; meme hastalıklarıyla ilgili bir sorun olduğunda veya kontrol amacıyla eğitim öncesi %46,1'inin devlet hastanesi, 1 ay sonra izlemde %76,6'sının kanser araştırma merkezine başvuracakları saptanmıştır. Öğrenciler eğitim öncesi %50,3'ü anne, kız kardeşinde Ma.Ca. bulunmasının, eğitim sonrası %85,6'sı, 1 ay sonra izlemde %86,6'sı 4 seçeneğinin Ma.Ca. risk faktörü olabileceğini; eğitim öncesi %38'inin kendisini düşük, eğitim sonrası %43,8'inin çok yüksek, 1 ay sonra izlemde %32'sinin yüksek risk kategorisinde gördükleri; eğitim öncesi %34,5'i, eğitim sonrası %98,6'sı, 1 ay sonra izlemde %98,8'i sekizde bir kadında Ma.Ca. görüldüğünü; eğitim öncesi %27,3'ü 2, eğitim sonrası ve 1 ay sonra izlemde hepsi 10 Ma.Ca. belirtisini bildiğini; Ma.Ca.'da erken tanı yöntemlerine eğitim öncesi %44,1'i doktor muayenesi, 1 ay sonra izlemde %96,8'i 3 erken tanı yöntemi olduğunu; eğitimde %96'sı, 1 ay sonra izlemde %92'si meme muayenesi yaptırmadığını; eğitimde meme muayenesi yaptıranların %3,5'i, 1 ay sonra izlemde %7,4'ü doktor tarafından muayene edildiğini; eğitimde %95,2'si, 1 ay sonra izlemde %90,5'i mamografi/ultrasonografi çekmediğini; eğitimde %39,3'ü 30-39 yaş aralığında; eğitim sonrası ve 1 ay sonra izlemde hepsi 20 yaşında KKMM'ye başlanır dediği; KKMM amacına eğitim öncesi %83,6'sı meme dokusundaki bir kitleyi fark etme; 1 ay sonra izlemde

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

%98'i kendi meme dokusunu daha iyi tanımak olduğunu; eğitim öncesi %90,8'i herhangi birgün, 1 ay sonra izlemde hepsi adet başlamasında 5-7 gün sonra KKMM yapıldığını; eğitim öncesi %87'si menapoz sonrası KKMM yapma zamanını bilmediğini; 1 ay sonra izlemde %97,5'i menapoz sonrası her ayın belli bir günü meme muayenesinin yapılması gerektiğini söylemiştir.

KKMM'nin yapılma süresini eğitim öncesi %87'si bilmediğini; 1 ay sonra izlemde hepsi 5'er dakika meme muayenesi yapıldığını; eğitim öncesi %96,6'sı KKMM yapmadığını; 1 ay sonra izlemde hepsi KKMM yaptığını; eğitim öncesi KKMM yapanların %3,4'ü ağrı olduğunda, 1 ay sonra izlemde hepsi ayda bir KKMM yaptığını; eğitim öncesi %80,2'si, 1 ay sonra izlemde hepsi en uygun birkaç parmakla dairesel hareket kullanarak KKMM yapılacağını; muayenede eğitim öncesi %50,8'i 1 ay sonra izlemde hepsi her iki memenin elle muayenesinin en doğru olacağını; eğitim öncesi %62,7'si, 1 ay sonra izlemde hepsi kolu başüstü, meme dokusuna dairesel hareketlerle bastırarak meme muayenesi yapmanın en doğru olacağını; eğitim öncesi KKMM'yi %81,8'i nasıl yapacağını bilmediğini, 1 ay sonra izlemde hepsi KKMM yaptığını ifade etmiştir.

Eğitim öncesinde KKMM bilme ile KKMM yapma; fakülteler ile erken tanı yöntemi bilme, KKMM amacı, KKMM yapma; ailede Ma.Ca. bulunması ile meme hastalığı bulunma, ultrasonografi çekirme ve KKMM yapma amacını bilme; KKMM'ye başlama yaşı ile ailede Ma.Ca. bulunma ve önceden geçirilmiş meme hastalığı; anne eğitimi ile Ma.Ca.'nın en fazla görüldüğü kişiler ve Ma.Ca. görülme sıklığı; ailede Ma.Ca. olan kişilerin yakınlık derecesi ile Ma.Ca. risk faktörleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,05$).

Eğitim sonrası Fakülteler ile meme ile ilgili, kontrol amacıyla başvurulacak kurumlar; başvuracakları kurumla oturlan yer, sosyal güvence, ekonomik durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,05$).

1 ay sonra izlemde Fakülteler ile KMMM olma, mamografi/ultrasonografi çekirme, ailede Ma.Ca. bulunması arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,05$).

Sonuç: Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılandırılmış KKMM eğitimi ile yapılan girişim sonrasında duyarlılık, önemseme ve öz-etkililik, sağlık motivasyonu ve yarar algılarında artma, engeller boyutunda azalma tespit edilmiştir.

Öneriler: kız öğrencilere Ma.Ca.'nın belirti ve bulguları, erken tanınması, KKMM'nin önemi, nasıl yapılacağı eğitimleri düzenlenmeli, eğitimin sürekliliği sağlanmalı,

Yazılı ve görsel kitle iletişim araçlarıyla Ma.Ca ve Ma.Ca'nın erken tanısı gibi konularda doğru ve etkili eğitici yayın yapma için çalışmalar başlatılmalı; Bireylerin başvuracağı birimler belirlenmeli,

KKMM engellerinin azaltılması(pozitif mesajlarla korku, unutma, ihmalkârlık v.b), duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM yararları ve KKMM öz-etkililiğinin artırılmasına yönelik girişimler (KKMM yararları, erken teşhisin önemi mesajları, kitlesi meme maketi ile öz-etkililiğin artırılması v.b.) yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kız Üniversite Öğrencisi, Meme Ca, Meme Ca. Eğitimi, Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma

468

BEL VE PELVİS AĞRISI OLAN GEBELERİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ VE UYGULANAN EGZERSİZ PROGRAMININ ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

Serpil Özdemir¹, Hatice Bebiş¹, Tülay Ortabağ¹, Cengizhan Açikel²

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi HYO Halk Sağlığı Hemşireliği BD, ²Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı AD, Epidemiyoloji BD

Giriş ve Amaç: Gebelikle ilişkili fizyolojik nedenlerden kaynaklandığı varsayılan bel ve pelvis ağrısı, maternal sağlığı biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden olumsuz etkileyebilmektedir. Pek çok ülkede farklı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

araştırma desenleri ile yapılan çalışmalarda, kadınların gebelikleri boyunca %20-90 arasında değişen sıklıkta bel ve pelvis ağrısı yaşadığı bildirilmektedir. Ancak, bel ve pelvis ağrısı doğum öncesi bakımda görev alan sağlık personeli tarafından; “normal” ve “kaçınılmaz” olarak değerlendirilmesi nedeniyle, sıklıkla göz ardı edilmektedir.

Gebeliğinde bel ve pelvis ağrısı yaşayan kadınların; ev işlerini yürütme, çocuklarına bakma, giyinme, soyunma gibi kişisel bakımlarını sağlama, uzun süre oturma, oturdukları yerden kalkma, yatakta bir yandan diğer bir yana dönme, uzun süre yürüme, hafif yükleri kaldırma ve taşıma gibi pek çok günlük yaşam aktivitesini yerine getirmede zorluk yaşadıkları ve cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda, gebeliği süresince bel ve pelvis ağrısı yaşayan kadınların %25’inin çok ciddi düzeyde ağrı yaşadığı, %8-36’sında ise çeşitli derecelerde fonksiyonel yetersizlik meydana geldiği bildirilmektedir.

Gebelikte ilişkili bel ve pelvis ağrısı, kadın sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorun olmasına rağmen, ağrının tanınması ve yönetilmesine yönelik sınırlılıklar bulunmaktadır. Gebelikte bel ve pelvis ağrısının yönetimi ile ilgili yapılan sistematik incelemelerde ele alınan araştırmaların; türleri, yöntemleri, örneklem büyüklükleri, randomizasyon seçimleri gibi pek çok metodolojik özellik açısından, sınırlı oldukları ve önemli derecede bias potansiyeli taşıdıkları belirtilmektedir. Bunun yanı sıra ağrıya yönelik olarak yapılan, egzersiz programlarının, fizik tedavi yöntemlerinin, akupunkturun, destekleyici kemerlerin ağrıyı gidermede çeşitli derecelerde etkili bulunduğu fakat bel ve pelvis ağrısını gidermeye yönelik etki derecelerinin düşük düzeyde olduğu ve irdelenen yöntemlerin etkilerinin açık olarak gösterilebileceği, sonuçlarının karşılaştırılabileceği ve genellenebileceği güçlü, tutarlı ve kaliteli kanıtların olmadığı bildirilmektedir.

Bu araştırmada gebelikte görülen bel ve pelvis ağrısını hafifletme ve gidermeye yönelik uygulanan sağlık eğitimi ve egzersiz programının etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, prospektif randomize kontrollü bir çalışma olarak yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi (GATF) Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları AD gebe izlem polikliniğine, Aralık 2011- Mayıs 2012 tarihleri arasında başvuran ve gebeliğe bağlı bel ve pelvis ağrısı olan tüm gebeler oluşturmaktadır. Örneklemi ise belirtilen tarih ve poliklinikte, takipleri yapılan ve gebelikte ilişkili bel ve pelvis ağrısı yaşayan gebelerden araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 96 gebe oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, Power and Sample Size paket programıyla, literatür dikkate alınarak egzersiz grubu ile kontrol grubu arasında, Visual Analog Skala (VAS) üzerinde, 15 mm standart sapma ve 10 mm’lik puan farkı olabileceği varsayılarak, %95 güven aralığında %90 güç ile her grupta 48 gebe olmak üzere toplam 96 gebe temsil etmektedir.

Araştırmada, veri toplama ve egzersiz eğitimi amacıyla iki türde form kullanılmıştır. Veri toplama formları, katılımcıların kişisel özellikleri, bel ve pelvis ağrısının durumu, fonksiyonel düzeye yönelik veri elde etmek amacıyla literatür esas alınarak geliştirilmiştir. Bu formlar; “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bel ve Pelvis Ağrısı Değerlendirme Formu”, “Haftalık Ağrı Değerlendirme Formu” ile “Egzersiz Günlüğü”dür.

Tanıtıcı Bilgi Formu, kişisel özellikler ve gebelik öyküsü ile ilgili 24 soruyu içermektedir. *Bel ve Pelvis Ağrısı Değerlendirme Formu*, “Ağrı Öyküsü”nü içeren 13 soru ve günlük yaşamda fonksiyonel durumu on farklı açıdan değerlendiren “Oswestry Bel Ağrısı Sorgulama Formu” olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Bel ve pelvis ağrısının şiddeti tüm dünyada yaygın olarak kullanılan, geçerli ve güvenilir olduğu kabul edilen, “VAS” ile değerlendirilirken, fonksiyonel duruma ilişkin veriler, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan “Oswestry Ölçeği” ile belirlenmiştir. *Haftalık Ağrı Değerlendirme Formu*, araştırma kapsamında uygulanacak egzersiz programının ağrı üzerinde yarattığı değişimi haftalık olarak belirlemek amacıyla kullanılan ve 7 sorudan oluşan bir takip formudur. *Egzersiz Günlüğü*, gebenin egzersiz yapma durumunu günlük olarak kayıt edebileceği bir takip formudur.

Eğitim formlarının hazırlık sürecinde ilgili literatür incelenerek, amaca yönelik hedefler belirlenmiş ve bu hedefler doğrultusunda içerik geliştirilmiştir. Bu formlar; “Bel ve Pelvis Ağrısı Bilgilendirme Kitapçığı”, “Bel ve Pelvisi Koruma Yöntemleri Kitapçığı” ile “Egzersiz Eğitim Kitapçığı” olmak üzere üç formdur. Kullanılan tüm formların, dil açısından anlaşılabilirliği ve içerik olarak uygunluğu araştırmanın ön uygulamasında 14 gebe ile değerlendirilmiş olup ön uygulamaya ait sonuçlar çalışmanın dışında tutulmuştur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Uygulama aşamasında, araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve katılmaya gönüllü olan, gebelerin öncelikle tanıtıcı özellikleri belirlenmiş, bel ve pelvis ağrısı öyküsü alınmıştır. Tüm gebelerin ağrı şiddeti ölçülerek, fonksiyonel düzeyleri saptanmıştır. İlk değerlendirmelerin ardından, kapalı zarftan kura çekilerek yapılan randomizasyon ile araştırmanın kontrol grubu ile egzersiz grubu belirlenmiştir.

Kontrol grubu, standart bakım almaktadır ve dört hafta boyunca haftalık olarak ağrı takibi yapılmıştır. Dört haftanın sonunda gebelerle yüz yüze görüşülerek bazı tanıtıcı özellikleri, ağrı öyküsü ve fonksiyonel durum tekrar değerlendirilmiştir. Bu görüşmede haftalık ağrı değerlendirme formu alınarak çalışma sonlandırılmıştır. İstekli olan gebelere çalışmanın sonunda danışmanlık yapılmıştır.

Egzersiz grubunda, standart bakımın yanı sıra bel ve pelvis ağrısını hafifletme ve gidermeye yönelik geliştirilen, sağlık eğitimleri ve egzersiz programı dört hafta süre ile uygulanmıştır. Çalışma süresince gebelerden, günlük yaşamlarında doğru postür geliştirmeleri ve vücut mekaniklerine uygun hareket etmeleri ile haftada en az üç gün yarım saat orta tempoda egzersiz yapmaları istenmiştir. Dört haftanın sonunda gebelerle yüz yüze görüşülerek bazı tanıtıcı özellikleri, ağrı öyküsü ve fonksiyonel durum tekrar değerlendirilmiştir. Haftalık ağrı değerlendirme formları ile egzersiz günlükleri alınmıştır. İstekli gebelere danışmanlık sürdürülmüştür.

Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde (%), ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama±standart sapma (\pm ss) ve minimum-maksimum (min-mak) değer şeklinde gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları, Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası farklılığın araştırılmasında, normal dağılıma uyan değerler için Student t Testi, uymayan değerler için Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Grup içi farklılığın araştırılmasında, normal dağılıma uyan değerler için Paired Samples t Testi, uymayan değerler için Wilcoxon Testi uygulanmıştır. Normal dağılıma uymayan, tekrarlı ölçüm sonuçları Friedman Testi ile analiz edilmiştir. Kesikli değişkenlerin analizinde ise, Pearson Chi-Square Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Gebelikte bel ve pelvis ağrısı gelişiminde risk faktörü olarak değerlendirilen; Beden kitle indeksi (BKİ), anne yaşı, parite, gebelik haftası, ağrının başladığı hafta, önceki gebeliğinde bel ve pelvis ağrısı deneyimi, eğitim seviyesi, çalışma ve ekonomik durum, sigara kullanma durumu gibi faktörleri açısından çalışmanın başlangıcında, gruplar arasında istatistiksel bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çalışmanın başlangıcında, her iki grupta dinlenme ve aktivite sırasındaki ağrı şiddeti ile fonksiyonel durum arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubunda çalışmanın başlangıcında $VAS_{dinlenme-1}=42.77\pm 26.57$ iken çalışmanın sonunda $VAS_{dinlenme-2}=49.02\pm 24.89$ olduğu saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($z=1.271$, $p=0.204$). Egzersiz grubunda çalışmanın başlangıcında $VAS_{dinlenme-1}=50.44\pm 26.92$ iken, sonunda $VAS_{dinlenme-2}=29.75\pm 23.84$ olarak belirlenmiştir ve iki değerlendirme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($z=4.347$, $p=0.001$).

Çalışmanın başlangıcında, kontrol grubundaki gebelerin $VAS_{aktivite-1}=59.81\pm 22.60$ olarak bildirirken, çalışmanın sonunda $VAS_{aktivite-2}=62.50\pm 21.31$ olduğu belirlenmiştir ve iki ölçüm arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($z=1.132$, $p=0.258$). Egzersiz grubunda ise çalışmanın başlangıcında $VAS_{aktivite-1}=60.71\pm 22.53$ iken, çalışmanın sonunda $VAS_{aktivite-2}=35.40\pm 23.57$ olduğu tespit edilmiştir ve iki ölçüm arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($z=4.829$, $p=0.001$).

Çalışmanın başlangıcında, kontrol grubunda fonksiyonel düzey puan ortalaması $Oswestry_{-1}=31.29\pm 7.04$ olarak belirlenmişken, çalışmanın sonunda $Oswestry_{-2}=31.96\pm 7.12$ olduğu saptanmıştır ve iki değerlendirme arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır ($t=0.608$, $p=0.546$). Egzersiz grubunda ise, çalışmanın başlangıcında $Oswestry_{-1}=32.25\pm 7.59$ olarak belirlenmişken çalışmanın sonunda, $Oswestry_{-2}=26.40\pm 8.03$ olduğu bulunmuştur ve iki ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($t=4.970$, $p=0.001$).

Araştırma gruplarında, çalışma sonundaki dinlenme ve aktivite sırasındaki ortalama ağrı şiddeti karşılaştırıldığında; kontrol grubunda $VAS_{dinlenme-2}=49.02\pm 24.89$ ve $VAS_{aktivite-2}=62.50\pm 21.31$ iken, egzersiz grubunda $VAS_{dinlenme-2}=29.75\pm 23.84$ ve $VAS_{aktivite-2}=35.40\pm 23.57$ olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında hem

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

dinlenme ($z=3.598$; $p=0.001$) hem de aktivite ($z=5.090$; $p=0.001$) sırasında bildirilen ortalama ağrı şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Çalışmanın sonunda, araştırma grupları fonksiyonel düzey puan ortalaması açısından karşılaştırıldıklarında; kontrol grubunda Oswestry₂ puan ortalamasının 31.96 ± 7.128 (ileri düzeyde yetersizlik), egzersiz grubunda ise 26.40 ± 8.034 (orta düzeyde yetersizlik) olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu bulguya göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t=3.588$; $p=0.001$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Bel ve pelvis ağrısı olan gebelerde abdominal, sırt ve kalçanın ekstansör kaslarına yönelik olarak yapılan stabilizasyon egzersizleri, kas kuvvetini artırarak ağrı şiddetinin azaltılmasında, fonksiyonel durumun geliştirilmesinde ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli derecede yarar sağlamaktadır.

Literatürde gebelikte görülen bel ve pelvis ağrısını gidermeye yönelik benzer uygulamaların yapıldığı görülmektedir. Kluge ve ark. (1) gebelikte bel ve pelvis ağrısına yönelik olarak 10 hafta boyunca devam eden, bir kez postür eğitimi verilmesini içeren ve haftada bir kez sınıfta uzman tarafından, iki kez ise evde yapılan aerobik egzersiz programının etkisini araştırmıştır. Başlangıçta iki grup arasında ağrı şiddeti ve fonksiyonel durum arasında fark yokken, programın sonunda egzersiz grubundaki gebelerde, kontrol grubundaki gebelere göre ağrı şiddetinin azaldığını ve fonksiyonel kapasitenin arttığını ve bu değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu bildirmektedir (1). Bu çalışmada ise, yürütülen sürekli sağlık eğitimi ve bireyselleştirilmiş ev egzersiz programının sonunda, Kluge ve ark. (1) çalışma sonuçlarına benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Kluge ve ark. (1) çalışmasında, grupların benzer dağılım özelliği göstermemesi ve hesaplanan örneklem büyüklüğüne ulaşılmaması araştırmanın sınırlılıkları olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada, çalışma grupları belirlenen risk faktörlerine göre benzer dağılım özelliği göstermektedir ve hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır. Ayrıca tüm gebelerin, hastane ortamında uzman bir kişi tarafından egzersiz yapma olanağına sahip olamayacağı düşünüldüğünde, bu çalışmada uygulanan sağlık eğitimi ve egzersiz programının uygulamasının daha kolay uygulanabilir olduğu değerlendirilmektedir.

Egzersiz programı gebeye seçme şansı tanıyan, bireyselleştirilmiş, uygulaması kolay ve mali bir yük getirmeyen uygulamaları içermelidir. Bunun yanı sıra gebelikte bel ve pelvis ağrısını hafifletmeye yönelik olarak yürütülen sağlık eğitimi sürekli olmalı, gebelerin egzersiz yapma durumları etkili bir şekilde mutlaka izlenmelidir. Bu çalışmada gebeler dört hafta boyunca haftada en az üç kez telefonla aranmış, ağrı ve egzersiz ile ilgili soruları yanıtlanmış, egzersiz yapmaya teşvik edilmişlerdir. Shima ve ark. (2) eş olmayan çalışma ($n=29$) ve kontrol grubu ($n=27$) ile gebelikte bel ve pelvis ağrısına yönelik 12 hafta süren bir çalışma yürütmüştür (87). On iki haftalık programın sonunda; gebelerin bel ve pelvis ağrısının şiddetinde azalma olduğu ancak uygulanan programın fonksiyonel durumu etkilemediği belirtilmektedir (87). Shima ve ark. (2) uyguladıkları egzersiz programının fonksiyonel durum üzerine etki etmeme nedeninin açık olmadığını ve bu durumun metodolojik sınırlılıklarından kaynaklanabileceğini bildirilmektedir. Shima ve ark.'nın (2) yaptıkları çalışmada örneklem büyüklüğünün nasıl hesaplandığı açık olmamakla birlikte çalışma süresince vaka kayıpları olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada ise; Shima ve ark.'nın (2) çalışmasındaki programın ağrı şiddeti ile ilgili bulgularına benzer sonuçlara ulaşılmışken, fonksiyonel durum ile ilgili sonuçlar arasında karşıtlık bulunmaktadır. Bu çalışmada yürütülen sürekli danışmanlık ve egzersiz programının, iki çalışma arasındaki farkın nedeni olabileceği düşünülmektedir. Aradaki bu farkın iki çalışmanın metodolojik tasarımından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bulguların aksine, Dumas ve ark. (3) uyguladıkları egzersiz programının gebelikte bel ve pelvis ağrısının şiddetini azaltmadığını ve fonksiyonel duruma etki etmediğini savunmaktadır. Ostgaard ve ark. (4) bireyselleştirilmiş eğitim, ergonomik tutum, ve egzersiz uygulamasının, gebe kadınlarda bel ve sırt ağrısına bağlı istirahat alma sayısının azalttığını ancak bel ve pelvis ağrısı olan kadınlarda etkili olmadığını bildirmektedir.

Gebelikte ilişkili bel ve pelvis ağrısı, normal popülasyonda görülen bel ağrısından karakteristik olarak farklar içermesine rağmen, gebelerde ağrıya yönelik olarak uygulanan egzersiz programları normal popülasyona uygulanan programların neredeyse aynısıdır. Bu çalışmada, gebelerin bireysel ve fiziksel özellikleri göz önünde bulundurularak, gebelikleri süresince yapabilecekleri egzersizleri seçerek onları düzenli olarak yapmaları yönünde danışmanlık verilmiştir. Bu çalışma ile elde edilen bulguların aksini savunan diğer çalışmalarda uygulanan egzersiz programın içerdiği egzersizlerin şekilleri, süresi ve sıklığında çeşitlilik olduğu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

değerlendirilmekle birlikte çalışmalar arasında, araştırma tasarımına ilişkin yöntemsel açıdan temel farklar bulunmasının bu farklılığa neden olabileceği düşünülmektedir.

Gebelikle ilişkili bel ve pelvis ağrısının sahada, hem birinci basamakta, gebe izlem polikliniklerinde bilgili ve ilgili sağlık ekibi tarafından rutin olarak taranması, ağrı şikayeti olan gebelerin, etkinliği kanıtlanmış sağlık eğitimi ve egzersiz programları ile doğru ve sistemli bir şekilde sağlık bakımı almaları, kadın sağlığının gebelik boyunca korunması ve geliştirilmesinde önemli katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir. Çünkü gebelikte görülen bel ve pelvis ağrısı doğum sonu dönemde ve yaşam boyu devam etme potansiyeli taşıyan, yaşam konforunu önemli ölçüde bozan, üzerinde hassasiyetle durulması gereken oldukça sık görülen önemli bir halk sağlığı ve kadın sağlığı konudur.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, bel ve pelvis ağrısı, egzersiz, sağlık eğitimi

Kaynaklar:

1. Kluge, J., Hall, D., Louw, Q., Theron, G., Grové, D., Specific exercises to treat pregnancy-related low back pain in a South African population. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 113(3), s. 187-191, 2011.
2. Shima, M.J., Leeb, Y.S., Ohc, H.E., Kim, J.S., Effects of a back-pain-reducing program during pregnancy for Korean women: A non-equivalent control-group pretest–posttest study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), s. 19-28, 2007.
3. Dumas, G.A., Leger, A., Plamondon, A., Charpentier, K.M., Pinti, A., McGrath, M., Fatigability of back extensor muscles and low back pain during pregnancy. *Clinical Biomechanics*, 25(1), s. 1-5, 2010.
4. Ostgaard, H.C., Zetherstrom, G., Roos-Hansson, E., Svanberg, B., Reduction of back and posterior pelvic pain in pregnancy. *Spine*, 19(8), s. 894-900, 1994

550

BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUK SAHİBİ ANNELERİN GEBELİK SÜREÇLERİ VE DOĞUM ŞEKLİ SEÇİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aylin Dizi, Damla Özmen, Şeyma Köksal, Eda Buse Akbulak, Şule Güler Kaçmaz, Fatih Torlak, Işıl Maral

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Kadınlar tüm yaşam süreçlerinde cinsiyetlerine özgü farklı biyolojik ve psikolojik evreler yaşarlar. Menarş, gebelik, doğum ve anne olma bunların başlıcalarıdır. Gebelik doğal bir süreç olmakla birlikte, özellikle ilk kez yaşandığı zaman bilinmeyenlerle dolu bir dönemdir. Gebelikte gerçekleşen doğal süreç çerçevesinde kadının vücudunda bir dizi yapısal ve işlevsel değişiklik meydana gelmektedir. Gebenin hem bu süreçle ilgili vücudunda gerçekleşen değişiklikler hakkında, hem de gebelik süreci boyunca rutin olarak yapılması gereken testler ve muayeneler hakkında sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmeye ihtiyacı vardır.

Doğum öncesi bakım (DÖB), anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. Tüm dünyada her yıl yaklaşık 600.000'den fazla kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirmektedir¹.

DÖB'ın ilk trimesterden başlanılarak düzenli aralıklarla gebeliğin sonuna kadar sürdürülmesi, gebelik boyunca annenin ve fetüsün sağlık durumlarının değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili sorunların ortadan kaldırılması, perinatal, maternal mortalite ve morbiditenin azaltılması için önemlidir. Nitekim Sağlık Bakanlığı Ulusal Anne Ölümleri Çalışması sonuçları da anne ölümlerinin %23,6'sında etki edici faktörün düşük kaliteli DÖB hizmetlerinin olduğunu belirtmektedir².

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ülkemizde hem Sağlık Bakanlığı hem de Maternal ve Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği tarafından gebe takip planları oluşturulmuştur. Bu planlarda hangi dönemde hangi bilgilerin aktarılması gerektiği de belirlenmiştir. Türkiye Sağlık Bakanlığı'nın yönergesine göre gebelik takibinde 4 adet izlem yapılır:

- 1.İzlem: Gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde,
- 2.İzlem: Gebeliğin 18-24. haftaları arasında,
- 3.İzlem: Gebeliğin 30-32. Haftaları arasında,
- 4.İzlem: Gebeliğin 36-38. Haftaları arasında yapılmalıdır3.

Gebe izlemleri şu alt başlıkları içerir: Öykü alma (kişisel bilgiler, tıbbi öykü, obstetrik öykü) , mevcut gebelik öyküsü (son adet tarihi, beklenen doğum tarihi, gebelik yakınmaları), fizik muayene, laboratuvar testleri (idrar tahlili, kan sayımı, kan grubu tayini, kan şekeri ölçümü), gebeye verilecek ilaç desteği, tedaviler, bağışıklama (demir desteği ve 12. haftadan itibaren tetanoz bağışıklaması) , bilgilendirme ve danışmanlık hizmetidir.

Araştırmanın genel amacı Türkiye’de seçilen illerdeki 5 yaş altı çocuğu olan annelerin gebelik sürecinde yaşadıklarının ve doğum şekli seçimlerinde etkili olan faktörleri saptamaktır.

Seçilen illerdeki 0-5 yaş grubu çocuk sahibi olan kadınların yaşadıkları bölgelerin; tercih ettikleri doğum şekillerine, isteyerek düşük (kürtaj) yapıp-yapmadıklarına, tetanoz aşısı olup-olmadıklarına, üçlü tarama testi yaptırap-yaptırmadıklarına, gebeliklerinde sigara-alkol alışkanlığı, madde bağımlılığı ve ilaç kullanımı hakkında bilgilendirilme hizmeti alıp-almadıklarına etkisi olup olmadığını belirlemektir.

Bunların yanında kadınların sosyo-ekonomik durumları ile kürtaj yaptırap yaptırmamaları, kadınların gebelikleri boyunca beslenme ve diyet konusundaki bilgilendirme hizmeti alıp almamaları ile gebelikleri sırasında gestasyonel diyabet yaşayıp yaşamama durumları ve son doğumlarında doğum şekli tercihleri ile bir dahaki doğumda tercih edecekleri doğum şekli arasında ilişki olup olmadığını saptamaktır.

Analizlerde araştırılan ilişkiler için istatistiksel önemlilik seviyesi $p < 0,05$ olarak değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 2 öğrencilerinin “klinik uygulamalara giriş” programı kapsamında planlanan tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın konusu ilgili literatürler tarandıktan sonra Kasım – Aralık 2012 döneminde belirlenmiştir. Araştırmanın uygulanacağı seçilen iller araştırıcı grubunun ailelerinin yaşadıkları Aydın, Gaziantep, Yozgat, Giresun, İstanbul illeridir. İstanbul’dan 2 (Moda ve Kartal) diğer illerden birer aile sağlığı merkezi belirlenmiştir. Seçilen illerde anket uygulanmadan önce Türkiye Sağlık Bakanlığı aile sağlığı merkezlerinden ve sağlık müdürlüklerinden sözlü olarak gerekli izinler alınmıştır. Katılımcılara uygulanacak çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşan 30 soruluk anket katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini, obstetrik hikayelerini, doğum şekli ve seçim kararlarına etkili olan nedenleri içermektedir.

Araştırmada Ocak-Şubat 2012 döneminde aile sağlığı merkezlerine başvuran 5 yaş altında çocuğu olan 240 anneye yüz yüze görüşme tekniğiyle anket uygulanmıştır. Eğer 5 yaşın altında birden fazla çocuğu varsa sadece en küçük çocuğa ilişkin doğum öncesi dönem hakkında bilgi toplanmıştır. Toplanan veriler Mart - Nisan 2012 döneminde SPSS 11.0 analiz edilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri katılımcıların yaşadığı bölge, eğitim düzeyleri, sosyo-ekonomik durumlarıdır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise katılımcıların doğum öncesi bakım alıp almama durumları, doğum öncesi bakımda yapılan izlem içeriği, tercih edilen doğum şekli, gebelikte bilgilendirme hizmeti alıp almama durumları, gebelik süresince komplikasyon (Kanama, preeklamsi/eklamsi, gestasyonel diyabet...) yaşayıp yaşamama durumları ve bir sonraki gebelikte tercih edilecek doğum şeklidir. Araştırmamızın güçlü yanları; farklı coğrafi bölgelerdeki farklı kültürlerdeki kadınlara uygulanması ve araştırmanın yüz yüze uygulama tekniğiyle gerçekleştirilmesi sayesinde daha güvenilir cevaplar toplanabilmiş olmasıdır. Araştırmanın sınırlılıkları; seçilen bölgelerdeki bütün annelere ulaşılamaması, örneklem hesabı yapılmadığı için genelleme yapılamamasıdır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Türkiye’de seçilen 5 ildeki 6 merkezde 0-5 yaş grubu çocuk sahibi 240 annenin ; yaş ortalaması $31,3 \pm 5,5$,ortalama gebelik sayısı $2,2 \pm 1,2$ ve ortalama doğum öncesi bakım sayısı $10,2 \pm 4,9$ ’dur.Katılımcıların %42,5’i yüksek öğrenim mezunu , %54,6’sı çalışmakta ve %46,3’ü ise 2500 TL ve üzeri bir aylık gelire sahiptir. Katılımcılarımızın %72,9’u isteyerek gebe kalmıştır. Annelerin %97,9’u en az bir kez doğum öncesi bakım almıştır. Bütün doğum öncesi bakımların %50,4’ü özel hastaneden alınmıştır. Doğum öncesi bakımların tümü değerlendirildiğinde, kilo ölçümü %91,7’sinde, idrar tahlili %86,3’ünde, kan basıncı ölçümü %85,4’ünde ve tetanoz bağışıklaması %71,3’ünde yapılmıştır. Üçlü tarama testi %80,0’üne uygulanmıştır. Annelerin %69,6’sı gebelikleri süresince herhangi bir komplikasyon yaşamamışlardır. Gebelikleri döneminde komplikasyon yaşamış olan annelerin geçirdikleri en sık komplikasyon %16,7 ile gestasyonel diyabet olmuştur. Annelerin %88,3’ü gebelikleri döneminde bilgilendirme hizmeti almıştır. Bilgilendirme hizmeti almış olan annelerin %95,0’i doktorları tarafından , %50,4’ü özel hastanede bilgilendirilmiştir. En çok bilgilendirildikleri konu %70,0 yüzdesiyle beslenme ve diyetdir. Katılımcıların %53,4 sezaryen doğumu tercih etmiş ve %58,3’ü son doğumlarını özel hastanede yapmıştır. Katılımcıların %54,2’si son doğum şekli kararları kendilerine ait, %41,3’ünün ise doktorlarına aittir.

Tartışma ve Sonuç: Türkiye’de seçilen 6 merkezde (Aydın, Gaziantep, Yozgat, Giresun, İstanbul - Moda ve Kartal) 0-5 yaş arası çocuk sahibi olan annelerin gebelik süreçlerinin ve doğum şekli seçimlerinin incelenmesi için anket çalışması yapıldı.

Sağlık Bakanlığı, gebelik boyunca yapılması gereken bakım sayısını gebelikte herhangi bir risk yok ise en az 4 olarak belirtmiştir. Araştırmamıza katılan annelerin gebelikleri boyunca aldığı ortalama doğum öncesi bakım sayısı ise yaklaşık 10 olup önerilen alt sınırın üzerindedir. 2009 Türkiye Sağlık Bakanlığı verilerine bakıldığında bu sayının Türkiye’de ortalama 3,6 olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda en az bir kez doğum öncesi bakım alanlar %98 oranında iken 2008 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması verilerine göre bu oran %92’dir. Buna rağmen her bir muayene sırasında yapılması gereken kan basıncı ölçümü katılımcıların %9,3’üne , kilo ölçümü ise %14,6’sına yapılmamıştır. Bu sonuç, doğum öncesi bakımın niceliğinin yanında niteliğinin de incelenmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmamızın sonucunda doğum öncesinde beslenme ve diyet hakkında bilgilendirme alıp almama ve gebelik sırasında gestasyonel diyabet yaşanması arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Gestasyonel diyabeti olanlar tanıyı takiben diyet konusunda daha fazla bilgilendirme almışlardır.

Gebelik sırasında tarama testi yapılması ile yaşanan yer arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Özellikle Yozgat’ta tarama testi yapılma oranı düşüktür. Bunun, o bölgede yaşayan kadınların bu testler hakkında bilgilerinin az olmasıyla ve testlerin maliyetinden dolayı doktorlar tarafından tercih edilmemesiyle alakalı olduğu düşünülmektedir.

Sağlık Bakanlığı 2009 verileri ve çeşitli araştırmalar incelendiğinde sezaryen oranlarında yıllara göre artış olduğu ve bu oranların Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen oranın üzerinde olduğu görülmüştür. Bizim araştırmamızda katılımcıların %53’ünün sezaryen, %47’sinin normal doğum gerçekleştirdiği bulunmuştur. Bu sezaryen oranı diğer araştırmalarda da olduğu gibi önerilen oranın üzerindedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından son yıllarda yapılan araştırmalarda özel hastanelerin sezaryen oranını arttırdığı belirlenmiştir. Araştırmamızda doğum şekli ile doğumun özel hastane veya devlet hastanesinde yapılması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. 2005 yılında Çivili’nin yaptığı araştırmada, çalışan kadınların çalışmayanlara göre sezaryen doğum yapma oranlarının daha yüksek olduğu bulunurken, araştırmamızda bu konuyla ilgili anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmamızda yaşanan yer ile doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özellikle küçük şehirlerde yaşayan geleneksel ailelerde sezaryenle doğum yapan kadınların eski gücüne hiçbir zaman kavuşamayacağı dolayısıyla bu şekildeki doğumun iş gücü kaybına neden olacağı görüşünün bu konuda etkili olduğu düşünülmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bundan önceki araştırmalar incelendiğinde, özellikle Gözükara ve Eroğlu'nun araştırmasında, sezaryen seçimini en çok etkileyen nedenin doğum ağrısında korkma olduğu görülmüştür. Bunu sezaryenin bebek için daha sağlıklı olacağını düşünme izlemektedir. Bizim araştırmamızda ise doğum ağrısından korkma %14,6 oranında bulunurken sezaryen seçiminin başlıca nedeni % 40,8'lik bir oranla tıbbi zorunluluk olmuştur. Bunu %16,3'le önceki doğumun sezaryen olması izlemektedir. Bu da annelerin yarısından fazlasının tıbbi gerekçelerle sezaryen olduğunu göstermektedir.

Annelere doğum şekli kararının kime ait olduğu sorulduğunda %54,2 kararın kendisine, %41,3'si ise doktorlarına ait olduğunu belirtmişlerdir. Doktorun karar verme oranı geçmiş araştırmalara göre daha az bulunsa da bu sonuç tıbbi zorunluluklar dışında da doktorların doğum şekline karar verdiklerini göstermektedir. Kadınların sağlık personeli tarafından doğum şekilleri hakkında yeterli bilgilendirme alamamaları ve bunun sonucunda kendilerini doğum şekline karar verecek yeterlilikte görmemeleri buna sebep olmuş olabilir.

Öneriler: Gebelikte bakım hizmetlerinin niteliğiyle ilgili araştırmalar yapılması, sezaryen seçimini etkileyen faktörlerin araştırılması ve sezaryen oranlarını Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği seviyeye çekilmesi için çalışmalar yapılması, sağlık personellerinin anneyi doğum şekli hakkında bilgilendirmede daha fazla çaba göstermesidir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Öncesi Bakım, Doğum Şekli

Kaynaklar:

1. Doğum Öncesi ve Doğum Donrası Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliği, Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.
2. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005
3. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği işbirliğinde Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Öncesi Bakım Bilim Kurulu

571

BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE GELEN ERKEKLERİN PREMENSTRUAL SENDROMU ALGILAMAYA YÖNELİK NİTELİKSEL ÇALIŞMA

Seyhan Hıdıroğlu, Hasan Aksoy, Hilal İpek Yerkyenur, Ayşegül Khildolda, İftihar Gurbanov, Melda Karavuş

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Premenstrüel Sendrom (PMS), menstrüel siklusun luteal fazı sırasında ortaya çıkıp, menstrüasyonun başlamasıyla hızla düzelen somatik, bilişsel (kognitif), duygusal ve davranışsal bozuklukları tanımlamak için kullanılan bir terimdir (1). Kadınların çoğu her ay menstrüasyona bağlı hafif de olsa fiziksel ve emosyonel değişimler geçirmektedirler (2). National Association for Premenstrual Syndrome (NAPS)'a göre kadınlar, PMS'a ait yakınmalarını çoğunlukla "nörotik" ya da "hastalık hastası" tanımlarını almamak için uzun yıllar boyu saklamaktadırlar (3).

Artan PMS insidansının erkeklere yansımalarını görmek için İstanbul'un bir ilçesindeki ASM' ye başvuran erkeklerin premenstrual sendrom algısını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma İstanbul'un bir ilçesinde bulunan, Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilmiş niteliksel tiptedir. Niteliksel araştırmalar; kişilerin duygu ve düşüncelerini anlayabilmek için özel yöntemler kullanan bir araştırma yöntemidir. Araştırma ilçede yaşayan, Aile Sağlığı Merkezine başvuran erkek hastalardan gönüllü olarak seçilmiş olanlara açık uçlu sorular sorularak birebir görüşme yöntemi uygulanmıştır. Araştırmada

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

23- 64 yaş arası evli olan toplam 18 erkekle görüşülmüştür. Ortamın sessiz olması ve rahat konuşulabilmesi için Aile Sağlığı Merkezinde ayrı bir odada gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında, yarı yapılandırılmış görüşme rehberi hazırlanmıştır. Görüşme rehberi katılımcıların premenstrual dönemi nasıl algıladıklarını, premenstrual dönem hakkında duygu, düşünce ve davranışlarını; premenstrual dönemin karı ve kocasının ilişkisine nasıl etkilediğini ortaya koymak üzere 23 menstrual açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Derinlemesine görüşmeler Aile Sağlığı Merkezinde tek tek ayrı bir odada yürütülmüştür. Görüşmeler 15-30 dakika arasında sürmüştür. Katılımcılara araştırma hakkında aydınlatıcı bilgi verilerek sözlü onayları alındıktan sonra ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Veri analizinin ilk aşamasında ses kayıt cihazındaki tüm konuşmalar bilgisayarda Microsoft Word programı kullanılarak kelime kelime yazıya dönüştürülerek çözümlenmiştir. Daha sonra çözümlenmeler değerlendirilmiştir. Değerlendirilmede, tartışma çözümlenmeleri ve gözlem notları içerisinde mevcut olan, her türlü kavram ve ifade ayrıntılı şekilde incelenerek ana ve alt temalar oluşturulmuştur.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 43,5 (min.23-max.64) olup en büyük kesimi lise , ortaokul, ilkokul mezunu ve çok azını yüksekokul mezunu oluşturmaktadır. Katılımcıların eşlerini ilkokul mezunu oluşturmaktadır. Katılımcıların hayatının ilk on iki yılı en çok yaşadıkları bölgeler sorulduğunda sırasıyla Karadeniz bölgesi, Marmara Bölgesi, si Doğu Anadolu Bölgesi, İç Anadolu ve Ege Bölgesinde yaşamıştır.

Erkeklerin kadınların menstruasyon öncesi dönemdeki değişiklikleri hakkındaki bilgi durumları

Katılımcılarımızın bazıları eşlerinin menstruasyon öncesi dönemde hiç şikayetlerinin olmadığını belirtiyor. Eşleri ya gerçekten şikayetleri olmuyor ya da bu dönemi fark etmiyorlar. Fiziksel ve psikolojik şikayetleri fark edebiliyorlar. Fiziksel olarak yüzde sivilcelenme, çökme, karında şişlik psikolojik olarak en fazla sinirlilik olduğunu belirtiyorlar. Normal zamanda sinirlenmedikleri konularda bu dönemde çok çabuk sinirlenebildiklerini belirtiyorlar. Bazı katılımcılar ise bu dönemlerde eşlerinin hasta olduklarını, hiçbir iş yapmadıklarını bunun yanında çok duygusal olup gereksiz yere ağladıklarını, ifade etmişlerdir.

“Sinirli, ilgisiz olurlar. İşleri pek yapmaz ben hastayım der. Kendiniz ne yaparsanız yapın bana bulaşmayın der. Bir 10 gün öncesinde başlıyor, asabiyet oluyor. Kendine göre bir sıkıntısı oluyor ki yapıyor. O dönemde ev işlerinde değişiklikleri oluyor. Baş ağrıyor bazı yerleri ağrıyor.”(51 yaşında, İşçi, Lise)

Katılımcıların menstruasyon kavramını ne zaman ve nasıl duydukları ile ilgili

Katılımcılar menstruasyon kavramını ilk olarak 13- 14 yaşlarında sokakta, arkadaş çevresinde ve okul dönemlerinde duyduklarını, öğrendiklerini ifade ediyorlar. İlk olarak aybaşı, regl, adet hali diye öğrendiklerini belirtiyorlar.

“Aybaşı olarak öğrendim, arkadaş arasında konuşmalardan öğrendim. Okulda bir eğitim almadım. Ailemde de bu konular konuşulmazdı.”(23 yaş, Güvenlik personeli, lise)

Eşlerinin menstruasyon öncesi dönemi anlama durumu

Katılımcılar eşlerinde menstruasyon öncesi dönemde belirtileri ve şikayetleri olursa menstruasyon öncesi dönemi fark edebiliyorlar. Şikayetleri olmasa da takvimden takip edilebiliyor. Katılımcıların çoğu tanıdıkları kadınların menstruasyon öncesi dönemde olduklarını anladıklarını belirtiyorlar. Bazı katılımcılar da tanımadıkları kadınların bile menstruasyon öncesi dönemde olduklarını fark edebildiklerini belirtiyorlar. Katılımcıların çoğu ilk evlendikleri yıllarda rahat anlayamadıklarını daha sonraları daha rahat anlayabildiklerini ifade ederken kişilerin, Sinirlilik halinden, kokusundan, karındaki şişlikten, banyoyu fazlaca kullanmaktan anlaşılacağını belirtmektedirler.

“Tabi hissediyorum yüzüne bakınca anlıyorum. Bayanın adetli olduğunu aynı evde yaşayan biri olarak anlarım. O dönemde hassas ve titiz oluyor.”(56 yaş, emekli memur)

Esinin menstruasyon öncesi dönemde iştahında ve uykusundaki değişiklikleri fark etme durumu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcılar eşlerinin iştahında değişme olduğunu fark ediyorlar. Değişiklik olup artma ya da azalma oluyor. İştahında artma olanlarda tatlıya özellikle çikolataya düşkün olduklarını belirtmektedirler. Kadınlar bu dönemde pek iş yapmazlar, çok uyku uyurlar. Uykularında kan kaybına bağlı halsiz kaldıklarını ve uyku ihtiyaçlarının arttığını belirtmektedirler.

Kadınların doğum yapmalarıyla menstruasyon öncesi durumunun değişmesi durumu

Katılımcılar doğumdan sonra menstruasyon öncesi dönemin değiştiğini düşünüyorlar. Daha çok azaldığını belirtiyorlar. Katılımcılar genelde eşlerinin doğum öncesi bu belirtilerinin daha çok olduğunu, ilk evlendiği yıllar daha hassas olduğunu belirtirken doğumdan sonra arttığını ifade etmişlerdir. Şikayetlerinin azalmasını zamanla şikayetlerine karşı alışmaları olduğunu düşünmektedirler.

“Çocuk olduktan sonra muhakkak değişti bana karşı ilgisi azaldı. Çocuk olduktan sonra agresifliği artıyor.”(51 yaş, İşçi, Lise)

“Doğum sonrasında daha oturaklı daha hoşgörülü oldu, daha iyiye değişti. Ama kıskançlık arttı. Adetleri daha düzenli oluyor, ama adet öncesi saldırganlıklarda değişiklik yok.”(48 yaş, Özel sektörde çalışıyor, ortaokul)

Eşlerin(erkek), menstruasyon öncesinde sıkıntıları olduğunda eşlerine karşı davranışlarının durumu

Katılımcılarımızın çoğu eşlerine karşı bu dönemde daha anlayışlı olduklarını, şikayetlerinin kadının kendi elinde olmadığını bildiklerini belirtiyorlar. Katılımcılardan daha çok eğitim seviyesi artıkça bu dönemlerde eşine daha çok ilgi ve yardımcı olduklarını belirtirken, ilkökul mezunu olanlarda sinirlenip evi terk edip gittiklerini belirtmektedir. Bazı katılımcılar ise, Kendilerinde olan herhangi bir rahatsızlıkta kendilerine nasıl davranılmasını bekliyorlarsa o şekilde davranmaya çalıştıklarını belirtmektedirler.

“Evet. Anladığım zaman sesimi çıkarmam. Belli bir durum olduğu için hep alttan aldım ya da böyle davrandığımda evden çıkar giderdim. Ne halin varsa gör derdim. Evet basta bu sinirliliğine anlam veremezdim, sonradan anlayınca daha anlayışlı olmaya başladım. Ben ona anlayışlı olunca onunda sinirliliği azaldı.” (56 yaş, emekli, ilkökul)

Menstruasyon öncesindeki sıkıntısı olan kadınlara nasıl davranılmalı

Katılımcılar menstruasyon öncesi dönemde kadınların kendi ellerinde olmadan olan çeşitli şikayetlerinin olduğunu bildiklerinden bu dönemde eşlerine karşı anlayışlı davrandıklarını belirtiyorlar. ‘Anlayışlı davranmak’ kavramından bazı katılımcılar eşinin üzerine gitmemek, eşlerinden yapmaları gereken görevleri yapmadıklarında onlara bir şey demediklerini olduğunu belirtiyorlar. Bazı katılımcılar ise anlayışlı davranarak eşlerinin işlerinde yardımcı olarak ya da sakinleştirerek yaptıklarını belirtiyorlar.

Tartışma ve Sonuç: Bizim çalışmamızda tespit edilen agresif duygu durumunun fiili şiddete dönüştürüldüğü görülmesine de o dönemde ki kadınların eşlerine ve çocuklarına sözlü şiddette bulduklarını eşleri ifade etmişlerdir.

Yapılan bir çalışmada kadın hastalıkları ve psikiyatri servislerine PMS ya da PMDB sağaltımı için başvuran kadınların çoğunda menstruasyon öncesi kötüleşen duygu durum bozukluğu olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda katılımcıların bir kısmı eşlerinin o dönemde sürekli kadınların kocalarının yanında bulunmak istediğini ifade ederken, Yanlarında bulunmadıkları zaman eşlerinin bundan ötürü söylendiğinden yakındılar. Ayrıca eşlerinin o dönemde normalde kafasına takmayacağı şeyleri kafasına takıp dert ettiklerini ifade ettiler. Bir katılımcımız ise eşinin bu dönemde kadınlık cazibesini kaybettiğini d[1]üşündüğünü ifade etmiştir. Genel olarak bu düşünce ve davranışların kötüleşen duygu durumunun bir sonucu olduğu kanısındayız.

Çalışmamızda beklendiği gibi eşlerinin o dönemde iştahlarında artma olduğunu belirtirken, Bir katılımcı eşinin menstruasyon öncesi dönemde tatlı yiyecekleri aşırı tükettiğini ifade etmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Yapılan bir çalışmada karbonhidrat toleransının premenstrüel dönemde arttığını bu artışın PMS'lu kadınlarda görülen tatlılara aşermeyi açıklayabileceği belirtilmiştir.

Daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarına paralel olarak; Çalışmamızda menstrüasyon öncesi dönemde kadınların ev işlerini yapmakta problem yaşadıkları, bu konularda daha isteksiz oldukları saptanmıştır.

Bazı katılımcılarımız eşinin kendisini menstrüasyon öncesi dönemde daha fazla kıskandığını belirtti. Bir katılımcımız da kadınların bu dönemde daha kötü koktuklarını gözlemlediğini ifade etti. Daha önce yapılan çalışmalarda bu yönde verilere rastlanılmamıştır. Bunlara paralel olarak bizim çalışmamızda yer alan katılımcıların çoğu da eşlerinde gördükleri bu değişikliklerin menstrüasyon bitimiyle sonlandığını söylemişlerdir. Bir katılımcımız ise eşinin henüz menstrüasyon bitmeden menstrüasyonun dördüncü beşinci günlerinde rahatladığını belirtmiştir. Daha önceki çalışmalara bakıldığında kadınların % 80 inde hafif şiddette belirtiler görüldüğü bulunmuştur .

Bizim çalışmamızda da kadınların sosyal yaşam ve ilişkilerinin katılımcıların az bir kesimiyle bozulduğunu görmekteyiz. Bunlardan bazıları o dönemlerde evde bulunmamaya çalıştığını söylerken bir tanesi de eşinin ne hali varsa görmesini söylediğini ifade etti. Katılımcılarımızın çoğu eşlerine karşı bu dönemde daha anlayışlı olduklarını belirtirken, bazı katılımcılarımız eşlerinin o dönemde ev işlerini aksattığını belirtiyorlar. Yapılan çalışmalarda da kadınların menstrüasyon öncesi döneminde olağan etkinliklere karşı ilgi azalması olduğunu belirtiyor.

Genç katılımcılar eşlerine anlayış göstermenin yanında fiziksel olarak da yardımda bulunuyorlar. Sofra kaldırma ya da kahvaltı hazırlama gibi ev işlerinde yardımcı oluyorlar. Yaşlılarda ise anlayış gösterdiklerini belirterek ancak eşlerine yardım etmekten çok sadece tartışmaktan kaçınarak anlayış gösterdiklerini belirtmektedirler.

Katılımcılar kadınların kendilerindeki bu değişiklikleri doğal olarak tanımlayıp kabullendiklerinde bu süreci daha rahat atlatacakları görüşündeydiler.

Anahtar Kelimeler: Premenstrual sendrom, Gerginlik, menstrual Öncesi.

Kaynaklar:

- 1) Parker PD (1993) Premenstrual Syndrome. *Am. Fam. Physician.* Nov. 1993, 50 (6), 1309-1317
- 2) Reilly J, Kremer J (1999) A qualitative investigation of women's perceptions of premenstrual syndrome: implications for general practitioners. *British Journal of General Practice*, (49), 1999, 783-785.
- 3) Coombes R (2000) The violent curse of East Enders' Jackie. *Nursing Times*, 96 (22), 2000, 13.
- 4) Rapkin AJ (1992) Premenstrual Syndrome. *Clin. Obs. And Gyn. Sep. 1992, 35 (3), 585-6.*
- 5) Abraham GE, Taylor RJ (1991) *Current Obstetrics and Gynecology*, Lange & Appleton, 1991, 100-5.

701

BİR ÖZEL HASTANEDEKİ KADINLARIN DOĞUMA BAKIŞI

Rabia Sohbet, Fatma Geçici, Bilge Doğan, Selda Sarıgül, Pınar Sarısoy

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü'nün sezaryen konusunda önerisi sezaryen oranının %15 ile sınırlı kalması yönündedir. Ancak pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranı, bu hedefin üzerindedir. Türkiye'de, 2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması verilerine göre sezaryen oranı %21.2'dir. Bu artışın sebepleri arasında; kadınların eskiye göre daha geç yaşta evlenmeleri, daha geç yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi

olmak istemeleri, infertilite sorunları, “Riskli gebelik” ve “Kıymetli bebek” kavramı yer almaktadır. Pek çok kadın normal doğum ağrısı çekmemek, sancı duymamak için gebe olduğunu öğrendiği ilk günden itibaren sezaryenle doğum yapmaya karar vermektedir. Sezaryen, özellikle sağlık çalışanlarında tıbbi endikasyon olmaksızın çok tercih edilen yöntem haline gelmektedir(1).

Normal doğum eylemi, bebeğin anne vücudundan ayrılması olayının tamamen kendi ritmi ve düzeni içerisinde gerçekleşmesidir. Doğum eyleminin başlaması için dışarıdan bir müdahale olmaması ve doğum eyleminin ilerleme sürecinde hiçbir müdahale gerçekleşmemesi esastır. Anne adayları, anne olmaya doğum ağrılarını yaşadığı her aşamada bir adım daha yaklaştığını hissederek o hazzı tatmaktadır. Adım adım ilerleyen doğum süreci sırasında salgılanan oksitosin hormonu, meme dokusunu süt yapımına hazırlamaktadır. Anne genital organlarında yavaş yavaş ilerleyen doğum süreci belli uyum ve gelişmeyi sağlamaktadır(2).

Sezaryenle doğum bebeğin anne karnından uterus açılarak çıkartılmasıdır. Annenin ve bebeğin sağlığını tehdit eden her durumda veya vajinal yolla doğumun imkansız olduğu durumlarda sezaryen ile doğum yapılır. Ameliyatların steril koşullarda yapılması, kan verilebilmesi, kuvvetli mikrop kırıcı ilaçlar, modern cerrahi malzeme ve genel anestezi vermeden belden yapılan uyuşturma sayesinde ameliyatın tehlikesi daha aza indirilmiştir, nerdeyse normal doğum kadar tehlikesiz olmuştur(3).

Sezaryen tercih edilme nedeni: Sezaryen ile doğum tarihi belirlidir, ne zaman ne yapılacağı bilinir, Günümüzde teknik ve anestezi çok ilerlemiştir. Estetik sakınca söz konusu değildir. Normal doğum sancısı anne adaylarını korkuturken, sezaryen ile doğumda sancı yoktur(3).

Bu çalışmada; gebelerin normal ve sezaryen doğum tercih oranları, sebepleri ve tercihlerini etkileyen faktörlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı bu çalışma Gaziantep’te bir özel hastanede yatan 18 Kasım-16 Aralık 2011 tarihleri arasında hastaneye başvuran 250 kadının tamamına anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçilmemiş, bu tarihler arasında kadın doğum servisinde yatan doğum yapmış, araştırmaya katılmayı kabul eden ve rastgele seçilen kadınlara anket uygulanmıştır. Anket araştırmacılar tarafından oluşturulmuş, hastaya tanıtıcı bilgiler doğumla ilgili temel bilgileri içeren 22 soru sorulmuştur. Soru formu 8 açık uçlu, 14 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Elde edilen veriler SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde 0.05 anlamlılık düzeyi benimsenmiş, verilerin dağılımında sayı, yüzdelik değerleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan kadınların %19.0’u 18-22 yaş, %55.0’i 23-30 yaş, %17.0’si 31-35 yaş, %9.0’u 36-48 yaş arasındadır. Kadınların %30.0’unun ilköğretim, %30.0’nunu lise, %32.4’ünün yüksek öğretim mezunu, %60.8’inin ev hanımı olduğu; %30.0’unun aylık gelirinin 900 tl altında, %43.0’ünün 900-1550 TL arasında, %27.0’sinin 1550 TL üstünde olduğu; %68.8’i ilde, %22.4’ünün ilçe yaşadığı; %84.8’inin çekirdek aile, %15.2’sinin geniş aile yapısına sahip olduğu; %65.2’sinin SGK’lı, %20.8’inin bağkur’lu, %9.2’sinin yeşil kartlı, %4.8’inin sağlık güvencesiz olduğu ve %14.0’ünün kronik hastalığı olduğu saptanmıştır.

Kadınların %65.2’si normal doğumu, %34.8’i sezaryeni tercih etmiş olup; %93.0’ünün 0-4 arasında doğum yaptığı belirlenmiştir. Normal doğum yapanların %97.0’sinin 0-3 arasında, %3.0’ünün 4-7 arasında normal doğum yaptığı görülmüştür. Kadınların %51.7’si sağlık açısından, %5.3’ü anestezi korktuğu için, %24.5’i iyileşme süresi kısa olduğu için normal doğumu tercih etmiş, %18.5’i yanıt vermemiştir; Kadınların %24.4’ü bebeği riske atmamak için, %9.2’si tüplerini bağlatmak için, %18’i normal doğumdan korktuğu için, %11.2’si önceki doğumu sezaryen olduğu için sezaryeni tercih etmiş, %37.2’si bu soruya yanıt vermemiştir; Kadınların %35.6’sı doktor istemiyle, %27.2’si kendi istemiyle sezaryen olduğunu söylerken %37.2’si yanıt vermemiştir. Sezaryen sonrası %88.4’ü bebeğin beslenme sorunlarını olduğunu söylerken, %14.0’ü ameliyat sonrası enfeksiyon oluştuğunu, %96.0’sı da ameliyat sonrası ağrıları olduğunu söylemiştir. Doğum sonrasında %66.8’i aile planlaması yöntemi kullandığını, %33.2’si kullanmadığını; yöntem kullanmayanların %89.6’sı doğumdan sonra aile planlaması yöntemi kullanmayı düşündüğünü, %10.4’ü düşünmediği ifade etmiştir. Kadınların %89.0’u doğumları arasında 0-4 yıl, %7.0’si 5-8 yıl, %3.0’ü 9-12 yıl zaman farkı olduğunu belirtmiş olup; bir sonraki doğumunu kadınların %62.0’si 0-2 yıl sonrasında, %38.0’i bir sonraki doğumunu 3-5 yıl sonrasında yapmayı düşündüklerini ifade etmişlerdir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tartışma: Dünyada ve ülkemizde sezaryen ile doğumların her geçen gün artış göstermesi anne ve bebek sağlığı açısından son derece önemlidir. Çalışmada kadınların %34.8'i sezaryen, %65.2'si normal doğum yaptığı saptanmıştır. Uçum ve arkadaşlarının (2010) Manisa'da yaptıkları çalışmada kadınların %48.1'inin normal doğum yaptığı, %36.2'sinin sezaryen oranı olarak saptanmıştır(4). Gülü'ün (2008) İstanbul'da yaptığı çalışmada kadınların doğum şekli tercihleri incelendiğinde normal doğum oranı %57.0, sezaryen oranı %43.0 olarak saptanmıştır(5). Görüldüğü gibi doğum şekli tercihinde bölgeler arasında farklılıklar göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların %51.7'si sağlık açısından, %5.3'ü anestezi korktuğu için, %24.5'i iyileşme süresi kısa olduğu için normal doğumu tercih etmiş, %18.5'i yanıt vermediği saptanmıştır. Bektaş'ın (2008) İstanbul'da yaptığı çalışmada neden normal doğumu tercih ettiği sorulduğunda; %41.5'i erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönmek istediği için, %39.4'ü daha sağlıklı ve iyi olduğunu düşündüğü için, %24'ü önceki doğumun normal yolla olması nedeniyle tercih ettiğini söylediğini saptamıştır(1). Çalışmamızda kadınların %24.4'ü bebeği riske atmamak için, %9.2'si tüplerini bağlatmak için, %18'i normal doğumdan korktuğu için, %11.2'si önceki doğumu sezaryen olduğu için sezaryeni tercih etmiş, %37.2'si bu soruya yanıt vermediği saptanmıştır. Bektaş'ın (2008) İstanbul'da yaptığı çalışmada gebeye neden sezaryen doğumu tercih ettiği sorulduğunda; %45.2'si normal doğum korkusu olduğu için, % 20.6'sı tüplerini bağlatmak istediği için, % 19'u ağrı çekmemek için, %16.6'si bebeği riske atmamak için, % 15'i önceki doğumu zor olduğu için tercih ettiğini söylediğini saptamıştır(1).

Sonuç ve Öneriler: Çalışmamızda 250 gebenin büyük çoğunluğu (%65.2) normal doğumu tercih etmektedir. Normal doğumu tercih eden gebelerin tercih sebeplerinden en önemlisi sağlık açısından daha uygun olmasıdır. Normal doğum korkusu ve bebeği riske atmamak düşüncesinin isteğe bağlı sezaryen doğumun artmasında önemli olduğu tespit edilmiştir. Kaliteli antenatal bakımın artması ile doğum korkusunun azalacağı ve normal doğum sayısının artacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar:

1. Bektaş, E., Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri İle İlgili Anket Çalışması, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
2. Kadınların Sezaryen/Vajinal Doğuma İlişkin Bakış Açılarının Kalitatif Analizi Taşçı D, E., Ünsal A, Ş., genel tıp dergisi_580, İzmir.
3. Şahin, N., Dinç, H., Dişsiz, M., Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler, Zeynep Kamil Tıp Bülteni, Cilt: 40 Yıl: Sayı: 2, 2009.
- 4- Uçum Y, E., Kitapçioğlu, G., Karadeniz, G., Kadınların Doğum Yöntemlerine Bakış Açısı, Deneyim ve Memnuniyetleri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:5, Sayı:13 (2010).
- 5- Gül, N., Normal Doğum Ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.

Anahtar Kelimeler: Normal Doğum, Sezaryen Doğum, Doğuma Bakış.

945

BİR DOĞUMEVİNE BAŞVURAN GEBELERDE DOĞUM ÖNCESİ BESLENME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Nevin Utkualp¹, Pakize Oğur, Habibe Ersöz

¹Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Beslenme, yaşam içinde yer alan insanın gereksinimleri piramidin tabanında en temel unsurlardan birinde yer almaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sağlığın iyi olabilmesi beslenmenin yeterli ve dengeli olmasına bağlıdır. Gebelik beslenme gereksinimlerinin arttığı özel süreçlerden biridir. Doğum öncesi dönemde bebeğin iyi olması bire bir annenin iyi olması ile bağlantılı olduğu dönemdir. Beslenme konusu aslında gebelik süreci ile değil pre-konsepsiyonel dönemde başlamalıdır. Çocuğun sağlıklı doğması için annenin gebe kalabilme, gebelik sürecini, fetüsün büyüme gelişmesinin değerlendirilmesinde bir ölçüttür. Lohusalık sürecini sonuna kadar taşıyabilmesi ve doğumdan sonra emzirebilmesi için gebe kalmadan kadın düzenli beslenmesi ve sağlıklı olmalıdır. Baysal'a göre doğum öncesinde yetersiz ve dengesiz beslenmenin ölü ve anormal doğumları artırdığını ifade edilmiştir. .

Ülkemizde gebelik sürecinin en önemli sorunun anemi olduğu ve bu sorunun demir eksikliğinden kaynaklandığı, dengesiz beslenen gruplarda yaygın olduğu gösterilmiştir.

Düzenli ve dengeli beslenmenin uzun dönem yararlarına bakıldığında, sağlıklı yaşam şartlarının sağlanması çocukların aile içindeki örnek modelleriyle okulda edindiği bilgilerin örtüşmesi sayesinde mümkündür.

Gebeliğin gerektirdiği enerji ve besin öğeleri gereksinimi

Gebelik süresince BKİ göre uygun ağırlığı olmalıdır. Gebelik öncesi BKİ'NE göre Normal BKİ (19.8-26.0) olan bir kadına gebeliğin sonuna kadar önerilen kilo artışı 11,5-16 arasındadır.

Bu süreçte temel besin gereksinimlerinden protein, demir kalsiyum, demir ve vitaminler dikkat edilmelidir. Protein alımı gebenin, normal alımı günde 20-25 gr proteini de bebeğin büyümesi için almalıdır. Demir alımı bu süreçte ortalama 540 mg kadar demire gereksinim vardır. Aynı şekilde kalsiyumda ortalama bebek 30 gr kadar kalsiyum depo etmektedir. Bunu karşılamak için normal kadına 300-500mg kalsiyum önerilir. Vitaminler de normal gereksinimine ek olarak gebeye ,folik asit ,B-12 vitaminin, C vitamini önerilmektedir.

Bu dönemlerde anne ve bebek sağlığını etkileyen birçok etken vardır. Bunlar; annenin yaşı, gebelik sayısı, son iki gebelik arasındaki süre, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, genetik yapı ve annenin yeterli ve dengeli beslenmesi olarak sayılabilir. Gebe kadının beslenmesi ile anne karnındaki bebeğin sağlığı arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Anne karnındaki bebeğin bedensel ve zihinsel olarak büyümesi ve gelişmesi annenin gebeliği süresince yeterli ve dengeli beslenmesi ile mümkündür.

Gebelikte sağlıklı beslenme, term 'de gelişimini tamamlamış fetüsü komplike olmamış bir gebelik süreci ve doğum ile başarılı laktasyon döneminin olasılığı arttırırken; postpartum obezite riskini azaltıp doğru beslenme ve dinlenme alışkanlıklarının yanı sıra, normal gebelik seyrinin ve olası gebelik komplikasyonlarının bilinmesi, bilgi alınacak kaynağın doğru seçilmesi gibi faktörler de gebelik sürecinin kalitesini etkilemektedir. Bu araştırma başvuran gebelerin genel tutum ve davranışlarını, bilgi aldıkları kaynakları, düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma Bursa Zübeyde Hanım Doğumevi Başhekimliği'nden yazılı izin alındıktan sonra ekim-aralık 2010 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın evreni Bursa Zübeyde Hanım Doğumevi bu dönemde başvuran 900 gebe, araştırma örneklemini ise araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Bursa Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesi'nin başvuran gebelerin Doğum Servisine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 114 gebe oluşturdu. Veriler SPSS 15 programında yüzdeler, ortalama ile değerlendirilmiştir.

Çalışmanın bağımlı değişkeni beslenme durumları iken ve bağımsız değişkenler yaş, eğitim düzeyleri, gebelik sayısı, ağırlıklarıdır.

Bulgular ve Tartışma: Gebelerin yaş ortalaması 28,97 ±5,677 olup.%86,6'sı çekirdek ailede yaşamaktadır. Kadınların eğitim düzeylerine bakıldığında; %5 okur-yazar değil , %33,6'sı ilkokul mezunu, %16'sı ortaokul,%26,1'i lise ,%19,3'ü üniversite mezunudur. Çalışmaya katılan kadınların %48,7'si ilk gebeliği olup, primi-par olanların da önceki doğum şekli %23,5'i vajinal doğum,%24,4 'ü sezaryen ile doğum yapmıştır. Gebelik sürecinde %18'i beslenme ile ilgili sorun yaşamışlardır. Bu sorunların %10,9'u anemi ,%5 'i ödem gibi sorunları olduğu tespit edilmiştir. Onay'ın çalışmasında gebelerin %73,3 'ü anemi ve %6.0 'ı ödem sorunu gebelik

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

döneminde yaşadıkları bulunmuştur. Gebelerin ağırlık ortalaması $75,18 \pm 14,34$, önceki kilo ortalaması $66,80 \pm 14,60$ bulunmuştur.

Kadınların% 52,1 gebelik haftası ile kilo alımının uyumlu olduğu , % 25,2'si uyumlu olmadığı ve %22,7' si ağırlıklarını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Gebelerin % 62,4 gebelik izlemlerini kamu hastanelerinde yaptırıyorlar, Katılımcıların beslenmenin neden önemli olduğu sorulduğunda %62,2 'si "anne karnındaki bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişmesini sağlamak için önemli " olduğunu belirtmiştir.

Doğum öncesi dönemde kadınların %56,3'ü (hamur işlerini kısıtlamak, tuz kısıtlamak)beslenme alışkanlığında değişiklik yapan, % 32,3 'ü düzenli beslenmediklerini kadınların %11,8'i herhangi bir değişiklik yapamamışlardır. İrge'nin ve ark.ların çalışmasında da gebelerin%33,2'sinin düzenli beslenmedikleri saptanmıştır.Sözeri'nin çalışmasında kadınların %32,9'unun hamur işlerini kısıtladığı, %18,4'ünün herhangi bir değişiklik yapmadığı saptanmıştır.

Bu dönemdeki beslenme ile ilgili bilgiyi kadınların % 66,4'ü sağlık personelinen aldığını ,diğer kaynakların arkadaş, internet ve kitap olduğunu saptanmıştır. Sözeri'nin çalışmasında gebelik ile ilgili bilgileri olguların %57,7'sinin sağlık personelinen, %37,4'ünün aile büyüklerinden, %20,6'sının komşudan, %27,7'sinin arkadaştan aldıkları saptanmıştır.

Beslenmeye destek olarak hangi ilaçları aldıklarını bakıldığında %59'7'si demir,%35'3'ü folik asit ,%68,1'i vitamin aldıkları ifade etmişlerdir. Kılıç'ın çalışmasında kadınların %67 'si gebelik döneminde vitamin ve mineral aldıkları, İrge ve ark.larının çalışmasında ise bu oran %46,5 bulunmuştur.

Gebelerin ancak %11,8'i fiziksel aktivite yaptıklarını ve bu aktivitenin (%80)çoğunlukla yürüyüş olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Riskli gruplar olarak nitelendirilen gebelerin yeterli ve dengeli beslenmeleri sağlıklı nesillerin oluşturulmasında büyük önem taşımaktadır. Gebe kadınların ekonomik, sosyal ve kültürel düzeyleri dikkate alınarak kendi imkanları ile yeterli ve dengeli beslenmeleri sağlık personeli tarafından öğretilmelidir.

Anahtar kelimeler: Gebe kadın, beslenme durumu, beslenme alışkanlığı

Kaynaklar:

- 1- SamurG. 2006.GebelikveEmzilik Döneminde Beslenme. Sinem Matbaacılık.Ankara
- 2- Arslan P ve ark. 1992. Gebe kadınlara yapılan beslenme eğitiminin gebelerin beslenme ve genel sağlık durumları üzerine etkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi.21(19):9-24.
- 3- Onay D.2006.Konya İl Merkezinde Gebe kadınların Beslenme Alışkanlıkları ,beslenme Durumları ve Bunun Yeni Üzerine Etkisi. Ankara Üniversitesi. Fen Bil.Enst.Ankara.
- 4- İrge ve ark.2005. Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi. Sted .14(7).s.157-160.
- 5-Taşkın L.2009.Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.Sistem Ofset Matbaacılık.9.Baskı,Enkara.s.197-206.
- 6- Sözeri C ve ark. .2006. Gebelerin Gebelik Süreci İle İlgili Bilgi Ve Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.1(2).s.96.

361

BİR TIP FAKÜLTESİNDE ÇALIŞAN KADIN SAĞLIK PERSONELİNİN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMA DURUMU

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Elif Durukan, Nihal Bilgili Aykut, Sare Mihçioğur, Ayşe Akın

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Tüm dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunu olan meme kanseri, her iki cinsiyette tüm kanserler incelendiğinde akciğer kanserinden sonra 2. sırada yer alırken, kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Tüm dünyada kadınlarda kanser ölümlerinin ilk nedeni dir ve yılda yaklaşık 1,1 milyon vaka ve 410.000 ölüm gerçekleşmektedir (1).

Sık görülen, yavaş ilerleme gösteren, erken tespit edildiğinde başarıyla tedavi edilebilen bir hastalık olan meme kanseri vakalarının %55'i gelişmiş ülkelerde, %45'i gelişmekte olan ülkelerde; meme kanseri ile ilgili ölümlerin ise %55'i gelişmekte olan ülkelerde, %45'i gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir (1). Gelişmiş ülkelerde tarama programlarının oluşturulması ve tedavi olanaklarındaki gelişmeler ile mortalite düşmüştür. Dünyada meme kanseri epidemisinin önüne geçmek ve ölümleri önlemek için tarama şarttır. Meme kanserinde tarama araçları kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi, mamografi ve MR'dır (1,2).

Meme kitlelerinin %80,0'i kadınlar tarafından ya tesadüfen (duş alırken, giyinirken) ya da bilinçli olarak yapılan KKMM ile saptanmaktadır (2). Tesadüfen keşfedilen kitleler genellikle büyük iken, doğru yapılan KKMM sonucunda daha küçük çaptaki kitleleri ve meme kanserine işaret edebilecek bazı bulguları fark etmek mümkündür (2). Bu nedenle, kadının memesinin normalde nasıl olması gerektiği konusunda fikir sahibi olması, normal durumun ne olduğunu öğrenmesi ve düzenli olarak, oluşabilecek değişiklikleri izlemesi son derece önemlidir (3). KKMM basit, kısa sürede yapılabilen ve maliyeti olmayan bir uygulama olmasına karşın, pek çok kadın tarafından ihmal edildiği bir gerçektir (3).

Toplumda koruyucu davranışları benimsetmede en önemli görev sağlık personelinindir. Sağlık çalışanlarının meme kanseri ile ilgili bilgilerini güncelleştirmeleri, özellikle kadınlarda olmak üzere tüm toplumda meme kanseri farkındalığı oluşturmaları, birer gönüllü olarak çalışmaları şarttır (2,3).

Yapılan araştırmalar KKMM'ni hemşire ve diğer sağlık personelinin öğrenen kadınların daha fazla bilgi ve beceriye sahip olduğunu, daha yüksek oranlarda, düzenli ve doğru olarak KKMM yaptıklarını; ancak, koruyucu davranışları benimsetmede ve öğretmede etkili olan sağlık personelinin bu koruyucu davranışları ihmal ettiğini göstermiştir (2,4).

Bu araştırmanın amacı Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi (BÜTF) ve hastanesinde çalışan kadın doktor, ebe/hemşire ve kadın acil tıp teknisyenlerinin (ATT) kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarını saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: 1-30 aralık 2010 tarihlerinde yürütülen bu tanımlayıcı çalışmanın evrenini, BÜTF Ankara Hastanesi, Bağlıca kampüsü ve Ümitköy Polikliniği'nde çalışan 253 kadın doktor, 286 ebe/hemşire ve 23 kadın ATT olmak üzere toplam 562 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada evrenin tamamına (n=562) ulaşılması hedeflenmiş, 369 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmaya katılma oranı % 65,6'dır.

Araştırmanın değişkenleri KKMM uygulama durumu, meme kanseri açısından risk taşıdığını düşünme durumu, meslek, çalışılan bölüm, yaş, medeni durum, meme kanseri risk faktörlerinin varlığıdır.

Araştırmada veri kaynağı olarak 28 soruluk anket formu kullanılmıştır. Anket formu tanımlayıcı özellikler, bazı meme kanseri risk faktörlerinin varlığı (sigara, alkol, düzenli fizik egzersiz, doğum öyküsü vb), KKMM uygulama durumu, uyguluyorsa ne sıklıkta ve ne zaman uyguladığı ve uygulamıyorsa KKMM uygulamama nedenleri ile ilgili soruları içermektedir. KKMM uygulama tekniğinin değerlendirilmesi amacıyla katılımcılardan, anket formunda, meme muayenesinin basamakları tek tek yazılarak, bu basamakların uygulama durumunu "her muayenede", "bazen", "hiçbir zaman" seçeneklerinden birini seçerek belirtmeleri istenmiştir.

Uygulama öncesinde BÜTF dekanlığından ve hastane başhekimliğinden yazılı onay alınmıştır. Araştırmaya katılan kadın sağlık personeline çalışma hakkında bilgi verilerek sözlü onayı alındıktan sonra gözlem altında

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

anket uygulaması yapılmıştır. Anket formlarına isim kaydedilmemiştir. Araştırmanın sonuçları sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Araştırmanın verileri SPSS 17.0 istatistik paket programına aktarılarak analiz edilmiştir. Meme kanseri açısından risk faktörlerinin varlığına göre meme kanseri riski taşıdığı düşünme durumunun ve bazı tanımlayıcı özelliklerine göre KKMM yapma durumunun değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 369 kadın sağlık çalışanının %45.3'ü doktor, %48.7'si ebe/hemşire, %6'sı acil tıp teknisyeni olup yaş ortalaması 30.8 ± 7.8 'dir (median 28.0; minimum 18-maksimum 74); %66.1'i dahili bilimler, % 30.9'u cerrahi bilimler ve %3'ü temel bilimlerde çalışmaktadır. Meslekteki hizmet süresi ortancası 5 yıldır.

Kadın sağlık çalışanlarının %98,4'ü meme kanseri açısından en az bir risk faktörüne sahiptir; % 20.3'ü halen sigara kullanmaktayken %6'sı bırakmıştır; %22,8'i alkol kullanmaktadır; %79.7'si düzenli fizik aktivite yapmamaktadır; %6.8'i halen oral kontraseptif kullanmaktadır ve %11.7'si de geçmişte oral kontraseptif kullanmıştır; %7.6'sında aile meme kanseri öyküsü vardır; %61.5'i hiç gebe kalmamış, %66,1'i, hiç doğum yapmamış; %66.7'si hiç emzirmemiştir. Tüm incelenenlerin %16'sı, doktorların %15'i ve diğer kadın çalışanların %16,8'i meme kanseri açısından risk taşıdığı düşünmektedir ($p > 0.05$). Ailede meme kanseri öyküsü pozitif olanların %39,3'ü ile negatif olanların %87,1'i meme kanseri açısından risk taşıdığı düşünmektedir ($p < 0.05$). Yaş, sigara- alkol kullanımı, fizik aktivite, ilk adet yaşı, gebelik, doğum yapma, emzirme, OKS kullanımı, menopoza girme ve meme hastalığı tanısı alma durumu ile meme kanseri açısından risk taşıdığı düşünme durumu arasında ilişki saptanmamıştır.

Kadın sağlık çalışanlarının %10.6'sı düzenli olarak, %56.9'u ise ara sıra KKMM yapmaktadır. KKMM'ne başlama yaşı ortalama 23.9 ± 5.9 'dur (ortanca 22; minimum 14-maksimum42). Düzenli KKMM yaptığını söyleyenlerin yalnızca %22,9'u ayda bir KKMM yapmaktadır. İncelenenlerin %26,1'i KKMM'ni adetin 5-7.gününde yapmaktadır; %67,5'i KKMM'ni aklına geldiği zaman yapmaktadır. Kendi kendine meme muayenesini ayda bir ve adetin 5-7.gününde yapan yalnızca bir kişidir. KKMM yapmayan ya da ara sıra yapan kadın çalışanların %82,2'si unuttuğu için, %10,9'u vakti olmadığı için KKMM yapmadığını belirtmiştir. İncelenenlerin %9,7'si kitle bulmaktan korktuğu, %3,1'i bunu gereksiz bulduğu için KKMM yapmamaktadır

Evli kadınların %73.5'i, bekar kadınların %60.8'i, dul/boşanmış kadınların ise %85,7'si KKMM yapmaktadır ($p < 0.05$). Ebe/hemşirelerin %76,7'si, kadın doktorların %61,1'i, kadın acil tıp teknisyenlerinin %40,9'u KKMM yapmaktadır ($p < 0.05$). Yaş grupları, çalışılan birim ve meslekteki hizmet yılı ile KKMM yapma durumu arasında ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$)

Sigara/alkol kullanımı, fizik aktivite, ilk adet yaşı, toplam gebelik ve doğum sayısı, toplam emzirme süresi, OKS kullanımı, menopoza girme durumu ile KKMM yapma durumu arasında ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). Herhangi bir meme hastalığı tanısı almış olma, ailede meme kanseri öyküsü olması ya da meme kanseri açısından risk taşıdığı düşünme durumu ise KKMM yapma durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$).

Araştırmaya katılanlardan KKMM yapanların muayene basamakları sorgulandığında, her iki memeye de uygulanan ayakta durur pozisyonda sirküler hareketler ile memenin palpasyonunun %69,9 ile uygulandığı görülmektedir. Ayna karşısında ayakta memelerin inspeksiyonu ise 2. sıklıkta (%55,0) uygulanan muayene yöntemi olduğu görülmüştür. Katılımcıların memelerde gamzeleşme/çekilme/çukurluk olup olmadığını incelemeyi %43 hiçbir muayenede yapmadıkları saptanmıştır. Ayrıca yatar pozisyonda ayakta yaptıkları muayeneleri %41,8 sıklıkla uygulamadıkları saptanmıştır.

Tartışma Sonuç ve Öneriler: Yapılan araştırmalarda, Türkiye'de ve dünyada hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin KKMM hakkında bilgi sahibi oldukları ancak düzenli olarak uygulamadıkları bildirilmektedir (4). Literatürde bu konuda yapılan çalışmalar arasında KKMM yapma oranları farklılık gösterse de sağlık personelinin bu koruyucu davranışı ilk başta kendilerinin ihmal ettiği görülmektedir (4-10). Bu araştırmada kadın sağlık çalışanlarının %10,6'sı düzenli olarak KKMM yapmakta, %32,5'i KKMM yapmamakta %56,9'u ise ara sıra yapmaktadır. İran'da yapılan bir çalışmada kadın sağlık çalışanlarının % 6'sının düzenli, % 50'sinin ara sıra ve % 44'ünün hiç

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

uygulamadığı bulunmuştur (5). Karayurt ve arkadaşlarının hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada ise % 32'sinin her ay düzenli olarak uyguladığı belirtilmiştir (6).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin KKMM ' ye ilişkin inançlarının incelendiği bir çalışmada %28,6'sının aylık düzenli yaptığı saptanmıştır (7). Aslan ve ark.larının yaptığı başka bir çalışmada ise KKMM yapanların %29'unun aklına geldikçe ,%26'sının ayda bir, %6 'sının da haftada bir yaptığı gösterilmiştir (4).

Çalışmaya katılanlardan %98,4'ü en az bir risk faktörü taşımasına rağmen bunların sadece %28,3'ü risk taşıdığını düşünmekte ve bunların da %78,0'i KKMM yapmaktadır. Bu çalışmada meme kanseri ve risk faktörleri bilgi düzeyi değerlendirilmemiş olmakla birlikte, bu bilgilerden yola çıkarak, incelenen grubun sağlık çalışanı olmasına karşın meme kanseri konusundaki riskler açısından bilinç düzeylerinin yetersiz olduğu düşünülebilir. Sonuçlar kadın sağlık çalışanlarının hastalık ve risk faktörleri açısından farkındalığının az olduğunu ve biraz bilgili olanların da yine de erken tanı ve tedavi olanağı sağlayan bu muayeneyi ihmal ettiklerini ve önem vermediklerini göstermektedir. KKMM yapmama nedenleri incelendiğinde en çok unutulduğu için (% 82,2), daha az sıklıkta da vakit olmadığı (%10,9), kitle bulmaktan korkulduğu (%9,7) için yapılmadığı belirtilmiştir. Şanlıurfa il merkezinde görev yapan ebe ve hemşirelerle yapılan çalışmada ise KKMM yapma nedenlerinde meme sorunu yaşama, meme kanseri olma korkusu gibi durumların etkili olduğu gösterilmiştir (8). Avustralya' da yapılan bir çalışmada hemşirelerin KKMM uygulamama nedeni olarak unutmaları belirtilmiştir ve yine Singapur'da yapılan bir diğer çalışmada da hemşirelerin KKMM yapmama nedenlerinin unutmama, gerekli görmeme ve çok meşgul olma gibi nedenler olduğu saptanmıştır (9,10).

Bu çalışmada KKMM yapmama nedenlerinin büyük çoğunluğunu unuttukları için olarak ifade etmeleri de yine bu konuya verilen önemin yeterli olmadığını göstermektedir. Diğer yandan KKMM'nin amacı herhangi bir olası hastalığı, kitleyi erken dönemde belirleyebilmek olmasına rağmen KKMM yapmayanların 10'da birinin kitle bulmaktan korktuğu için KKMM yapmadığını belirtmiş olması yine bu kişilerin sağlık personeli olmalarına karşın sağlık özsorumluluk ve farkındalıklarının olmayışının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Çalışmanın sonuçlarına dayanarak sağlık çalışanlarının bilgi eksikliğini tamamlayacak ve bu konuya verilen önemi artıracak eğitim program ve seminerlerinin düzenlenmesinin faydalı olacağı düşünülmüş ve bu araştırmanın sonuçlarına dayanarak ilerleyen günlerde tüm sağlık personeline yönelik KKMM eğitimi verilmesi planlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kendi kendine meme muayenesi, sağlık çalışanı, meme kanseri risk faktörü

Kaynaklar:

1. Newcomb A.P., Wernli J.K. Prevention. Kitap bölümü: Breast Cancer Risk Reduction and Early Detection. Sauter, Edward R.; Daly, Mary B. (Eds.). 1st Edition., Springer Science+Business Media, LLC, New York, 2010. S: 3-27
2. Goodson H W. Clinical Breast Examination and Breast Self-Examination. Kitap bölümü: Breast Cancer Risk Reduction and Early Detection. Sauter, Edward R.; Daly, Mary B. (Eds.). 1st Edition., Springer Science+Business Media, LLC, New York, 2010. S: 81-117
3. Boring CC, Squires TS,Tong T:Cancer Statistics 1993.C.A.Cancer J Clin 1993;43:4-26
4. B. Aslan A., Temiz M., Yiğit Y., Can R., Canbolat E.,Yiğit F., Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin Meme Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(3): 193-198
5. Mahmoodi M., Montazeri A., Jarvandi S., Ebrahimi M., Haghighat S., Harirchi I. Breast Self Examination : Knowledge , Attitudes And Practices Among Female Health Care Workers İn Tahrان , Iran , The Breast Journal 2002; 8: 222-225
6. Karayurt Ö., Coskun A., Cerit K., Hemşirelerin Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları Ve Uygulama Durumu , Meme Sağlığı dergisi 2008; 4(1): 15-20
7. Bedük T., Şen S., Hemşirelerin Kanserin Erken Tanısında Kendi Kendine Yapılan Meme Muayenelerine İlişkin Uygulamaları Ve Bu Muayeneleri Yapmama Nedenleri , 3. Ulusal Hemşirelik Kitabı 1992;448-455
8. Kabcıoğlu F, Kurçer MA, Şimşek Z, Karakoç Kaya Ö. Şanlıurfa İl Merkezinde Görev Yapan Ebe Ve Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Davranışları Ve Etkileyen Faktörler, Hemşirelik Forumu 2005;1:31-36.
9. Budden L. Registered Nurses' Breast Self-Examination Practice And Teaching To Female Clients, Journal Of Community Health Nursing 1998; 15:101-112

10. Chong P.N, Krishman M, Hong C.Y, Swah T.S. Knowledge And Practice Of Breast Cancer Screening Amongst Public Health Nurses In Singapore, Singapore Med J 2002; 43:509-516

378

DÜZCE İLİNDE 2010 YILINDA ANA ÇOCUK SAĞLIĞI AİLE PLANLAMASI MERKEZİ'NE BAŞVURAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Atilla Senih Mayda, Muammer Yılmaz, Dilek Ağırcan, Nursel Altın, Gözde Aydemir, Özlem Aydın

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş: Aile planlaması çalışmalarındaki temel hedefin ana ve çocuk sağlığını iyileştirmek olduğu bilinmektedir. Aile planlaması, istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları için ailelere verilen hizmetlerin tümüdür. Amaç, anne ve doğacak çocukların sağlıklı olması ve çocuk sahibi olmak istendiğinde gebeliğin oluşmasıdır. (1,2). Aşırı doğurganlık halk sağlığında önemli hastalıkların oluşumunda temel rol oynamakta, anne ve çocuğun hastalık ve ölüm riskini artırmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde her yıl yaklaşık 585 bin kadın gebelik, doğum ve uygun olmayan koşullarda yapılan düşükler nedeniyle ölmektedir. Bu ölümlerin büyük bir çoğunluğu etkili bir aile planlaması (AP) yöntemi kullanılması ile önlenir. Öyle ki, pek çok ülkede yürütülen Dünya Doğurganlık Araştırması sonuçlarına göre; her yıl anne ölümleri üçte bir oranında düşürülebilir. Bu da AP yöntemlerini tanıtmak, yöntem isteminde bulunanların, bu hizmetleri veren kuruluşlara ulaşmalarını ve hizmeti almalarını sağlamakla olanaklıdır (3).

Aile planlaması amacı ile gebeliği önleyici yöntemler, etkinliği yüksek sağlıklı modern yöntemler ve etkinliği düşük eski yöntemler olarak iki grupta incelenmektedir. Modern yöntemler (etkili yöntemler); hormonal kontraseptifler, rahim içi araçlar, kondom, cerrahi sterilizasyon, diyafram, spermisitler, vajinal halkalardır. Geleneksel Yöntemler ise; fertil günleri belirleme, coitus interruptus, vajinal lavaj, emzirmedir (2).

Ülkemizde ana çocuk sağlığı sorunu, özellikle 1950 yılından sonra aşırı doğurganlığın ve çocuk düşürmelerinin artması ve anne ölümlerine neden olması biçiminde ortaya çıkmıştır. 1952 yılında yapılan çalışmalarla ele alınan bu sorunun çözümü için Bakanlık bünyesinde Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur (2,4). 1983 yılında yürürlüğe giren, halen konusunda dünyadaki en kapsamlı ve liberal yasalar arasında bulunan, 2827 sayılı AP hizmetlerini düzenleyen yasa ile getirilen yenilikler; kurs görmüş ebe ve hemşirelere rahim içi araç (RİA) uygulama yetkisi verilmesi, cerrahi kontrasepsiyon yöntem seçeneklerinin içine alınması, 10. haftaya kadar gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılması ve sektörler arası işbirliğinin zorunlu hale getirilmesidir (5).

Türkiye'de 30 yılı aşkın bir süredir, riskli gebelikleri önleyerek kadın ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, ailelere gerekli bilgi ve hizmeti sunarak doğurganlıkları ile ilgili özgürce ve bilinçli seçim yapmalarını sağlayan politikalar izlenmiştir. Ancak buna rağmen, aile planlaması yöntemlerinin kullanım oranları halen istenilen düzeye gelememiştir (2). Bu çalışmada 2010 yılında Düzce Üreme Sağlığı Merkezi'ne başvuran kadınların tercih ettikleri kontrasepsiyon yöntemlerinin kayıtlara göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı bir çalışmanın, evreni ve örneklemini; Düzce AÇSAP Merkezi'ne 2010 yılı boyunca kontrasepsiyon amaçlı başvuran kadınların kayıtlarıdır (6). Düzce AÇSAP Merkezine 2010 yılında 3144 başvuru yapılmıştır. Bu başvurulardan kayıtlarına ulaşamadığımız 720 kişi çalışma dışı bırakılmıştır. Kalan 2424 kişinin kayıtları üzerinden çalışma yapılmıştır. Araştırmanın hipotezleri; '1-Hastaların eğitim düzeyi düştükçe geleneksel korunma yöntemlerine eğilim artmaktadır. 2.Hastaların çocuk sayısı arttıkça korunma yöntemi kullanımı artmaktadır. 3.Hastalar doktora sık başvuru gerektirmeyen yöntemleri tercih etmektedirler' olarak belirlenmiştir. Bağımlı değişkenleri; son üç ayda kullandığı yöntem, yapılan işlem iken, bağımsız değişkenleri ise; yıl, ay, yerleşim yeri, yerleşim birimi, yaşı, öğrenim durumu, doğurduğu çocuk sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, toplam gebelik sayısı, son gebelik sonucu, son gebelik aralığı'dır. Araştırmanın analizi bir istatistik paket programında yapıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ki-kare testi ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmamızdaki kadınların yaş ortalaması 31,03±7.3 olup, %49.4'ü ilköğretim ve altı eğitimliydi. Toplam gebelik ortalaması 2.65±1.47, doğurduğu çocuk ortalaması 2.18±1.01'di. Yaşayan çocuk sayısı ortalaması

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

2.13±0.94, düşük sayısı 0.40±0.75 idi. Araştırmaya alınan kadınlar aile planlaması yöntemlerinden en fazla %44.8 ile RIA'yı kullanmaktalardı. Bunu sırası ile geleneksel yöntemler (13,4), kondom (%9,9), oral kontraseptif (%7,1), enjeksiyon (%1,9) izlemekteydi.

Başvuruların yerleşim yerine göre dağılımı Merkez(%63.5), Çilimli(%3.1) ve Akçakoca(%2.3)'dan olmuştur. Başvuruların yaş gruplarına göre dağılımı 25-29(%18.6), 30-34(%18.3) ve 20-24(%14.2) yaş gruplarında olmuştur. En çok başvuru ilkokul (%47.2), lise(%13.7), ortaokul(%9.4) gruplarında başvuru olmuştur. En çok başvuru 2-4 çocuk doğuran gruptan(%55.9) olmuştur. Başvuruların düşük sayılarına göre dağılımında en çok başvuru düşük yapmayan gruptan (%54.8) ve kürtaj olmayan gruptan (%71.3) olmuştur. Başvuruların toplam gebelik sayılarına göre dağılımı ise 2-4 (%53.5) ve 1 (%15.4) gebelik sayısı olan gruplardır.

Başvuruların son 3 ayda kullanılan yönteme göre dağılımı; RIA(%44.8), geleneksel yöntem(%13.4) ve kondom(%9.9) kullanan gruplardan olmuştur. Başvuruların son gebelik sonucuna göre dağılımı canlı doğum (%69.9), kürtaj (%5.4), düşük yapan (%1.5) gruplardan olmuştur. Başvuruların yapılan işleme göre dağılımı; RIA takma (%30.3), RIA kontrol (%17.7) ,RIA çıkarma (%15.1) dir.

Başvurulara göre; son 3 ayda kullandığı yöntemin yerleşim birimine göre dağılımı; RIA kullanımının %63.4 ile en çok köyde yaşayanlarda olduğu, bunu sırasıyla %56.5 ve %55.4 ile merkez ve kasaba takip etmektedir. Kondom ve enjeksiyon yöntemlerinin kullanımı en çok kasabada yaşayanlar arasındayken, geleneksel yöntem ve RIA kullanımının köyde yaşayanlar arasında daha fazla tercih edildiği görülmüştür. Hap kullanımda da merkezde yaşayanlar ilk sıradadır.

Başvuran kadınlarda; son 3 ayda kullandığı yöntemin öğrenim durumuna göre dağılımı; RIA kullanımını %68.8 ile en fazla okur yazar olan grup tarafından kullanılmakta olup kondom, hap ve enjeksiyon kullanımını sırasıyla %36.1, %19.4 ve %8.3 ile yüksekokul mezunları tarafından tercih edilmektedir. Geleneksel yöntemler ise en çok %23.1 ile ortaokul mezunları tarafından tercih edilmektedir.

Son 3 ayda kullandığı yöntemin son gebelik sonucuna göre dağılımı, RIA kullanımını son gebelik sonucu canlı doğum olan grupta %58.9 ile en sık tercih edilen yöntemken son gebelik sonucu gebelik olan grupta tercih edilen yöntemin %50 ile kondom olduğu görülmüştür. Son 3 ayda kullandığı yöntemin yaş gruplarına göre dağılımı, RIA ve kondom kullanımı sırasıyla %64.8 ve %24.8 ile en sık 17-19 yaş arasında tercih edilmektedir. Geleneksel yöntem kullanımı %24.8 ile 25-29 yaş arasında en sık tercih edilen yöntemdir.

Başvurulara göre; son 3 ayda kullandığı yöntemin toplam gebelik sayısına göre dağılımı, hiç gebeliği olmayanlarda en sık kullanılan yöntemler %28.6 ile kondom, hap ve geleneksel yöntemlerken diğer gruplarda en sık tercih edilen yöntemin RIA olduğu görülmüştür.

Başvurulara göre; son 3 ayda kullandığı yöntemin kürtaj durumuna göre dağılımı, kullanılan yöntemin kürtaj durumu ile değişiklik göstermediği görülmüştür. RIA kullanımını her iki grupta da en sık tercih edilen yöntemdir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Başvuruların yerleşim yerine göre dağılımına bakıldığında en çok başvurunun Merkezden olduğunu görüyoruz. Bu ulaşımın kolay olmasının, sağlık merkezinin yakın olmasının kullanımını arttırdığını düşündürmektedir.

Düzce AÇSAP Merkezi'ne başvuranların yarıya yakının ilkokul mezunu ve doğurduğu çocuk sayılarının ortalaması 2.18±1.01 olarak bulunmuştur. Aydın'da yapılan çalışmada doğurduğu çocuk sayılarının ortalaması 1.94±0.91 olarak bildirilmekte olup çalışmamıza benzerlik göstermektedir (7). Diğer benzer çalışmalarda bu oran Sivas'ta 3.3, Isparta'da 2.54 olarak saptanmıştır (8,9).

Araştırmaya alınan kadınlar Sivas çalışmasına benzer sonuç ile aile planlaması yöntemlerinden en fazla %44.8 ile RIA'yı kullanmaktalardı (8). Bunu sırası ile geleneksel yöntemler (13,4), kondom (%9,9), oral kontraseptif (%7,1), enjeksiyon (%1,9) izlemekteydi. Aydın AÇSAP Merkezi'ndeki çalışmada kondom ilk sırada RIA kullanımını son sırada yer almıştır. Bu sonuçlar 2008 TNSA verileriyle paralellik göstermekte, Aydın çalışması ile farklılık göstermektedir (7,10). 2008 yılında yapılan TNSA çalışmasında en sık kullanılan yöntemin dörtte bir oranla

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

geleneksel yöntem olması ve Aydın çalışması Düzce AÇSAP Merkezinde verilen Aile Planlaması eğitiminin daha etkin olduğunu desteklemektedir (10).

Başvurulara göre; son 3 ayda kullandığı yöntemin yerleşim birimine göre dağılımına bakıldığında RIA kullanımının %63.4 ile en çok köyde yaşayanlarda olduğu, bunu sırasıyla %56.5 ile merkez ve %55.4 ile kasaba takip ettiği görülmektedir. Geleneksel yöntem ve RIA kullanımının köyde yaşayanlar arasında daha fazla tercih edildiği görülmüştür. TNSA 2008 çalışmasına göre de kentte yaşayanların modern yöntemler arasında en sık RIA'yı tercih ettikleri görülmüştür (10).

Başvurulara göre; son 3 ayda kullandığı yöntemin öğrenim durumuna göre dağılımına bakıldığında RIA kullanımı %68.8 ile en fazla okuryazar olan gruptadır. TNSA 2008 çalışmasına göre de RIA kullanımı en fazla okuryazar olan gruptadır (10). Eğitim düzeyi ile kontrasepsiyon yöntemi tercihi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak Isparta'da yapılan araştırmadaki eğitim durumuna göre etkili yöntem kullanımı ilkokul ve altı öğretim görülenlerde daha yüksek bulunmuştur (9). Araştırmamızda sadece okuryazar olan ve olmayan gruplar olarak değerlendirildiğinde, okuryazar grupta RIA kullanımı daha sık iken okuryazar olmayanlar arasında geleneksel yöntem kullanımının daha sık olduğu dikkati çekmiştir. Bütün gruplarda en çok tercih edilen AP yöntemi RIA olurken en az tercih edilen yöntem enjeksiyon yöntemidir (8).

Başvurulara göre; son 3 ayda kullandığı yöntemin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında RIA kullanımı en sık 17-19 yaş arasında tercih edilmektedir. Geleneksel yöntem kullanımı ise 25-29 yaş arasında en sık tercih edilen yöntemdir. Ayrıca çalışmamıza göre yaşla birlikte RIA gibi daha etkili yöntemlerin kullanımı artış göstermektedir. Bu durum TNSA 2008 çalışmasındaki sonuçlarla da uyumlu bulunmuştur (10). RIA kullanımının artmasının nedeni yaşla beraber kişilerin gebelikten korunma isteklerinin artmasıdır.

Başvurulara göre; son 3 ayda kullandığı yöntemin toplam gebelik sayısına göre dağılımı değerlendirildiğinde hiç gebeliği olmayanlarda en sık kullanılan yöntemler aynı oranla kondom, hap ve geleneksel yöntemler iken diğer gruplarda en sık tercih edilen yöntemin RIA olduğu görülmüştür. TNSA 2008 çalışmasına göre de ilk üç sırada aynı yöntemler yer almaktadır (10). Çalışmamızda RIA, 5 ve üzeri çocuk sahibi olanlarda en sık tercih edilen yöntem iken TNSA 2008 çalışmasında tüp ligasyonununundan sonra ikinci sırada yer almaktadır (10). Buradan yola çıkarak çocuk sayısı arttıkça daha etkili yöntemlerin tercih edildiğini söyleyebiliriz.

2010 yılında Düzce AÇSAP Merkezi'nde yapılan bu araştırmada kişinin kürtaj durumunun, yaşının, toplam gebelik sayısının, son gebelik sonucunun, öğrenim durumunun, yaşadığı yerleşim biriminin, kullandıkları kontrasepsiyon yöntemi tercihlerinin oranını anlamlı derecede değiştirdiği ancak, son gebelik aralığının, son 3 ayda kullandığı yöntemin, düşük sayısının, yaşayan çocuk sayısının ve doğurduğu çocuk sayısının anlamlı fark yaratmadığı gözlenmiştir.

2010 yılı boyunca Düzce AÇSAP Merkezi'ne başvuran hastaların kayıtlarını kullanarak yaptığımız çalışmada kayıtlardan 720'sine ulaşamadık. Bu sayının azaltılması için defter kayıtlarının daha düzenli tutulması gerekmektedir. 2005 yılında Aile hekimliği uygulamasına geçen Düzce'de Aile Planlaması hizmetlerinin Aile Hekimliği birimlerince de verilmesi nedeniyle Aile hekimliği verilerinin beraber değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Düzce, Aile Planlaması Yöntemi, Üreme Sağlığı

Kaynaklar:

1. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü. Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul 1997:1-15
2. Güler Ç, Akın L, Editör. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Basımevi, 2006; 188-319.
3. Akın A, Özvarış ŞB. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. İçinde: Bertan M, Güler Ç.(Edi) Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi;1995. s:133.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

4. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Üreme sağlığı hizmetlerinde iş tanımlarının geliştirilmesi projesi, Final raporu Aralık 2004. sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/.../görev_tanimlari_1%20aralik.doc, (Erişim tarihi;07.02.2010)

5. Açıklan İ. Türkiye’de ana sağlığı ve aile planlaması. Yeni Türkiye. 2001; 443-58.

6. Düzce Üreme Sağlığı Merkezi, Defter kayıtları, 2010.

7. Gemalmaz A F, Okyay P, Doyuran E, Başak O, Beşer E. Aydın ili 1 No’lu AÇSAP Merkezi aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2005,14(4):80-86

8. Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A, Özdemir L. Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25(3): 99-104.

9. Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun E, Kırbıyık S. Isparta İli Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2003; 13(1):68-74.

10. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. 2008

402

DENİZLİ İL MERKEZİNDE GEBELERDE ANEMİ PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Aydın Tapalı, Ali İhsan Bozkurt

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerinde, dünyadaki gebe kadınların %41,8’inde, Türkiye’deki gebe kadınların ise %40,2’sinde anemi olduğu rapor edilmiştir.

Çalışmanın birincil amacı; Denizli il merkezindeki gebelerde anemi prevalansının ve ilgili risk faktörlerinin belirlenmesidir. İkincil amacımız ise halen uygulanmakta olan “Gebelerde Demir Destek Programının (GDDP)” anemi üzerine etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Kayıtlara dayalı kesitsel tipte bir araştırmadır. Denizli kent merkezinde 2010 yılında canlı ve ölü doğum yapmış tüm kadınlar evreni (8808) oluşturmaktadır. $p=0.3$, $\alpha=0.05$, $d=0.05$ alınarak optimum örneklem büyüklüğü 317 olarak hesaplanmıştır. Ancak küme örnekleme yöntemi kullanıldığından iki katı (614) alınmasına karar verilmiştir.

İl verilerimize göre her bir aile hekiminde yaklaşık 35 dolayında gebe vardır ve hedeflenen örnekleme büyüklüğüne ulaşmak için 20 aile hekimi birimi alınmasına karar verilmiştir. Denizli kent merkezinde toplam 147 aile hekimliği biriminden 20 tanesi random olarak seçilmiştir. Örnekleme çıkan aile hekimliği birimlerinde kayıtlı 2010 yılında canlı ve ölü doğum yapmış tüm kadınlar belirlenmiştir. Bu kadınlar ve gebeliği ile ilgili bilgiler aile hekimliği biriminde bulunan gebe-lohusa, bebek-çocuk, 15-49 yaş kadın izlem fişlerinden ve gebelikleri süresince İl Halk Sağlığı Laboratuvarında yaptırılan anemi ile ilgili tetkik sonuçlarından elde edilmiştir.

Hemoglobin değerinin 11 g/dl ve Htc değerinin %33’ün altında olması anemi olarak değerlendirilmiştir(1).

Bulgular: Randomize olarak seçilmiş 20 aile hekimliği birimindeki 2010 yılına ait tüm (779) canlı ve ölü doğum yapmış kadınlar çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınanların yaş ortalaması $28,6\pm 5,0$ ’tir. Ortalama gebelik sayısı ikidir.

Kayıtlara göre, her bir gebelik başına ortalama 5 kez Hb incelemesi yapıldığı ve gebelerin %98’ine “Gebelerde Demir Destek Programı” kapsamında demir desteği verildiği anlaşılmaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Trimesterlere göre gebelerin hemoglobin düzeyi ortalaması; birinci trimesterde $12,3 \pm 1,1$ g/dl, ikinci trimesterde $11,6 \pm 1,0$ g/dl ve üçüncü trimesterde $11,6 \pm 1,15$ g/dl'dir

Gebelik haftasına göre anemi durumu değerlendirildiğinde, gebeliğin ilk 8 haftasında anemi prevalansı %9,8, 9-12. haftalar arasında %11,1, 13-16. haftalar arasında %15,2, 17-20. haftalar arasında %16,3, 21-24. haftalar arasında %20,6, 25-28. haftalar arasında %22,7, gebeliğin 29-32. haftaları arasında %25,0 ve gebeliğin 33-36. haftaları arasında %22,7 olduğu görülmüştür. Trimesterlere göre anemi prevalansına baktığımızda, ilk trimesterde gebelerin %11,3'ünde, ikinci trimesterde %15,1'ünde ve üçüncü trimesterde ise %25,5'inde anemi olduğu görülmüştür. Gebelerin %43,5'inde gebeliği sürecinde ortalama 5 kez yapılan hemogramların en az birinde anemi geliştiği saptanmıştır.

Kadının eğitim düzeyinin yükselmesinin anemi prevalansını azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır ($p=0,004$). İlköğretim mezunu olmayan gebelerin %73,3'ünde anemi görülürken, ilköğretim mezunlarında %46,9, lise mezunlarında %41,0 ve yüksekokul mezunlarının %34,2'sinde anemi tespit edilmiştir. Gebelerin sağlık güvence durumu ile anemi sıklığı arasında da ilişki saptanmıştır. Sağlık güvencesi Emekli Sandığı olan gebelerde %30,6 oranında anemi görülürken, SSK'lılarda (%46,7) ve sağlık güvencesi olmayanlarda (%45,2) daha yüksek düzeyde anemi saptanmıştır ($p=0,04$).

Gebenin yaşı, gebeliğin ilk tespit haftası, gebelikteki izlem sayısı, toplam gebelik sayısı vb. faktörler ile anemi sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Yapılan çoklu analizde 3 faktörün (tetkikin yapıldığı ay, izlem sayısı, canlı doğum sayısı) Hb düzeyi ve anemi sıklığı üzerine etkili bulunmuştur.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırmaya alınan gebelerde gebeliği süresince ortalama 5 kez Hb düzeyine bakılmış olması ve %98'ine GDDP kapsamında demir desteği verilmiş olması bu konuya önem verildiğini göstermekle birlikte; son trimesterde gebelerde %25,5 olarak saptanan anemi sıklığı, aneminin halen gebelerimizde önemli bir sorun olduğunu göstermektedir.

Buna karşın ilk trimesterde $12,3 \pm 1,1$ g/dl, 2. ve 3. trimesterde yaklaşık $11,6$ g/dl düzeylerinde saptanan Hb ortalaması ve ciddi düzeyde (<7 g/dl) anemi saptanmamış olması GDDP uygulamasının aneminin şiddetini azaltıcı yönde etkisi olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anemi, Gebe, Prevalans, Demir Destek

Kaynaklar: WHO Global Database on anemia: Worldwide prevalence of anemia 1993-2005

882

EDİRNE MERKEZ İLÇE TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ'NE EVLİLİK MUAYENESİ ÇİN BAŞVURANLARIN ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİ

Yasemin Çetin, C. Behzat Demirkan, Cem Aslan, Hatice Gül

Edirne Merkez Toplum Sağlığı Merkezi

Amaç: Bu çalışmada, Edirne Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezine (TSM) evlilik muayenesi için başvuranların üreme sağlığı ile ilgili tutumlarını ve bilgi düzeylerini saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlayıcı bir araştırmadır. Edirne Merkez İlçe TSM'ye 02.04.2012 ile 15.06.2012 tarihleri arasında evlilik muayenesi için başvuran 704 kişiden çalışmaya katılmayı kabul eden 205 (%29.7) kişiye araştırmacılar tarafından geliştirilen 27 soruluk anket formu, gözlem altında uygulanmıştır. İstatistik analizler SPSS Ver 16.0 kullanılarak yapılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 26.63 ± 4.63 (16 – 47), %57.1(n=117)'i kadın %42.9 (n=88)'u ise erkektir. Katılımcıların %19.4'ü aile hekimini bilmediğini ve % 9'u herhangi bir işte çalışmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %77.5'i evlenme ya da birlikte yaşamaya, %78'i çocuk sahibi olmaya ve %71.1'i gebeliği sonlandırmaya kadın ve erkeğin ortak karar vermesi gerektiğine katıldıklarını belirtmiştir.

“Sizce gebelik önlenebilir mi?” sorusuna katılımcıların %97.6'sı evet yanıtı vermiştir ve %36'sı halen herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığını belirtmiştir. En fazla tercih edilen kontraseptif yöntemin ise (%44.8) kondom olduğu belirlenmiştir.

“Korunmasız cinsel ilişkiden sonra gebeliği nasıl önlersiniz?” sorusunu yanıtlayanlardan %56.8'i ertesi gün hapı alırım demıştır. “Oluşmuş bir gebeliği sonlandırmak için nasıl bir yol izlersiniz?” sorusuna ise katılımcıların; %42.9'u hekime başvururum, %27.6'sı kürtaj yaptırırım, %24.5'i oluşmuş bir gebeliği sonlandırmam, %1.8'i bilgim yok yanıtını vermiştir.

Evlilik başvurusunda bulunanların %32.8'i üreme organında akıntı ve kızarıklık cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtileri olarak tanımlarken, % 19.7'si bu konuda herhangi bir bilgisi olmadığını belirtmiştir. Başvuranların %58'i daha önce üreme sağlığı ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını bildirmiştir.

Sonuç: Evlenme hazırlığı içinde olan çiftlerin üreme sağlığı ile ilgili bilgilerinin ve eğitimlerinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Çiftlerin bu konuda bilgilerini artırmak için, evlilik hazırlığı yapan çiftlere TSM'de üreme sağlığı eğitimleri düzenlenebilir, ayrıca evlilik muayenesi için başvuranlara aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili doğru bilgileri içeren basılı materyaller dağıtılabilir.

Anahtar Sözcükler: Üreme sağlığı, Aile Planlaması, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, Edirne

473

ELAZIĞ İL MERKEZİNDE YAŞAYAN EVLİ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞINI KORUMAYA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Evrin Çelebi¹, Ayşe Ferdane Oğuzöncül²

¹Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu, ²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Üreme sağlığı, kadınların yaşamını doğrudan etkileyen bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü üreme sağlığını; “üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır” şeklinde tanımlamaktadır. Üreme sağlığı aynı zamanda bireylerin mutlu ve güvenli bir cinsel yaşamları, üreme yeteneklerini korumaları, bu yetenekleri kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman, ne sıklıkla kullanacakları konusunda karar verme özgürlükleri olması demektir. Kadının üreme sağlığının korunması, sağlıklı ve mutlu aileler ve dolayısıyla sağlıklı bir toplum ve gelecek için gereklidir. Ayrıca kadının üreme sistemini etkileyen bir risk sadece kadınla sınırlı kalmayacak, gelecek kuşakları da olumsuz etkileyecektir. Üreme sağlığı ile ilgili konuların rahatça konuşulmaması, bu konuda eksik ya da yanlış bilgilerin olması kadınların üreme sağlığı sorunlarına yönelik söz konusu riskleri arttırmaktadır. Bu araştırma, Elazığ il merkezinde yaşayan evli kadınların üreme sağlığını korumaya yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel tipteki çalışmanın evrenini, Elazığ il merkezinde bulunan Yıldızbağları mahallesi 63 No'lu aile hekimliğine kayıtlı 15-49 yaş grubu tüm evli kadınlar oluşturmuştur. Uygulama kolaylığı açısından ve sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması nedeniyle bu bölge tercih edilmiştir. Araştırmanın örneklemini basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 246 kadın oluşturmuştur. Araştırma verileri Ekim 2011- Mart 2012 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan, demografik ve obstetrik verilerin yer aldığı kişisel bilgi formuyla, Demirci (2004) tarafından geliştirilen ve geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılan “Evlü Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ)” kullanılmıştır. Beşli likert (hiçbir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

zaman, nadiren, bazen, çoğu zaman, her zaman) tipinde geliştirilen ölçek toplam 39 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Birinci alt boyut, “Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı”, ikinci alt boyut “Üreme organ ve meme kanserinden korunma”, üçüncü alt boyut “Üreme sağlığını korumaya yönelik genel davranışlar”, dördüncü alt boyut “Genital yol enfeksiyonlarından korunma” ve beşinci alt boyut “İstenmeyen gebeliklerden korunma”dır. Ölçekten alınan toplam puan ve alt alan puanlarının yüksek olması, kadınların üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarının pozitif yönde olduğunu göstermektedir. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdelik hesaplamaları, bağımsız örneklem t- testi, ANOVA ve Tukey HSD kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 34.06 ± 7.9 'dur. Kadınların %38.2'si ilkököl mezunudur ve büyük çoğunluğu (% 92.0) ev hanımıdır. Kadınların %71.5'i ekonomik durumlarını orta olarak değerlendirmiştir. Kronik hastalığı olduğunu belirten kadınların oranı %24.4'tür. Araştırma kapsamına alınan kadınların evlilik yaş ortalaması 20.45 ± 3.61 'dir. Kadınların %38.2'si 2 çocuğa sahiptir ve %72.4'ü gebelikten korunmak için bir yöntem kullandığını belirtmiştir. En çok tercih edilen aile planlaması yöntemi %33.7 ile kondom, %21.5 ile RiA ve %19.9 ile oral kontraseptiftir. Kadınların %74.9'u kullandığı yöntem hakkında bilgi aldığını, %85.9'u bu bilgiyi hemşire ve ebeden aldığını belirtmiştir. Kadınların ÜSBÖ toplam puan ortalaması 143.49 ± 16.28 (min.102- mak.188) olarak bulunmuştur. ÜSBÖ alt boyutlarından alınan puanlara bakıldığında “Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı” 34.92 ± 5.95 , “Üreme organ ve meme kanserinden korunma” 7.19 ± 4.19 , “Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları” 28.26 ± 5.49 , “Genital yol enfeksiyonlarından korunma” 60.92 ± 6.16 ve “İstenmeyen gebeliklerden korunma” 12.20 ± 3.27 olarak belirlenmiştir. Araştırmada yaşın, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, ekonomik durum algısının, evlenme ve ilk gebelik yaşının, evlilik süresinin, canlı doğum sayısının ve kronik hastalığın varlığı durumunun ÜSBÖ alt boyutlarını etkilediği saptanmıştır ($p < 0.05$).

Ekonomik durumunu iyi olarak algılayan kadınların “Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı” puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

25 yaş altı grubun “Üreme organ ve meme kanserinden korunma” puanı diğer yaş gruplarından düşük çıkarken, üniversite mezunu olan, evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan, çalışan kadınların puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Üniversite mezunu, ekonomik durumunu iyi algılayan, çalışan, ilk gebelik yaşı 25 ve üzeri olan, 5 yıl ve daha az süredir evli olan, kronik hastalığı olmayan kadınların “Üreme sağlığını korumaya yönelik genel davranışları” puan ortalamaları yüksek bulunurken, 18 yaş ve altında evlenen, canlı doğum sayısı 4 ve üzeri olan kadınların puan ortalaması düşük çıkmıştır ($p < 0.05$).

Üniversite mezunu, çalışan, kronik hastalığı olmayan kadınların “Genital yol enfeksiyonlarından korunma” puan ortalamaları yüksek, aile planlaması yöntemi olarak geri çekmeyi kullanan kadınların puan en düşük bulunmuştur ($p < 0.05$).

Aile planlaması yöntemi olarak geri çekmeyi kullanan kadınların “İstenmeyen gebeliklerden korunma” puan ortalaması en düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların diğer demografik ve obstetrik özellikleri açısından bu boyutta anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Araştırmada eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, ekonomik durum algısının, kronik hastalık varlığının ve kullanılan aile planlaması yönteminin ÜSBÖ toplam puan ortalamasını etkilediği saptanmıştır ($p < 0.05$). Eğitim seviyesine göre bakıldığında üniversite mezunu kadınların ÜSBÖ toplam puan ortalaması en yüksektir ($p < 0.05$). Çalışmayan, ekonomik durumunu kötü olarak algılayan, kronik hastalığı olan, aile planlaması olarak geri çekme yöntemini tercih eden kadınların ÜSBÖ toplam puan ortalaması düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). ÜSBÖ toplam puan ortalaması; yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi, gebe kalma yaşı, canlı doğum sayısı, gebelikten korunma durumu, üreme organlarını ilgilendiren bir hastalık ve ameliyat geçirme durumu gibi faktörlerle ilişkili bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç: Bu çalışmada kadınların ÜSBÖ toplam puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur. Evli kadınların üreme sağlığını korumaya yönelik tutumlarını yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum algısı, evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşı, evlilik süresi, canlı doğum sayısı ve kronik hastalığın varlığı gibi değişkenler

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

önemli düzeyde etkilemektedir. Üreme sağlığını geliştirmek için, kadınların temel eğitim olanaklarından yararlanmaları sağlanmalı, eğitim düzeyi düşük olan kadınlar üreme sağlığını korumaya yönelik tedbirler konusunda özellikle birinci basamak sağlık personeli tarafından eğitilmeli, erken yaşta evlilikler ve gebelikler önlenmeli, gençlere üreme sağlığı konusunda danışmanlık hizmetleri verilmeli ve bu hizmetler yaygınlaştırılmalı, kadınların modern aile planlaması yöntemlerini tercih etmeleri için eğitim programları düzenlenmeli, kadınların bir meslek edinerek çalışma yaşamına katkıda bulunmaları hem yasal hem de toplumsal olarak desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Üreme sağlığı, kadın sağlığı, koruyucu tutum

Kaynaklar:

Koştü, N. Taşçı, K.N. 15-49 yaş evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının belirlenmesi” Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12: 1

Er, S. Şen, S. Taşpınar, A. Şirin, A. “Lisansüstü Eğitime Devam Eden Evli Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008: 7(3).

Aytaç, A. Kadınlarda üreme sağlığı davranışlarının ve geliştirilen vajinal akıntı tanılama formu (VATF) ile konulan tanı sonucunun değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2007. İstanbul.

Erbil, N, Göktaşlar, Z. Evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010;20(5):295-303

794

ESKİŞEHİR KIRSAL ALANI'NDA 60 YAŞ ÜZERİ KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLİ DEĞİŞKENLER

Tuğçe Koyuncu, Selma Metintaş, Cemalettin Kalyoncu

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş: Yaşam süreci, yaşlılıkta sosyal izolasyon, ekonomik güçlükler ve sağlığın bozulması ile zorlaşmaktadır. Yaşlılık, kadınlarda yaşam sürelerinin daha uzun, ekonomik koşullarının daha zor yalnız kalma olasılıklarının yüksek olması nedeniyle erkeklere göre daha zordur.

Bundan dolayı yaşlanma, kadın sağlığı açısından ayrı bir antite olarak ele alınmalıdır. Yaşlı kadın sağlığı, sağlık durumunu etkileyen fizyolojik, psikososyal ve demografik özellikleri ile toplumsal cinsiyet bakış açısıyla incelenmelidir. Böylece yaşlı kadın sağlığı alanı genişleyecek ve her zamankinden daha fazla ilgili verinin toplanmasına ve analiz edilmesine ihtiyaç duyulacaktır.

Sağlıklı ilgili yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken, bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır ve yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin kendi yaşamıyla ilgili doyum ifadelerini kapsar. Dolayısıyla yaşam kalitesi çalışmaları, bireylerin ev ve toplum yaşamı ile fiziksel ve mental sağlık ve iyilikten duydukları doyumunu değerlendirmeleri nedeniyle yaşlı kadın sağlığı araştırmalarının odak noktasını oluşturmalıdır.

Menapoz ve postmenopoz dönemi kadınlarında yapılan kadın sağlığı ve yaşam kalitesi ile ilgili çok sayıda çalışmaya karşın kırsal alanda yaşayan yaşlı kadın çalışmaları çok kısıtlıdır. Oysa, kırsal alan kadınlarının sağlık hizmeti almaları diğer gelişmiş ülke kadınlarında olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmeti kalitesindeki düşüklük, şehir merkezine ekonomik nedenlerle ulaşım zorluğu, eğitim seviyesinin düşüklüğü ve yoksulluk nedeniyle çok daha zordur. Bundan dolayı yaşlı kadınların yaşam kalitesi araştırmalarına ihtiyaç vardır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Yaşam kalitesinin üzerine etkili faktörlerin en önemlilerinden birisi, fiziksel aktivitedir. Fiziksel aktivitenin psikolojik yeterlilik yanı sıra, fiziksel olarak kardiyovasküler kapasite, koordinasyon ve esneklikte düzelme sağlaması yanı sıra kronik hastalık riskini azalttığı bilinmektedir.

Çalışma, Eskişehir kırsal kesiminde 60 yaş üzeri kadınlarda yaşam kalitesi ile fiziksel aktivite ve diğer etkili sosyodemografik faktörlerin ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma, Eylül-Ekim 2011 tarihleri arasında ESOGÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde yer alan beş yerleşimden rastgele örnekleme belirlenen ikisinde (Alpu, Beylikova) yapılan kesitsel bir çalışmadır. Araştırma bölgesinde 60 yaş üzeri kadın nüfusu (Alpu: 1346, Beylikova:1489) 2835 kişiydi (7). Örnek hacmi, kadınlarda yaşam kalitesinin yetersiz olma sıklığı %20, hata payı %5 olarak kabul edilip, %95 güven aralığı içinde 246 olarak hesaplandı. Küme örnekleme sebebi ile iki katı alındı.

Araştırmada iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanıldı. Yerleşimlerin mahalleleri küme olarak kabul edildi ve nüfusa ağırlıklı olarak her mahalleden alınacak örnek hacmi belirlendi. Kümelerden seçilecek evler rastgele örnekleme yöntemiyle belirlendi. Örneğe çıkan evler tek tek ziyaret edilerek 60 yaş ve üzeri kadınlar çalışmaya davet edildi. Katılmayı kabul edenlere önceden hazırlanan anket formu "yüz yüze görüşme" metoduyla uygulandı.

Anket formunun birinci kısmına sosyo-demografik özellikler, hekim tanımlı hastalıklar ve düzenli kullanılan ilaç (haftanın 7 günü en az 1 tablet) varlığı kaydedildi. İkinci kısım, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- yaşlı modülü (WHOQOL-OLD)'nden, üçüncü kısım ise Uluslar Arası Fiziksel Aktivite Ölçeği (IPAQ)'nden oluşmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği- yaşlı modülü, altı boyutlu (duyusal işlevler, özerklik, geçmiş bugün gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm-ölmek ve yakınlık), beşli Likert tipinde ve toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Alınan puanın fazla olması, yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu gösterir.

Bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek için son yedi günü içeren Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ) -kısa formu kullanıldı. Form oturma, yürüme, orta düzeyde ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlayan yedi sorudan oluşmaktadır. Fiziksel aktivitelerle ilişkin enerji tüketimlerinin hesaplanmasında her bir aktivitenin haftalık süresi (dakika x gün), standart MET enerji değerleri ile çarpıldı. Ölçek puanına göre fiziksel aktivite düzeyi 600 MET-dk/hafta'dan düşük ise inaktif, 600-3000 MET-dk/hafta ise düşük ve 3000 MET-dk/hafta'dan fazla ise yeterli şeklinde sınıflandırıldı.

Çalışmanın verileri SPSS 13.0 programı kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel testlerden t testi, tek yönlü varyans analizi ile frekansların karşılaştırılmasında kıkare testi kullanıldı. Fiziksel aktivite ile ilişkili değişkenleri belirlemek için tek değişkenli analizler için lojistik regresyon analizi yapıldı. Bu analizde $p < 0.10$ 'dan daha düşük anlamlılık veren değişkenlerden çok değişkenli lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Yaşam kalite ölçeğinin alt boyutları ve toplam puanı ile ilişkili değişkenleri belirlemede lineer regresyon analizinden yararlandı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.10$ 'dan daha düşük anlamlılık veren değişkenlerden çok değişkenli lineer model oluşturuldu. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ alındı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 500 kadının yaş ortalaması $68,5 \pm 6.6$ 'dır (min- max: 60- 96). Kadınların %34.4'ü 60- 64 yaş grubunda, %28.8'i okula gitmemiş , %58.4'ü evli, %37.2'sinin aylık geliri 500 liranın altında, %21.4'ü yalnız yaşamakta idi. Tümü ev kadını idi.

Kadınların %50.2'sinin en az bir hekim tanımlı kronik hastalığı varken, 49.4'ü haftanın her günü bir ilaç almak zorundaydı. Kadınların 425 (%85.0)'inin eklem ve kas şikayetleri, 329 (%65.8)'inin kalp sorunu, 356 (%71.2)'sının keyifsizlik hali, 345 (%69.0)'inin uyku sorunları, 379 (%75.8)'unun sinirlilik, 347 (%69.4)'sinin endişe hali, 405(%81.0)'inin fiziksel ve zihinsel yorgunluk, 287 (%57.4)'inin cinsel sorunları, 327 (%65.4)'inin idrar kaçırma, 309 (%61.8)'unun vajina da kuruluk şikayeti bulunmaktaydı.

Uluslar arası Fiziksel Aktivite Ölçeği sonucuna göre çalışma grubundaki kadınların 250 (%50)'si fiziksel olarak inaktif, 115 (% 23) 'i düşük fiziksel aktif, 135 (%27)'inin ise fiziksel aktivite düzeyi yeterlidir. Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre fiziksel aktivite düzeyi, 70 yaş ve üzerinde ve kronik hastalığı bulunanlarda azalırken,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ilköğretim üzerinde eğitimi olanlarda, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanlarda, evli olanlarda, gelir düzeyi 500 TL'nin üzerinde olanlarda artmaktaydı. Çok değişkenli analiz sonucuna göre fiziksel aktivite düzeyi üzerine etkili değişkenler, yaş, gelir düzeyi ve kronik hastalık varlığıydı.

Çalışma grubunun Yaşam Kalite puan ortalaması 63.92 ± 16.84 'tür. Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından alınan puanların ortalamaları birbirleriyle karşılaştırıldığında en yüksek puan 'Ölüm-ölmek', en düşük ise 'Sosyal katılım' alt boyutu oldu.

Yaşam kalite ölçeği WHOQOL-OLD'un alt boyutları ve toplamına etki eden risk faktörleri çok değişkenli lineer modellerle incelendi. Ölüm-ölmek alt boyutu üzerine etkili değişken bulunamadığı için çok değişkenli model oluşturulamadı.

Tüm alt boyutlarda bulunan tek değişken fiziksel aktive düzeyiydi. Özerklik ve sosyal katılım alt boyutlarına etki eden değişkenler ortaktı. Öğrenim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin bu alt boyut puanları artmakta, eşi ve çocuklarıyla yaşamayanlarda ise düşmekteydi. Geçmiş- bugün-gelecek alt boyutunda ise etkili olan değişken bunlara ek olarak gelir düzeyiydi. Gelir düzeyi arttıkça, yaşam kalitesinin bu alt boyut puanları artmaktaydı.

Yaş değişkeni yalnızca duyuşal işlevler alt boyutuyla ters ilişkiliydi. Duyusal işlevler alt boyutuna etkili olumlu değişkenlerden birisi gelir düzeyiydi.

Yakınlık alt boyutuna diğer boyutlardan farklı olarak olumsuz etki eden değişkenlerden birisi kronik hastalık varlığıydı.

Toplam yaşam kalite puanı ile ilişkili olan değişkenler ise öğrenim durumu, gelir durumu ve fiziksel aktif olmanın pozitif, eşi ve çocuklarıyla yaşamamanın ise olumsuz etkisi olduğu saptandı ($R=0.439$, $R^2=0.183$, $F=19,666$; $p<0,001$).

Tartışma: Ulusal Hastalık yükü çalışması, kırsal alanda yaşayan kadınların sağlık göstergeleri açısından diğer gruplardan daha düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Yaşlı kişilerin birçok kronik hastalığı bulunmasına rağmen, hastalıkların günlük yaşantılarını ciddi boyutta etkileyen sorunları ortadan kaldırıldığı takdirde kendilerini bütünüyle sağlıklı olarak hissedebilecek duruma geldikleri bilinmektedir. Bundan dolayı çalışma, kırsal alanda yaşayan yaşlı kadınların yaşam kalitesi üzerine fiziksel aktivite düzeyi ve diğer etkili değişkenleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Çalışmada kullanılan WHOQOL-OLD 60 yaş üzeri nüfusta kullanılabileceği gösterilmiş 22 ülkede eşzamanlı kullanılarak geliştirilmiş ve geçerliliği gösterilmiş bir ölçektir. Türkiye 22 çalışma merkezinden birisi olmuştur. Çalışma yalnız Türkiye'nin en gelişmiş illerinden birisi olan İzmir'de yapılmıştır. Bu çalışmada, ölçek kırsal alan kadınlarında kullanılmıştır. Ölçek alt boyutlarından alınan puan ortalaması WHOQOL-OLD Türkiye çalışmasına benzer olup, farklılık ölüm-ölmek alt-boyutunda görülmektedir. Benzer durum Guedes ve Mello'nun 2010 ve 2011 yıllarında Brezilya'da yaptığı çalışmalar ile de görülmüştür. Çalışmalarla farklılık, Eskişehir kırsalında yaşayan kadınların dini inanışlarına bağlılıkları nedeniyle ölümü kabullenişlerinden kaynaklanmaktadır.

Yaşam kalite ölçeğinin tüm boyutlarıyla ilişkili tek faktör, fiziksel aktivite düzeyidir. Çalışmada 4 yaşlı kadından ancak 1'i sağlık için yeterince aktif (%27) durumdadır. Yaşlı kişilerin fiziksel aktivite düzeyi, sağlık ve yaşam kalitesini değerlendirmede en önemli ölçütlerden birisi olarak kabul edilebilir. Çalışmada FA yaş, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, yaşam şekli gibi birçok değişkenden bağımsız olarak yaşam kalitesini etkilemiştir. FA düzeyinin yaş, aktivite ve sağlık durumundan bağımsız olarak yaşam kalitesini pozitif etkilediğini gösterir birçok çalışma vardır. Bu çalışmaların önemli bir kısmı, menapoz dönemi ve hemen sonrasında kümelenme göstermektedir. Oysa menapoz dönemi sonrası kadınların kronik hastalık sıklıkları daha da artmıştır.

FA ile yaşam kalitesinin etkilenmesi arasındaki ilişki kompleks olup, birçok alternatif mekanizma içermektedir. Bu mekanizmalar kognitif yol, vücut kompozisyonuna etki, termoregülasyonu düzenleme ve FA'nin ruhsal sisteme etkisi ile farklı biyopsikososyal faktörlerin etkileşimi yoluyla oluşmaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışma sonuçları, verinin kesitsel olması nedeniyle sınırlıdır. Bundan dolayı HRQOL ve Fiziksel aktivite arasındaki nedensel ilişkiyi tam olarak belirlenememiştir.

Sonuç olarak, kırsal alanda yaşayan yaşlı kadınların yaşam kalitelerini artırmak için fiziksel aktivite düzeylerini artırmanın önemli olduğu ve bireylerin takibinde fiziksel aktivite düzeyi izlenmesinin önemli rolü olacağı kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, yaşam kalitesi, yaşlı kadın

Kaynaklar:

WHOQOL Group. Final Manuel European Office , Copenhagen. 2006

The International Physical Activity Questionnaire, 2005. Available at <http://www.ipaq.ki.se/> Erişim tarihi: 03.06.2012.

Öztürk M, Savcı S, Arıkan H et al. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. Arch Turk Soc Cardiol 2006; 34(3): 166-172.

Eser S, Saatlı G, Eser E et al. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21(1) : 37-48.

Dragomirecka, E., Bartonova, J., Eisemann, M et al. Demographic and Psychosocial Correlates of Quality of Life in the Elderly from a Cross-Cultural Perspective. Clinical Psychology and Psychotherapy 2008; 15: 193–204.

Guedes, D.P., Hatmann, A.C., Martini, F.N et al. Quality of Life and Physical Activity in a Sample of Brazilian Older Adults. Journal of Aging and Health 2011; 20(10): 1-15.

Mello, D.B., Verdini, M.P., Dantas, E.M et al. Impact of obesity on quality of life in the elderly. Medicina Sportiva 2010; 14(2): 63-66.

Elavsky, S. 2009. Physical Activity, Menopause, and Quality of Life: Rhe Role of Affect and Self-Worth Across Time. Menopause 2009; 18(2): 265-271.

505

EŞLERİ ALKOL KULLANAN KADINLARIN ŞİDDET GÖRÜLME SIKLIĞI

Berrin Bayraklı¹, Ayşe Kuzu

¹Bülent Ecevit Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de alkol ve alkollü içeceklerin tüketimi hızla artmıştır. Alkol; kullanan kişinin bedeninde oluşturduğu fiziksel zararlarının yanında, işgücünü etkilemesi, neden olduğu trafik kazaları gibi etkenlerle topluma getirdiği ekonomik yük sonucunda, kişisel bir sorun olmaktan çıkmış ve sosyal bir sorun haline almıştır. Tüm bu olumsuzluklarının yanında alkol kullanımı aile içi ilişkileri ve evlilik düzenini de bozmaktadır. Bu çalışma; Zonguldak ve Kozlu merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların eşlerinin alkol kullanım sıklığı ile kadınların şiddet görme durumu arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek amacı ile planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tipte olup 30 Mart-15 Nisan 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; Zonguldak ve Kozlu merkezinde yaşayan ve ASM'lerine kayıtlı olan 15-49 yaş grubu 24 944 evli kadın oluşturmaktadır. Araştırma örnekleme; evreni bilinen örneklem hesaplanmasıyla 377 olarak tespit edilmiştir. ASM kadınlar ise basit rastgele olarak seçilmiştir. Araştırmanın verilerini toplamak Şamacıyla 35 sorudan oluşan anket formu hazırlanmıştır. Anket formunun ön uygulaması 20 kadın üzerinde yapılmış, anlaşılmayan sorular yeniden düzenlenerek veri formuna son şekli verilmiştir. Veriler kadınlarla yüz yüze

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Sonuçlar SPSS 15.0 programında sayı, yüzde ve ki kare olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kadınların yaş ortalaması 34.01 ± 8.02 (min 23-max 49) eşlerinin ise 37.92 ± 8.94 (min 23-max 80) olup, evlilik süresi ortalama 12.04 ± 8.40 (min 1-max 33)'tür. Kadınların %39.3'ünün ilköğretim mezunudur ve % 89.1' unun eşi herhangi bir gelir getiren işte çalışmaktadır. Kadınların %46.7'si ekonomik durumunu "fena değil" olarak tanımlarken , %47.7'si evlilik ilişkisinin "iyi" olduğunu belirtmiştir. Kadınlara eşlerinin alkol kullanım durumu sorulduğunda; kadınların % 60.7'si eşinin hiç alkol kullanmadığını (n=229) % 39.2'si eşinin arada bir özel günlerde/her gün/her akşam alkol aldığını, (n=148) ifade etmiştir. Eşleri arada bir özel günlerde ve her akşam/her gün alkol alan kadınların % 14.6'i duygusal-sözel şiddete (p=0.001) % 3.8'i ekonomik şiddete, (p=0.02) %6.1'i cinsel şiddete (p=0.001) %10.6'sı fiziksel şiddete (p= 0.001) maruz kalmaktadır ve gruplararası fark anlamlıdır.

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler : Zonguldak il merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların eşlerinin yaklaşık yarısı düzenli ya da aralıklı olarak alkol kullanmaktadır. Kadınların alkol alan eşleri ise kadınlara farklı oranlarda duygusal-sözel, cinsel, ekonomik ve fiziksel şiddet uygulamaktadır. Kadına yönelik şiddetin tırmandığı son dönemlerde aileye en yakın olan ASM'lerde çalışan hemşire ve diğer sağlık personelinin kadına yönelik şiddet ve alkol kullanımını önleme konusunda çalışma yapmalarının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler:15-49 yaş grubu evli kadın, alkol kullanımı, eş şiddeti

702

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ŞİDDETE YÖNELİK BAKIŞLARI

Rabia Sohbet, Canan Birimoğlu

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş ve Amaç: Şiddet, dünya çapında mortalite ve morbiditesinin nedeni olan enfeksiyon hastalıkları sorunu ile eş değer önemde tutulan halk sağlığı sorunudur. Şiddet sağlığı, yaşamı sürdürme ve sağaltım görme hakkını temelinden etkilerken, aynı zamanda bireysel insan haklarına yönelik de ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Şiddet olgusu günümüz toplumların temel sorun alanlarından biridir. Son yirmi yılda bilimsel çevrede, şiddet ve suç davranışlarını içeren ruhsal, sosyal problemlere yönelik, şiddeti hazırlayan faktörler ve sonuçları ile etkin koruyucu girişimlerin geliştirilmesi doğrultusunda artan bir çaba olduğu görülmektedir. Her yıl dünyada iki milyondan fazla kişi şiddet nedeniyle yaralanmakta, hem fiziksel hem duygusal kalıcı sakatlıklar yaşamaktadır. Birçok ülkede şiddet endemiktir ve 15-44 yaş grubu erkekler arasında kişilerarası şiddet üçüncü sırada ölüm nedeni olarak yer almaktadır. Engellenemez bir halk sağlığı sorunu gibi görünen şiddetin aslında tanımlanması, risk gruplarının belirlenmesi ve bu risk gruplarına yönelik müdahalelerin geliştirilmesi başarılı sonuçlar sağlamaktadır. Dünyada ve ülkemizde yüksek düzeylere ulaşan "gençler arasındaki şiddet" ve özellikle "okulda şiddet" konusu önemli bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Birçok genç, çatışmayı çözmede en etkili yolun şiddet olduğuna inanmaktadır. Araştırmalar, şiddete ve saldırganlığa yönelik davranışların yaşamın erken dönemlerinde öğrenildiğini göstermektedir. Öğrenciler zamanın büyük bir kısmını, gelişim dönemleri boyunca kendilerini en çok etkileyen sosyal bir kurum olan okulda geçirmektedir. Okullar tek başına şiddeti önleme girişiminde bulunamaz, bu alanda yetişmiş uzmanlar, aileler, sosyal hizmet uzmanları ve güvenlik birimlerini içeren çeşitli kaynakların desteğiyle okulda şiddet ve saldırganlığın önlenmesi ve yönetimindeki çabalar daha etkili olabilir. Dünyada ve ülkemizdeki veriler bazen insanoğlunun şiddetle kuşatılmış bir dünyada yaşadığını düşündürmektedir. Toplumun kötüye kullanma, saldırgan çıkışlar ve zarar verme ciddi bir insanlık sorunu olarak görülmektedir. Günümüzde şiddet halk sağlığı alanında ele almak, bu konuya dikkat çekmek ve önemi üzerinde eğilmek gerekmektedir. Bu çalışma geleceğin öğretmenleri olacak olan Gaziantep Üniversitesi eğitim fakültesi öğrencilerinin şiddete bakışının irdelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evrenini 2010-2011 öğretim yılında Gaziantep Üniversitesi Eğitim Fakültesinde okuyan 1116 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmamıştır. Öğrenci devamsızlığı ve araştırmaya katılmayı kabul etmeme nedeni ile evrenin %61,1'ine (680 öğrenci) ulaşılabilmektedir. Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Ankette toplam 30 sorudan 10'u sosyo-demografik özellik, 20'si şiddet ve şiddeti önleme tedbirlerini

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

içermektedir. Ayrıca Saldırganlık Ölçeği (44 soru 5'li likert tipi), Şiddet eğilim ölçeği(20 soru 4'lü likert) uygulanmıştır. Tuzgöl(1998)tarafından geliştirilen Saldırganlık Ölçeği, gençlerde açık, gizli, fiziksel, sözel ve dolaylı saldırganlıkla ilgili davranışları ölçmeye yönelik 44 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 30 maddesi saldırgan içerikli, 15 maddesi saldırgan olmayan içeriklidir. Bireylerden ölçekteki her bir maddeden (5) her zaman, (4) sıklıkla, (3) ara sıra, (2) nadiren ve (1) hiçbir zaman seçeneklerinden kendine uygun olan birini seçmeleri istenmektedir. Ölçeğin 13 maddesi negatif ifade olduğundan puanlaması tersine çevrilerek yapılmaktadır. Test puanı yüksekliği, yüksek saldırganlık düzeyini, düşüklüğü saldırganlık düzeyinin düşüklüğünü göstermektedir. Saldırganlık Ölçeğinden alınabilecek puanlar 45 ile 225 arasında değişmektedir.

Gaziantep Üniversitesi Eğitim Fakültesi öğrencilerinin şiddete bakışları anket formu kullanılarak Şubat 2011-Mayıs 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. 25 öğrenciye ön uygulama yapılmış, anket formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan kişiler veri değerlendirmesine dahil edilmemiştir. 680 öğrenciye gözlem altında anket uygulanmıştır. Değerlendirme SPSS 15,00 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Bu araştırma resmi izin ve etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin %57,6'sı kız, %46,5'i 20-21 yaş grubunda, %56,9'unun ekonomisi gelir gidere eşit olduğu, %40,1'inin 3-4 kardeşe sahip; %80,4'ü çekirdek aile yapısında, %55,3'ünün il merkezinde oturduğu, %75,2'sinin Güneydoğu Anadolu Bölgesinde doğduğu, %82,6'sının sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Öğrenci babalarının %37,8'i ilköğretim mezunu olduğu, annelerinin %34,4'ünün okur-yazar olmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin %39,9'u 1.sınıfta, %44,6'sı Türkçe bölümünde okumaktadır.

Öğrencilerin %82,3'ü şiddeti kaba kuvvet-dayak, %38,7'si en ağır şiddeti fiziksel şiddet olarak tanımlamıştır. Öğrencilerin %49,3'ü şiddete maruz kalanları kadın olarak göstermiş, %70,4'ü şiddete maruz kalmadığını ifade etmiştir. Şiddete maruz kalanların %11,3'ü evde şiddete uğradığını, %14,9'u şiddet uygulayanı anne/baba olarak belirtmiştir. Öğrencilerin %70,1'i şiddete uğrarsa anne/baba'larına başvurduğunu söylemiştir. Öğrencilerin %62,3'ünün kızarak cezalandırıldığını, %65,6'sı sorunlarını kendisinin çözdüğünü, %98,7'si herkes tarafından dinlendiğini fikirlerine önem verildiğini söylemiştir.

Şiddetin kaynağı ile yaş grupları; anne eğitimi ile aile içinde cezalandırılma şekli, şiddete maruziyet, kendi sorunlarını çözme, baba eğitimi ile şiddetin kaynağı, kendi sorunlarını çözme, oturduğu yerle şiddete maruziyet, şiddeti uygulayan kişi, doğduğu bölge ile çevrede şiddete eğilimli kişilerin eğitimi, ailede şiddeti engellemek için alınacak tedbirler, şiddetin kaynağı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur(p<0,05).

Yaş grupları ile ailede şiddeti engellemek için alınacak tedbirler, müracaat yeri, şiddetin en ağırı; anne eğitimi ile aile içinde cezalandırılma şekli, şiddete maruziyet, kendi sorunlarını çözme, baba eğitimi ile şiddetin kaynağı, kendi sorunlarını çözme, oturduğu yerle şiddete maruziyet, şiddeti uygulayan kişiler, doğduğu bölge ile çevrede şiddete eğilimli kişilerin eğitimi, ailede şiddeti engellemek için alınacak tedbirler, şiddetin kaynağı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur(p<0,05).

Sonuç: Öğrencilerin çoğunluğu şiddete uğramadığını ve şiddet görmediğini ifade etmiştir. Öğrenciler eğitim kurumlarındaki şiddeti engellemek için %43,5 şiddete karşı duyarlılığı artırmaya yönelik seminerler düzenlenmesi gerektiğini söylemiştir. Öğrencilerin %27,6'sı eğitimdeki şiddetin öğrenci davranışlarından kaynaklandığını belirtmiştir. Öğrencilerin %57,4'ü ailede şiddeti engellemek için ailelere çocuk eğitimiyle ilgili bilgi verilmesi gerektiğini söylemiştir. Öğrencilerin %62,3'ü kızarak cezalandırıldığını, %65,6'sı sorunlarını kendisinin çözdüğünü, %98,7'si herkes tarafından dinlendiğini ifade etmiştir.

Öneriler: Gaziantep Üniversitesi Eğitim Fakültesi öğretmen adayları mesleğe başladıklarında şiddetin şiddeti beslediği düşüncesinden hareketle tv'deki şiddet içeren programların çocuklara izlettilmemesi, internet kafelerin denetim altına alınması konusunda bilinçlendirilmeli,

- Okullarda rehberlik servisleri şiddet yaşantısı olanları tespit edip önlem olarak izlemeli,
- Şiddete neden olan faktörlerin yoğunluğu (adalet sistemi, ekonomik koşullar, bireysel faktörler, eğitimsizlik vb.) şiddetin önlenmesinde soruna bütüncül bakılmasını sağlamalı,
- Öğrencilere kendilerini daha rahat ifade ettikleri düşüncelerini rahatlıkla sunabildikleri yargılanmadıkları eleştirilmedikleri ortamlar sunulmalı,

- Öğrenciler öfke yönetimi, arkadaşlık becerileri gibi konularda, aileler aile içi iletişim, bireysel farklılıklara saygı gibi konularda bilgilendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Şiddet, Aile İçi Şiddet, Öğrenci, Şiddet Eğilimi

705

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ ARKEOLOJİ VE SOSYOLOJİ BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN MEME KANSERİNE BAKIŞI

Rabia Sohbet, Melike Yaman

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş ve Amaç: Günümüzde insan sağlığını tehdit eden en önemli hastalıklardan birisi kanserdir. Dünyada, meme kanseri bayanlarda en sık görülen kanser tipidir. Sağlık Bakanlığı'nın 2000 yılı verilerine göre; Türkiye'de bayanlarda meme kanseri insidansının yüz binde 10,02 olduğu ve meme kanserinin %24,96 ile bayanlarda en sık görülen kanser türü olduğu bildirilmektedir. Araştırmalara göre, yaşam boyunca her on bayandan biri meme kanseri olma, üçte biri meme kanserinden ölme tehlikesi ile karşı karşıyadır. Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi, yaşam süresinin uzatılmasında, mortalitenin azaltılmasında, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, bayanlarda fiziksel acı ve psiko-sosyal zorlanmanın önlenmesinde etkili olabilmektedir. Kesin tanı histopatolojik konur. Ancak birçok bayanın memesinde ele gelen ya da gelmeyen fakat görüntüleme yöntemleri ile ortaya konan lezyonlar vardır. Meme ile ilgilenen hekimler bu lezyonları, hastanın kişisel öyküsü (daha önce yapılmış meme biyopsileri ve kanser açısından riskli lezyonlar) ve aile öyküsü ile birleştirerek bir karara varırlar.

Bu araştırma Gaziantep Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Arkeoloji ve Sosyoloji bölümü öğrencilerinin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek, bu konuda yapılacak çalışma ve planlanacak eğitimlere veri oluşturmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma 24-25 Kasım 2011 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Arkeoloji ve Sosyoloji öğrencilerine uygulanmıştır. Her iki bölümde okuyan toplam 300 öğrenci araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmadan ankete katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 270 öğrenci çalışmaya alınmıştır. Kişilerin sözel izinleri alınarak anketler gözlem altında uygulanmıştır. Anket 13 sosyo-demografik, 19 meme kanseri bilgi düzeyini ölçmeye yönelik toplam 32 sorudan oluşmaktadır. Kurumsal izinler alınmıştır. Veriler SPSS 16.0 programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %51'i 21-24 yaş grubunda, %67'si bayan, %57'si 1-4 kardeş sayısına sahip, %33'ü Mersinlidir. Öğrencilerin %99'u bekar, %66'sı evde kalmakta, %33'ü SGK güvencesine sahiptir. Araştırmaya katılanların %34'ü diyetine dikkat etmektedir. %74'ü çekirdek aile yapısında, annelerin %55'i babaların %53'ü okur-yazardır. Öğrencilerin %85'i sigara alkol kullanmamakta, %81'i alkol-sigara ve obezitenin meme kanserini olumsuz etkilediğini bilmekte, %36'sı egzersiz yapmaktadır. %6'sı meme kanseriyle ilgili eğitim almış, %91'i meme kanseri hakkında bilgi sahibi, %63'ü meme kanserinin erkeklerde görüldüğünü bilmekte, %33'ü meme kanserinin belirtilerini bildiğini ifade etmiştir. Öğrencilerin %15'inin yakın akrabasında meme kanseri görülmüş, %4'ü klinik meme muayenesine gitmiş, %42'si klinik meme muayenesinin 6 ayda bir olması gerektiğini %26'sı kendi kendine meme muayenesini 15-19 yaş arasında başladığını, %17'si kendi kendine meme muayenesinin ayda bir yapılması gerektiğini söylemiştir. %62'si meme kanserinde erken tanı yönteminin mamografi olduğunu, %20'si mamografinin 19 yaşlardan itibaren tanı yöntemi olarak kullanılabileceğini söylemiştir.

Sonuç ve Öneriler: Üniversite öğrencilerinin meme kanserinden korunmaya ilişkin bilgi düzeyleri ve tutumları istenilen düzeyde değildir. Meme kanserine bağlı olan ölümlerin azaltılmasında hastalığın erken dönemde teşhis edilebilmesinin taşıdığı önemin yükselmektedir. Bunun için öncelikle bayanların, meme kanseri görülmesinde etkili risk faktörlerine yönelik bilgilendirilmeleri ve bilinçlendirilmeleri gerekmektedir. Bunun yanında risk faktörleri açısından bakıldığında; kişisel meme kanseri hikayesi olan kadınların takibine ve ailede meme kanseri görülen kadınların meme kanseri genetik danışmanlığının yapıldığı kliniklerde risklerini hesaplatmalarına yönelik düzenlemelerin yapılmasının hastalıktan meydana gelen ölümlerin azaltılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

* Üniversite eğitimi gören öğrencilere yönelik meme kanserinin belirti-bulguları, erken tanı amacıyla yapılan KKMM'nin önemi, nasıl yapıldığı konusunda eğitimler planlanması,

* Sağlık eğitimi alan ve bu konuda yeterli bilgisi olan öğrencilerin akran eğitim ile konu ile ilgili yaşlılarıyla etkileşimde bulunması, toplumun daha geniş kesimine ulaşımının sağlanması,

* Belirli aralıklarla konu ile ilgili eğitimlerin tekrarlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kendi kendine meme muayenesi, Eğitim, Öğrenci, Meme Kanseri Bilgi- Tutum

325

HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU ÖĞRENCİLERİNİN GENİTAL HİJYEN HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Serpil Özdemir, Tülay Ortabağ, Betül Tosun, Özlem Özdemir, Hatice Bebiş

GATA HYO Halk Sağlığı Hemşireliği BD

Giriş ve Amaç: Türkiye’de doğurganlık çağındaki kadınlarda jinekolojik sağlık sorunları konusunda geneli temsil edecek veriler oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin genital hijyen ile ilgili bilgi düzeylerini ve alışkanlıklarını belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, kesitsel olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın evrenini hemşirelik yüksek okulunda eğitim gören 354 öğrenci oluşturmaktadır. Soru formu, araştırmacılar tarafından literatür incelemesi sonucu oluşturulmuştur.

Bulgular: Birinci sınıf öğrencilerinin %50.5’i (n=55) anormal vajinal akıntı öyküsü tarif etmesine rağmen, yalnız %19.3’ü (n=21) akıntısının anormal olduğunu düşünmektedir. Öğrencilerin %5.4’ü (n=19) adet döneminde “hiç banyo yapmadığını” belirtmiştir. Mevcut vajinal akıntı öyküsü ile öğrencilerin taharetlenme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($\chi^2=19.469$, $p=0.001$). Arkadan öne doğru taharetlenme şeklinin anormal vajinal akıntı öyküsü olan öğrenciler arasında daha yaygın olduğu saptanmıştır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Sonuç olarak, kadında ürogenital sağlığı koruma ve geliştirmede temelde çok basit gibi görünen, ancak sıklıkla göz ardı edilen alışkanlıklar önemli yer tutmaktadır.

Anahtar kelimeler: Genital hijyen, hemşirelik, öğrenci

866

HEMŞİRELİK/EBELİK BÖLÜMÜ 1. VE 4. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞI VE ETKİLEYEN ETMENLER

Zümrüt Bilgin¹, Kamer Gür², Gözde Berfin Uysal³

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, ²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği AD, ³Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğrencisi

Giriş ve Amaç: Kişisel hijyen, bireyin sağlığını sürdürmek için yaptığı ‘öz bakım’ uygulamalarıdır. Bu bakım uygulamalarından biri de genital hijyen bakımıdır. Genital hijyen bakım davranışı, bireyin sağlığı, rahatı ve sosyal olarak kendini iyi hissetmesi için gereklidir (1,2).

Genital hijyen davranışı bireyin, bilgi, inanç ve alışkanlıkları doğrultusunda geliştirdiği bakım uygulamalarıdır. Bu uygulamalar bireyler arasında farklılık gösterir. Bu farklılık genital hijyen uygulamalarının sıklığı ve yönteminde gözlemlenir. Önemli olan bu hijyen uygulamalarının bireyin sağlığı koruyacak nitelikte ve sıkta yapılmasıdır. Pek çok çalışma, genital hijyen yetersizliğinin genital enfeksiyonlara ve sıklıkla anormal genital akıntıya neden olduğunu göstermektedir (2,4).

Genital enfeksiyonların önlenmesinde en temel bakım genital hijyen bakımıdır. Genital hijyen bakımı pek çok faktörden etkilenebilir. Bu faktörler çevresel ve kişisel kaynaklı olabilir. Çevresel faktörlerin başında sosyoekonomik durum, kişisel faktörlerin başında ise hijyen eksikliği gelmektedir. Bunlara ilaveten bireyde el yıkama alışkanlığının olmaması, tuvalet sonrası genital bölge temizliğinin doğru şekilde yapılmaması, uygun iç çamaşırı kullanmama ve menstruasyon hijyenine özen göstermeme gibi riskler genital enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır (1,3,5). Bu riskler bir araya geldiğinde ise kadının üreme sağlığı tehlikeye girmektedir. Bu bağlamda bireye, doğru genital hijyen davranışının kazandırılmasında sağlık ekibi üyelerinden hemşire ve ebelere sorumluluk düşmektedir. Üyelerin bu sorumluluklarda etkin rol alabilmeleri doğru sağlık davranışı ve bilgi donanımını gerektirmektedir. Tanımlayıcı tipteki çalışmamızın amacı; hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin genital hijyen davranışları ve bu davranışları etkileyen etmenlerin incelemesidir.

Gereç ve Yöntem:

1.Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Tanımlayıcı olan araştırma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Ebelik bölümlerinde 12 Mart 2012- 18 Mayıs 2012 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.Evren Ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Ebelik bölümlerinin 1. ve 4. sınıfında okuyan kız öğrenciler, örneklemine ise çalışmaya katılmayı kabul eden ve soruları eksiksiz yanıtlayan üç yüz yirmi (n=320) kız öğrenci oluşturmuştur.

3. Veri Toplama Aracı

Veriler, Sosyodemografik özellikler ve genital hijyen ilgili bilgileri içeren araştırmacılar tarafından hazırlanan "Bilgi formu" kullanılarak toplanmıştır.

4.Veritoplama Aracının Uygulanması

Sınıf ortamına alınan öğrencilere soruların eksiksiz yanıtlanmasının önemi vurgulanmış ve bilgi formunu doldurmaları sağlanmıştır.

5.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında yüzdeler, ortalama ve ki kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin %65.6'sı hemşirelik, %34.4'ü ebelik öğrencisidir. Katılımcıların %46.9'u birinci sınıf %53.1'i ise dördüncü sınıf öğrencisidir.

Öğrencilerin %7.5'i ailesinin hala köyde yaşadığını, %10.6'sı geniş ailede ortamında büyüdüğünü, %74.7'si ailesinin gelirini orta düzey olarak algıladığını ve %44.1'i ise yurt ortamında barındığını belirtmiştir.

Öğrencilerin %16.9'u normal vajinal akıntının özelliklerini bilmediğini, %13.8'i son bir aydır vajinal akıntıdan rahatsız olduğunu ve vajinal akıntıdan rahatsız olanların %22.7'si doktora gitme gereksinimi duyduğunu belirtmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışmaya katılanların % 93.1'i genital hijyen konusunda bilgi aldığını, % 59.3'ü bu bilgiyi okuldan edindiğini, %29.1'i ayda bir genital bölge bakımı yaptığını ve %32.8'i ise genital bakım temizliği sırasında jilet kullandığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %5.3'ü iç çamaşırının yetersiz olduğunu, %26.3'ü üç günde bir iç çamaşırını değiştirdiğini ve %51.6'sı ise iç çamaşırını elde yıkadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılanların %41.6'sı tuvalete girmeden önce elini yıkadığını, %32. 2'si tuvalet sonrası genital bölge temizliğini yalnız kağıt kullanarak yaptığını ve %54.4'ü ise perine bölgesi temizliği önden arkaya yaptığını belirtmiştir.

Katılımcıların tamına yakını regli döneminde ped kullandığını, %22.2'si regli iken günde iki kez ped değiştirdiğini, %65'i ped değiştirme öncesi elini yıkamadığını ve tamamına yakını ped değiştirme sonrası elini yıkadığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin ailelerinin gelir durumu ile iç çamaşırın yeterliliği karşılaştırılmış aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0.035).

Birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin genital hijyen davranışları karşılaştırıldığında; genital hijyen bilgi düzeyi, genital hijyen bilgi kaynağı, genital bölge temizliği için kullanılan malzeme, genital yıkama yönü, genital bölgeyi aylık olarak gözlem yapma ve şüpheli durumlarda hekime gitme durumu karşılaştırılmış bulunan p değerleri sırayla verilmiştir (p=0.011, p=0.000, p=0.000, p=0.000, p=0.000, p=0.000).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyi genital hijyen davranışlarının en önemli belirleyicisidir. Çalışmamızda öğrencilerin %74.7'si ailesinin gelirini orta düzey olarak belirtmiştir. Ünsal ise çalışmasında (2010) öğrencilerin %63.9'unun gelirlerinin giderine eşit olduğunu bulmuştur (1).

Normal vajinal akıntı; berrak, kokusuz, renksiz ve kaşıntı yapmayan bir sekresyondur. Öğrencilerin %16.9'u normal vajinal akıntının özelliklerini bilmediği ve son bir aydır vajinal akıntidan rahatsız olanların yalnız %22.7'si doktora gittiği belirlenmiştir. Özdemir ve arkadaşları yaptığı çalışmada (2012) %76.8'i vajinal akıntıyı "normal bir süreç" olarak belirtmiştir (2). Vajinal akıntidan rahatsızlık olanların çok azının hekime gitmesi düşündürücüdür.

Genital hijyen sağlığı açısından iç çamaşırın özelliği, değiştirme sıklığı ve yıkama şekli önemlidir. Çalışmaya katılan öğrencilerin %26.3'ü üç günde bir iç çamaşırını değiştirdiği saptanmıştır. Ünsal ise çalışmasında (2010) öğrencilerin %73.0'ü 2-3 günde bir iç çamaşırını değiştirdiğini saptamıştır (1).

El yıkama alışkanlığı vücut hijyeni açısından önemlidir. Araştırmaya katılanların %41.6'sı tuvalete girmeden önce elini yıkadığı, %32. 2'si tuvalet sonrası genital bölge temizliğini yalnız kağıt kullanarak yaptığı ve %54.4'ü ise önden arkaya perine bölgesi temizliği yaptığı belirlenmiştir. Ünsal ise çalışmasında (2010) öğrencilerin %4.1 tuvalete girmeden önce ellerini yıkadığını ve %73.9'u genital yıkama işlemini doğru yaptığını bulmuştur (1). Özdemir ve arkadaşları yaptığı çalışmada ise (2012) öğrencilerin %25.1'inin yanlış biçimde perine yıkaması yaptığını ifade etmiştir (2). Çalışmamızda öğrencilerin yarıya yakının, genital bölge yıkama işlemini doğru yapmamış olması düşündürücüdür.

Bireyin genital hijyen davranış ve uygulamaları pek çok faktörden etkilenebilir. Öğrencilerin sınıf ile genital hijyen alışkanlıkları karşılaştırıldığında;genital hijyen bilgi düzeyi, genital hijyen bilgi kaynağı, genital bölge temizliği için kullanılan malzeme, genital bölgeyi temizleme yönü, genital bölgeyi aylık olarak gözlem yapma ve şüpheli durumlarda hekime gitme durumu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0.011, p=0.000, p=0.000, p=0.000, p=0.000, p=0.000). Okulda verilen eğitimin doğru sağlık davranışlarının kazanılmasını etkilemiştir.

Sonuç olarak öğrencilerin yarısından azının tuvalet öncesi el yıkama alışkanlığının olduğu, akıntidan rahatsız olanlardan çok azının hekime gittiği, yarıya yakının ise tuvalet sonrası genital hijyen temizliğini doğru yapmadığı belirlenmiştir. Bireysel koruyucu sağlık açısından el yıkama alışkanlığı ve perine hijyeninin önemi vurgulanmalıdır.

Kaynaklar:

1. Ünsal A.:Üniversitede Okuyan Kız Öğrencilerin Genital Hijyen Davranışları, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:5, Sayı:13 2010
2. Özdemir S., Ortabağ T., Tosun B., Özdemir Ö., Bebiş H.:Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin Genital Hijyen Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Gülhane Tıp Dergisi 54: 120-128 2012
3. Ardahan M., Bay L.:Hemşirelik Yüksek Okulu 1.Ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Vajinal Akıntı Ve Bireysel Hijyen Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Ege Tıp Dergisi /Ege Journal Of Medicine 48 (1): 33-43, 2009
4. Bildiri Kitabı. Kök Yayıncılık, 350. Sistem Ofset, 469-490. Ege E., Eryılmaz G.: Kadınlar Verilen Planlı Eğitimin Genital Hijyen Davranışlarına Etkisi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Cilt: 9 Sayı: 3 2006
5. Koştu N., Taşçı Beydağ KD.:Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınların Genital Hijyen Davranışları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,12:1 2009

624

KADINLARIN DOĞUM YÖNTEMİ TERCİHİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Seçil Özkan, Fatma Nur Aksakal, Emine Avcı, Emine Füsün Civil, Müzeyyen Zeyneb Tunca

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte kadın için önemli bir stres kaynağıdır. Bu dönemde kadınlar doğum şeklinin nasıl olacağı ile ilgili de endişe yaşarlar. Anne adayları gebelik boyunca doğum şekli ile ilgili yaşadıkları kararsızlık sonucu normal doğumun yanında alternatif doğum yöntemleri aramaktadırlar. Doğum tercihinin normal yada sezaryen doğum olması ana ve çocuk sağlığı açısından çok önemlidir.

Tıbbi nedenler dışında sezaryenlerin anne ve bebek sağlığına getirdiği ağır yükler göz önüne alındığında, endikasyon dışı sezaryenlerden kaçınılması zorunluluk arz etmektedir. Normal doğumun alternatifi gibi görülen ve bu doğrultuda kimi zaman doktorun tutumu, kimi zaman gebenin yaşadığı çevre doğum yöntemi tercihinde etkili olmaktadır.

Toplumdaki tıbbi nedenler dışında gerçekleşen sezaryen hızını düşürmek için, ulusal programlar geliştirmek gerekecektir. Bu programları geliştirmede doğum tercihinin etkileyen faktörlerin saptanması yol gösterici olacaktır.

Bu çalışmada Ankara il merkezindeki bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran o anda gebe olan veya daha önce doğum yapmış 18-49 yaş arası kadınların doğum yöntemi seçimi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini Ankara il merkezinde 713.028 toplam nüfusa sahip 3 Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı aile sağlığı merkezlerine 05-16 eylül 2011 tarihleri arasında başvuran, 18-49 yaş arası, gebelik öyküsü olan/gebe olan, 1211 kadın oluşturmaktadır. Bu kadınlardan 37'si bebek ve çocuklarının yanlarında olması nedeniyle, 15'i ise gebeliğin son döneminde olup sıkıntıları olması nedeniyle araştırmamıza katılamamıştır. 1159 kadına yüz-yüze görüşme yöntemiyle anket formu uygulanarak yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır. Katılım oranı %95,7'dir. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, ortalama(±)standart sapma, frekans dağılımı yüzde olarak sunulmuştur. Sezaryen ile doğum yapmaya etkili faktörlerin analizinde Bacward LR lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon modeli oluşturulmadan önce univariate analizler yapılmıştır. Modele istatistiksel olarak anlamlı olan değişkenler alınmıştır. Modele öğrenim durumu(okur yazar olmama/okur yazar olma/ ilkokul /ortaokul /lise /yüksekokul-üniversite mezunu olma), meslek(öğrenci/evhanımı/işsiz/işçi/memur/ emekli/serbest), yaşanan yer(kır/kent), bu/son gebelikte problem yaşama(yaşamış/yaşamamış), hastanede yatma(yatmış/yatmamış), sezaryen olmayı gerektiren problem yaşama(yaşamış/yaşamamış) ve doğum şekilleri hakkında bilgi edinme(bilgi edinmiş/edinmemiş) dahil

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

edilmiştir. Analizde istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p<0,05$ ve removal $p<0,10$ alınmıştır. Lojistik regresyon analizinde son step sunulmuştur.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların (1.159) yaşlarının ortalamaları $32,6\pm 7,9'$ dir. %36,6'sı 26-33 yaş, %24,5'i 34-41 yaş, %21,5'i 18-49 yaş, %17,4'ü 42-49 yaş grubunda yer almaktadır. Yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1,90\pm 1,0$ iken ortanca çocuk sayısı 2 (min;1-max;7)'dir. Kadınların %1,0'ı okur-yazar değil, %30,7'si ilköğretim ve %68,3'ü ise lise ve üstü okul mezunudur.

Araştırma sırasında kadınların %34,4'ü gebe iken, %65,6'sı gebe olmadığını, %77,2'si daha önce gebelik öyküsü olduğunu, %22,8'i olmadığını belirtmiştir.

Kadınların daha önceki doğumlarına bakıldığında %56,3'ü normal doğum, %28,3'ü ise sezaryen doğum, %15,4'ü hem normal hem sezaryen doğum yaptığını, en son doğum şekline bakıldığında ise %56,8'i normal doğum, %43,2'si sezaryen ile doğum yaptığını belirtmiştir. Araştırma sırasında gebe olan kadınların %55,6'sı normal doğum, %44,4'ü ise sezaryen ile doğum yapmayı planladığını belirtmiştir.

Kadınların %95,2'si en son doğumunu ikinci basamak sağlık kurumunda, %1,3'ü birinci basamak sağlık kurumunda, %3,5'i ise evde yaptığını belirtmiştir. En son doğumu sezaryen olan kadınların %67,4'ü sezaryenin planlı olduğunu, %91,0'i sezaryen olma nedenini bildiğini belirtmiştir. Sezaryen olma nedenini bildiğini belirten kadınların %30,7'si kendi tercihi olduğunu belirtirken, %69,3'ü tıbbi endikasyon nedeniyle olduğunu, bunlarında %34,3'ü tekrarlayan sezaryen olduğunu belirtmiştir. Tekrarlayan sezaryen dışında tıbbi endikasyon nedeniyle sezaryen doğum yaptığını belirten 157 kadının, %75,8'i gebeliğinin başındaki doğum tercihi kararının gebeliğin ilerlemesi ile birlikte değişmediğini belirtmiştir.

Kadınların %6,1'i bu/en son gebeliğinde sezaryen olmayı gerektiren bir sağlık problemine sahip olduğunu belirtmiştir.

Kadınların %53,3'ü gebelikleri süresince doğum şekilleri hakkında bilgi edindiğini, bilgi edinenlerin %32,6'sı doktordan, %14,3'ü arkadaşlarından, %13,3'ü internette, %12,2'si daha önce doğum yapanlardan, %9,9'u aile büyüklerinden, %9,4'ü kitap/dergi/brosürden, %7,6'sı ebe/hemşireden, bilgi edindiğini belirtmiştir.

Kadınların %43,8'i bu/en son gebeliğin başlangıcında normal doğum, %17,9'u sezaryen ile doğum düşündüğünü, %11,1'i geçirilmiş sezaryen nedeniyle sezaryen olacağını, %27,3'ü doğum şekli ile ilgili düşüncesi olmadığını belirtmiştir.

Kadınların %92,9'u bu/en son gebeliğinin ilerlemesiyle doğum şekli ile ilgili ilk kararında değişiklik olmadığını belirtmiştir.

Kadınların %21,3'ü bu/son gebeliklerinde doğum şekli ile ilgili son kararı doktoru ve kendisinin verdiğini, %18,6'sı doktorunun, %18,4'ü eşi ve kendisinin, %18,3'ü doktoru, eşi ve kendisinin, %17,6'sı kendisinin verdiğini, %5,8'i ise tıbbi zorunluluk nedeniyle sezaryen olması gerektiğini belirtmiştir.

Kadınların %32,6'sı doğum şeklinin sezaryen olmasının çocuğun sağlığını etkilediğini, bunların da %75,2'si kötü yönde etkilediğini, %55,5'i doğum şeklinin sezaryen olmasının annenin sağlığını etkilediğini, bunların da %77,3'ü kötü yönde etkilediğini belirtmiştir. Kadınların %38,0'i doğum şeklinin normal doğum olmasının çocuğun sağlığını etkilediğini, bunların da %92,7'si iyi yönde etkilediğini, %53,6'sı doğum şeklinin normal doğum olmasının annenin sağlığını etkilediğini, bunların da %80,4'ü iyi yönde etkilediğini belirtmiştir.

Kadınların daha önceki doğum şeklinin sezaryen olması durumunu etkileyen faktörler için yapılan lojistik regresyon modelinde; annenin bu/en son gebelikte problem yaşamış olması sezaryen olma durumunu 1,930 kat, bu/en son gebelikte hastanede yatmış olması 3,297 kat, bu/en son gebelikte sezaryen olmayı gerektiren problem yaşamış olması 16,659 kat artırdığı, bu/en son gebelikte doğum şekilleri hakkında bilgi edinmiş olmasının ise riski 0,54 kat azalttığı ve bu risk değişimlerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmıştır ($p<0,05$).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Son doğum şeklinin tıbbi endikasyon dışında sezaryen olduğunu ifade eden 162 kadının %69,2'sinin sezaryen kararında doktor tavsiyesi bulunmakta iken %30,8'i doktor tavsiyesi dışında kendi tercihi olduğunu belirtmiştir(Tıbbi endikasyon dışı sezaryen doğum şekli kararı analizi; en son doğumu sezaryen olup, gebeliğinde herhangi bir problem yaşamayan, sezaryen olmasını gerektiren bir sağlık problemi olmayan ve son gebeliği döneminde hastanede yatmak zorunda kalmayan kadınlar seçilerek yapılmıştır).

Tartışma: Bu çalışmada 15-49 yaş arası kadınların daha önceki doğumlarına ve en son doğum şekline bakıldığında yaklaşık yarısı sezaryen ile doğum yaptığını belirtmiştir. 2006'da Afyon'da yapılan çalışmada 2/3'ünün sezaryen ile doğum yaptığını saptanmıştır(1). Sezaryenle doğum oranları uygulanan sağlık politikaları ve insanların doğum eylemine bakışlarındaki farklılıklar ile değişiklik göstermektedir.

2006'da Eskişehir'de ve Afyon'da gebelerin yaklaşık 1/4'ü(2,1) bu çalışmada ise gebelerin yaklaşık yarısı sezaryenle doğum yapmayı planladığını belirtmiştir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de teknolojinin ve cerrahi tekniklerinin gelişmesi, anestezi yöntemlerinde güvenliğin artması, annelerin ve doktorların yaşadığı anksiyete gibi nedenlere bağlı olarak sezaryen doğum daha fazla tercih edilmektedir(3).

2006'da Eskişehir'de yapılan çalışmada sezaryen tercih edenlerin yaklaşık yarısı hekim isteği, 1/5'i ise kendi isteği olduğunu(2), 2006'da Afyon'daki çalışmada da sezaryen tercih edenlerin yaklaşık yarısı bu tercihe doktor tarafından yönlendirildiğini belirtmiştir(1). Bizim çalışmamızda ise sezaryen kararında kadınların yaklaşık 2/3'ü doktor tavsiyesi olduğunu, 1/3'ü ise kendi isteği olduğunu belirtmiştir. Eskişehir, Afyon ve Ankara, Türkiye'de benzer sosyoekonomik özelliklere sahip iller olup, yıllar içinde doğumda sezaryen tercihinde hekim isteği sıklığının arttığı düşünülmüştür. Ayrıca bu çalışmalar kadınların sezaryen doğum şeklini tercih etmesinde doktorların çok büyük bir role sahip olduğunu göstermektedir.

Tekrarlayan sezaryen dışında tıbbi endikasyon nedeniyle sezaryen doğum yaptığını belirten 157 kadının, %75,8'i gebeliğinin başındaki doğum tercihi kararının gebeliğin ilerlemesi ile birlikte değişmediğini belirtmiştir. Her ne kadar tıbbi endikasyon nedeni ile sezaryen kararı gibi görünse de, bu durum gebelik başlangıcında olduğundan, kadının kararını doktorun etkilediğini ve bu kararın sezaryen yönünde olduğunu ve bu kararın gebelik sonunda değişmediğini düşündürmektedir.

2004'te Ankara'da yapılan çalışmada kadınların, yaklaşık %90'nı, bu çalışmada ise kadınların yaklaşık %93'ü doğum şekline yönelik kararının gebeliği süresince değişmediğini belirtmiştir(3). Çalışmaların bulguları benzerlik göstermektedir. Yıllar geçmesine rağmen gebelik başlangıcındaki kararın doğuma kadar devam ettiği görülmektedir. Gebelik başlangıcında kadının kararını etkileyen kişinin doktor olması bunun nedeni olabilir.

2006'da Eskişehir'de yapılan çalışmada katılımcıların yaklaşık 1/5'i doğum şekilleri hakkında bilgi edinmediğini, bilgi edinenlerin ise yarıdan fazlası bilgiyi sağlık personelinden edindiğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların yaklaşık %40'ı doğum şekilleri hakkında bilgi edinmediğini, bilgi edinenlerin ise %40'ı bilgiyi sağlık personelinden edindiğini belirtmiştir(2). Doğum şekilleri hakkında bilgi edinme farklılıklar göstermektedir. Doğum öncesi bakımda doğum şekli hakkında bilgilendirmenin tam olması beklenirdi.

2004'te Ankara'da yapılan çalışmada kadınların doğum şekli ile ilgili bilgiyi sağlık personeli, akraba, arkadaş, kitap, kendi ailesi, kitle iletişim araçları ve daha önce doğum yapmış kişilerden edindiği belirlenmiştir. Ayrıca kadınların bilgi almak için en fazla tercih ettikleri sağlık personelinin doktor, daha sonra ebe ve hemşire olduğu belirlenmiştir(3). Bu bulgular bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Doğum şekilleri hakkında tam bilgilendirme yapılmamakta ve kadınları bilgilendirme konusunda sağlık personeline, özellikle de doktorlara önemli roller düşmektedir.

Danso ve arkadaşlarının 2003'te Ghana'da yaptığı çalışmada yapılan lojistik regresyon analizinde anne yaşı, meslek, eğitim durumu, yaşanılan yer doğum şekli tercihinde anlamlı bulunmamıştır(4). Kudisha ve arkadaşlarının 2006-2007 yıllarında ABD'de yaptığı bir çalışmada ise yapılan lojistik regresyon analizinde annenin sezaryen olmayı gerektiren bir probleme sahip olması sezaryen doğum için anlamlı çıkmıştır(5). Bu çalışmaların bulguları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sonuç ve Öneriler: Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de doğum yöntemi seçimi ile ilgili değişiklikler olmuştur. Teknolojinin ve cerrahi tekniklerinin gelişmesi, anestezi yöntemlerinde güvenliğin artması, annelerin ve doktorların yaşadığı anksiyete gibi nedenlere bağlı olarak normal doğumların sıklığında azalma gözlenmiş, sezaryene ise eğilim artmıştır. Artan sezaryen sıklığının engellenebilmesi için, etkili faktörler daha büyük örnekli çalışmalarla saptanarak, yeni politika ve stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir.

Kadının sezaryen doğumu doktor tavsiyesi ve kendi isteğiyle tercih etmesi üzerinde durulması gereken bir diğer önemli konudur. Sezaryen oranlarının azaltılarak anne ve bebek sağlığı açısından daha iyi olan normal doğumun teşvik edilmesi amacıyla toplumun ve sağlık personelinin özellikle de doktorların bilinçlendirilmesi amacıyla eğitim çalışmalarının yürütülmesi yararlı olacaktır.

Annenin gebelikte problem yaşamış olması, hastanede yatmış olması, sezaryen olmayı gerektiren bir problem yaşamış olması tıbbi endikasyonu çağırıyor ancak yine de gerçek bir tıbbi endikasyon olup olmadığı kadınların söylemlerinden saptanamamaktadır, yani gerçekte daha düşük bir tıbbi endikasyon sıklığı olabilir. Ayrıca bizim bulgularımız kadınların doğum tercihlerinde doktorun etkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle kadınların doğum şekilleri hakkında bilgilendirilerek, anne ve bebek için daha sağlıklı olan normal doğumu tercih etmeleri ve sezaryen doğumların gerçek tıbbi endikasyonla gerçekleşmesi için yeni sağlık politikaları ve stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Normal Doğum, Sezaryen, Kesitsel, Etkileyen Faktörler

Kaynaklar:

1. Yaşar Ö, Kır F.Ş, Coşar, E, Nadirgil G.K, Cevrioğlu A.S. Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst;2007; 17:414-420
- 2.Sayiner F.D, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. Perinatoloji Dergisi;2009;17(3):104-112
3. Gözükara F, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. (2008) 32–46
4. Danso K.A, Schwandt H.M, Turpin C.A, Seffah J. D, Samba A, Hindin M.J. Preference of Ghanaian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. Ghana Medical Journal, 2009; 43(1):29-33
- 5.Kudisha B, Mehtab S, Krugerb M, Russellc E, Sokold R.J. Delivery route preferences of urban women of low socioeconomic status. Int J Gynaecol Obstet. 2010 October ; 111(1): 28–31. doi:10.1016/j.ijgo.2010.04.034.

908

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN İSTEYEREK DÜŞÜĞE YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Nevin Çıtak Bilgin¹, Gülseren Çıtak Tunç², Funda Günsoy Kaya³, Mineş Kılıç², Dilek Çoşkun Potur⁴, Nejla Aydınoglu²

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu, ²Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, ³Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölümü, ⁴Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tanımladığı biçimde “isteyerek düşük” fetusun uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan, herhangi bir nedenle gebeliğin sonlanmasıdır. İsteyerek düşük üreme denetimi ile ilgili bir sorundur. 1974 tarihinde Bükreş ve 1994 tarihinde Kahire’de düzenlenen Nüfus ve Kalkınma Konferansları sonucu hazırlanan Eylem Planlarında, üreme hakkı temel bir hak olarak tanımlanmıştır. Uluslararası düzeyde üremenin denetlenmesi hakkı, çiftlere ve bireylere verilmiştir. Çiftler ya da bireyler istemedikleri takdirde isteyerek düşük talebinde bulunabilirler. Fakat son yıllardadünyada özellikle de gelişmekte olan ülkelerde isteyerek düşük oranının artan bir eğilim gösterdiği belirtilmektedir. İsteyerek düşük

bir aile planlaması yöntemi olarak kabul görmemesine rağmen her yıl 42 milyon düşük girişiminin olduğu, her beş kadından birinin yaşamları boyunca bir ya da daha fazla isteyerek düşük girişimine maruz kaldığı belirtilmektedir. İsteyerek düşük geliştirmekte olan ülkelerde 1995 yılında %78 iken 2008 yılında % 86'ya ulaşmıştır. İsteyerek düşüğe ilişkin oranlar artmış olmakla beraber düşük kararı zor koşullar altında, çok fazla düşünülerek verilmektedir. Bireyler bu kararı verirken etik sorularla karşı karşıya kalmakta ve sahip oldukları temel değerler doğrultusunda kararlarını vermektedirler. Kadının biyopsiko-sosyal sağlığını ve evliliğini olumsuz yönde etkileyen bir üreme sağlığı problemi olan isteyerek düşüğe yönelik bilgi ve tutumları belirlemek bu üreme sağlığı sorununa yönelik önlem alabilme açısından önemlidir. Özellikle üniversiteler öğrencilerinin mesleki bilginin yanı sıra temel değerlerini güçlendirip geliştirdikleri, sorumluluk bilincini kazandıkları önemli kurumlardır. Üniversite eğitiminde gerek mesleki gerekse toplumsal duyarlılıkları artırarak geleceğin bilinçli anne ve baba adayları olarak öğrencileri mezun edebilmek önemlidir. Bu nedenle öğrencilerin gerek eğitim yaşantıları esnasında gerekse yetişkinlik sürecinde karşılarına çıkabilecek önemli bir toplum sağlığı sorunu olan isteyerek düşüğe ilişkin sahip oldukları bilgi ve tutumlar üreme sağlığı davranışlarını etkileyebilecek niteliktedir. İsteyerek düşüğe ilişkin yapılan çalışmalar daha çok evli kadınlara yönelik olup gençlerin bu konuda yaklaşımlarını belirlemeye yönelik çalışmalara rastlanmamıştır. Oysaki isteyerek düşüğe ilişkin bilgi ve yaklaşımların erken dönemde bilinmesi üreme sağlığı hizmetlerinin planlanması için katkı sağlayacaktır. Bu nedenlerden yola çıkılarak çalışma üniversite öğrencilerinin isteyerek düşüğe yönelik bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmanın evrenini Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde 2011-2012 yaz öğretiminde 25 Haziran 10 Ağustos tarihlerinde uygulamalı hemşirelik dersleri olan (Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar, İç Hastalıkları, i Cerrahi Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları) toplam 136 öğrenci ve Fen Edebiyat Fakültesi'nde 2011-2012 yaz öğretiminde 25 Haziran 10 Ağustos tarihlerinde felsefe, psikoloji ve sosyoloji derslerine kayıtlı toplam 110 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme yöntemi kullanılmamış olup evreninin tamamına (n:246) ulaşılmıştır. Çalışma, araştırmaya katılmayı kabul eden 182 öğrenci ile tamamlanmıştır (cevaplanma oranı: % 73.9). Çalışmada sosyodemografik, etik ve doğum-kadın hastalıkları dersini almaya ilişkin değişkenler bağımsız değişkenler, öğrencilerin isteyerek düşüğe ilişkin görüşlerine yönelik değişkenler bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır. Araştırmada veriler, sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum vb) ve isteyerek düşüğe ilişkin bilgi ve tutumları belirlemeye yönelik ilgili literatür incelenerek hazırlanan 30 soruluk anket formu ile toplanmıştır. Öğrencilerin isteyerek düşüğe yönelik etik yaklaşımlarını belirlemek için Gleeson ve ark'nın çalışmasından alınan 6 maddelik argümanların 5'li skala ile değerlendirmeleri istenmiştir (Örnek: Fetüs/cenin canlıdır, kadın kendi vücudunu kontrol etme hakkına sahiptir). Ölçüm aracının iki maddesi tersine kodlanmıştır. Öğrencilerin alabilecekleri minimum puan 6, maksimum puan 30 olarak belirlenmiştir. Düşük puan öğrencilerin pro-life (yaşam taraftarı/isteyerek düşük karşıtı) olduğunu gösterirken, yüksek puan pro-choice (seçenek taraftarı) olduğunu ifade etmektedir (4) Verilerin analizinde SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır. Analiz için frekans, yüzde, ortalama, ki kare ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Araştırmanın Etik Yönü: Öncelikle ilgili kurumdan araştırmanın yürütülmesine ilişkin izin alınmıştır. Araştırma Helsinki İlkeler Deklarasyonu'na uyularak gerçekleştirilmiştir. Örneklemi oluşturan öğrencilerden çalışmanın amaç ve yararları, çalışmadaki rolleri açıklanarak sözel onamları alınmıştır. Aynı zamanda, araştırmaya katılan öğrenciler, çalışmaya katılma veya katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri ve bilgi vermeyi reddetme hakları konularında sözel olarak bilgilendirilmiştir.

Bulgular: Yapılan çalışmada öğrencilerin yaş ortalamasının 21.5±1.9 yıl olduğu, % 68.1'inin (n:124) kız, % 57.1'inin (n:104) sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümünden yaz öğretiminde uygulamalı ders aldıkları, yaklaşık 2/3'ünün 3 ve 4. sınıf öğrencisi oldukları (sırasıyla üçüncü sınıf %31.9, 4. sınıf % 30.8), tamamına yakınının bekar (% 97.8, n:178) ve % 72'sinin (n:131) çekirdek aileye sahip oldukları görülmüştür. Öğrencilerin % 55.5'inin (n:101) en uzun süre ilde yaşadıkları belirlenmiştir. Anne ve babalarının eğitim durumu ve meslekleri incelendiğinde annelerinin yarıya yakınının (%46.9, n:85) babalarının % 34.1'inin (n:62) ilkokul mezunu oldukları, annelerin %81.9'u (n:149) ev hanımı iken, babaların benzer oranda %33.5'i (n:61) emekli, %33'ünün (n:60) serbest meslek sahibi olduğu ve %62.1'inin (n:113) gelirlerinin gidere denk olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim-öğretim sürecinde aldıkları dersler değerlendirildiğinde, yarıdan fazlasının etik dersi alırken (%69.2, n:126), % 42.9'unun (n:78) doğum ve kadın hastalıklarına ilişkin ders aldığı belirlenmiştir. Öğrencilerin isteyerek düşüğe ilişkin bilgilerini değerlendirmek amacıyla sorulan sorularda, isteğe bağlı düşüğün serbest olduğunu bilenlerin oranı %65.4 (n:119) olarak saptanmıştır ancak bu öğrencilerin sadece %44.5'i isteyerek düşüğün hangi

haftaya kadar yapılabileceğini doğru cevaplamışlardır. İsteyerek düşük yaptırmak için resmi olarak evli olmak gerekir mi sorusuna öğrencilerin %57.7'si (n:105) hayır, eş onayı gerekir mi sorusuna ise benzer olarak % 55.5 (n:101) evet diyerek doğru yanıtları vermişlerdir. Öğrencilerin % 64.8'i (n:118) düşüğün sağlığa zarar verdiğini, % 76.4'ü (n:139) aile planlaması yöntemi olamayacağını, % 67.6'sı (n:123) ise günah olduğunu ifade etmişlerdir. İsteyerek düşüğün serbest olup olmaması hakkında ise %58.8'i (n: 107) serbest olması gerekir şeklinde düşüncelerini belirtmişlerdir. İsteyerek düşük kararını kim/kimlerin verebileceğine ise öğrencilerin %79.4'ü (n:144) kararın kadın ve erkek tarafından birlikte alınması gerektiğini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %97.8'i (n:178) isteyerek düşüğün annenin hayatı/sağlığı risk altında ise yapılması gerektiğini belirtirken, istenmeyen gebelik durumunda yapılabileceğini ifade edenlerin oranı %37.9'dur (n:69). Öğrencilerin yarısından fazlası (%61.5 n:112) isteyerek düşüğe ilişkin bilgiyi basın yayın organlarından alırken %33.5'i (n: 61) isteyerek düşük yapmayı ailelerinin de kesinlikle kabul etmeyeceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Öğrencilerin isteyerek düşüğe ilişkin etik yaklaşımlarını belirlemeye yönelik ölçüm aracından ise alınan puan ortalaması 13.5 ±4.4 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin cinsiyete ve öğrenim gördükleri fakülte/yüksekokula göre etik yaklaşımlarını belirleme aracından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır sırasıyla (t:0.27, p>0.05; t:1.45, p>0.05). Doğum ve kadın hastalıklarına ilişkin ders alanın, isteyerek düşüğün serbest olmasını bilmeyi etkileme durumu incelendiğinde, doğum dersi alanlarda isteyerek düşük serbest diyenlerin oranı % 74 iken almayanlarda % 58 olarak belirlenmiştir. Doğum ve kadın hastalıkları dersi alanın isteğe bağlı düşüğün serbest olmasını bilmeyi etkileme durumu arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2 :4. 85, p<0.05).

Tartışma: İsteyerek düşük kararında politikalar önemli yer tutmaktadır. Ülkemizde 27 Mayıs 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı Nüfus Planlaması hakkında Kanun ile 10 haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı sonlandırılması kabul edilmiştir. 18 Aralık 1983 tarihli "510 sayılı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük " ile de 10 haftaya kadar olan gebeliklerde kişi reşitse kendisinden evliyse eşin rızasıyla uzman veya denetiminde eğitilmiş hekimler tarafından düşüğün yapılabilmesi karara bağlanmıştır. Yürütülen çalışmada öğrencilerin isteğe bağlı düşüğün serbest olduğunu bilenlerin oranı %65.4 (n:119) olarak saptanmıştır. Doğum ve kadın hastalıkları dersi alanlarda bu oranın dersi almayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla %74, %58). Kadın doğum dersinde isteyerek düşüğe ilişkin yasal düzenlemelerden bahsedilmesi öğrencilerin farkındalığını artırmış olabilir. Ancak düşük kararı için eş onayı ve resmi evlilik konularında ise doğru cevap oranları daha düşüktür (sırasıyla %55.5, %57.7). Bu sonuç bu bilgilerin daha ayrıntı içermesi ve basın da daha sınırlı yer alması ile ilgili olabilir. Düşük kararı bireylere ve ailelere stres yükleyen zor ve çok düşünülmüş verilen bir karardır. Genellikle günah olduğunun düşünülmesi de yaşanan suçluluğu, stresi ve korkuyu artırmaktadır. Doğaner ve arkadaşlarının çalışmasında olası bir istenmeyen gebelik durumunda kadınların yarısı günah olduğu için bebeği aldirmayacaklarını ifade etmişlerdir (3). Çalışmamızda öğrencilerin yarısından fazlası % 67.6 (n:123) Doğaner ve ark.'nın çalışmasına benzer olarak isteyerek düşüğün günah olduğunu düşünmektedirler. Böyle stresli bir kararın verilmesinde ise eş desteği önemli görülmektedir. Literatürde isteyerek düşük kararının çoğunlukla eşlerle beraber verildiği saptanmıştır (5). Çalışmada da öğrenciler bu kararın en fazla oranda kadın ve erkek tarafından birlikte alınması (%79.4 (n:144) gerektiğini ifade etmişlerdir. İsteyerek düşük kararına etkili olan faktörlerden biri de anne ve fetus sağlığına yönelik mevcut ya da potansiyel risklerdir. Öğrencilerin % 97.8'i (n:178) isteyerek düşüğün annenin hayatı/sağlığı risk altında ise yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da benzer şekilde öğrencilerin % 84'ü bu girişimi annenin yaşamı risk altında olduğunda yapmayı isteyeceklerini belirtmişlerdir (4). Çiftler düşüğe zaman zaman bir aile planlaması yöntemi olarak başvurmaktadır. Yürütülen çalışmada öğrencilerin % 76.4'ünün isteyerek düşüğü aile planlaması yöntemi olarak değerlendirmedikleri görülmüştür. Benzer olarak Çelik'in çalışmasında kadınların % 91.3'ü (2) Altay ve Gönener'in çalışmasında ise erkeklerin % 79.2'si isteyerek düşüğü aile planlaması yöntemi olarak değerlendirmemektedirler (1). İsteyerek düşüğün kadın sağlığı üzerine olumsuz etkileri nedeniyle girişimin gebeliği önleyici bir yöntem olarak görülmemesi olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Çalışmada öğrencilerin isteyerek düşüğe ilişkin etik yaklaşımlarını belirlemeye yönelik ölçüm aracından alınan puan ortalaması 13.5 ±4.4 olarak ortalamanın altında ve isteyerek düşüğe karşı olma eğilimi içinde olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte öğrencilerin % 58.8'i (n:117) isteyerek düşüğün serbest olması gerektiğini düşünmektedir. Tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da öğrencilerin % 62'si kendilerini seçenek taraftarı olarak görmektedirler (4). Yürütülen çalışma ile Gleeson ve ark.'nın sonuçları benzerdir.

Sonuç ve Öneriler: Bu bulgular öğrencilerin isteyerek düşüğü bir aile planlaması yöntemi olarak görmediklerini, sağlığa zararlı olduğunu bildiklerini ve isteyerek düşüğe karşı olma eğiliminde olmakla beraber serbest olmasını istediklerini göstermektedir. Çalışma farklı gruplardaki daha fazla sayıda öğrenci grubu ile normal eğitim-

öğretim yılı gerçekleştirilebilir. Ayrıca farklı kültürlerdeki isteğe bağlı düşük ile ilgili yaklaşımlarla kıyaslanması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: İsteyerek düşük, kürtaj, üniversite öğrencileri, istenmeyen gebelik

Kaynaklar:

- 1.Altay B, Gonener D. Evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2009;14(1): 56-64
- 2.Çelik R. İsteyerek düşük yapmak için başvuran kadınların acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı , Yüksek Lisans Tezi (Danışman Nezife Akan) Mersin 2006.
- 3.Doğaner G, Bilgiç D, Doğaner A, Umut ÜF, Kürk H, Çelik E. 15 – 49 Yaş Kadınların Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi ve Tutumları. DEUHYO ED 2011; 4 (4):159-164
- 4.Gleeson R, Forde E, Bates E, Powell S, Jones E, Draper H. Medical students' attitudes toward abortion: a UK study. J Med Ethics 2008; (34):783-787.
- 5.Rizzardo R, Magni G, Desideri M, Cosentino M, Salmaso P. Personality and psychological distress before and after legal abortion: a prospective study. Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology 1992; 13:75 -91.

433

KADINLARIN GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞLARI VE BU DAVRANIŞLARIN VAJİNAL ENFEKSİYONA ETKİSİ

Selma Dalbudak

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş ve Amaç: Üreme sağlığı kapsamındaki konular arasında, hastane başvurularının en sık nedenlerinden birini genital yol enfeksiyonları oluşturmaktadır. Genital yol enfeksiyonları hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ve kadınların çoğunluğunun yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir kez karşılaştıkları önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadınlarda genital yol enfeksiyonları içinde en sık görülen klinik şekil vulvovajinittir. Enfeksiyon olsun veya olmasın vajinit kadınları kadın-doğum polikliniklerine yönelten en yaygın sebeplerdendir. Şiddetli akıntı, kötü koku, yanma, ağrılı cinsel ilişki, dizüri, kaşıntı ile karakterize bir hastalıktır. Vajinal enfeksiyonlar kadında sosyal izolasyon, eşi ile cinsel sorunlar, fiziksel bitkinlik, halsizlik, psikolojik sorunlar, kanser korkusu, infertilite korkusu, yaşam kalitesinde bozulma gibi problemler ortaya çıkarırken aynı zamanda ekonomik kayıp, zaman kaybı, iş gücü kaybına neden olmaktadır. Her kadın vajinal enfeksiyon ve vajinal enfeksiyonun yukarıda belirtilen olumsuz etkileri yönünden risk altındadır. Ancak bu riskin artmasına neden olan risk faktörlerinin iyi bilinmesi ve ona göre önlem alınması gerekmektedir. Ülkemizde yaygın bir üreme sağlığı sorunu olan vajinal enfeksiyonların birçok etmenin yanı sıra kadının genital hijyene verdiği önemle de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden kadınların genital hijyen uygulamalarından kaynaklanan risklerin saptanması oldukça önemlidir. Dolayısıyla bu araştırmada, GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışlarını ve bu davranışların vajinal enfeksiyona etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Vaka-kontrol yöntemi ile yapılan araştırma, Ankara ili, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. jinekoloji polikliniğinde 7 Şubat- 19 Mart 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada vaka grubunun evrenini, GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. jinekoloji polikliniğine her hangi bir nedenle başvurup, jinekolojik muayene sonrası uzman doktor tarafından vajinit tanısı alan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmada kontrol grubunun evrenini ise GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. jinekoloji polikliniğine her hangi bir nedenle başvurup, jinekolojik muayene sonrası uzman doktor tarafından vajinit tanısı almayan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırma evreninin oluşturulmasında kadınların 15-49 yaş aralığında olması, en az okur-yazar olması, cinsel yönden aktif olması, menopozda olmaması, gebe olmaması, postpartum dönemde olmaması kriterleri aranmıştır. Araştırmanın örneklem hesaplamasında değişken olarak Genital Hijyen Davranışları Envanter (GHDE) puanı kullanılmış ve yapılan pilot uygulamada her iki grup için örneklem büyüklüğü 100 kişi olarak bulunmuştur. Verilerin toplanmasında konuya ilişkin literatür incelenerek hazırlanmış ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, doğurganlık özelliklerini, menstrual hijyen, iç çamaşırı hijyeni, cinsel hijyen ile ilgili genital hijyen sorularını içeren soru formu ve 15-49 yaş grubu, cinsel yönden aktif kadınların genital hijyen davranışlarını değerlendirmek amacıyla Ege ve Eryılmaz (2005) tarafından geliştirilen ve cronbach alfa güvenilirlik katsayısı α :0.86 olan Genital Hijyen Davranışları Envanteri kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. GHDE'ni kendi kendilerine doldurmaları

sağlanmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi amacıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 15 kullanılmıştır. Nicel değişkenler (GHDE puanları) ortalama ve standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Nitel değişkenlerin sunumu için ise yüzdesel dağılımlar, sayılar, ortanca, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Nitel değişkenlerin değerlendirilmesinde Chi-Square (χ^2) testi ve gerekli olduğu durumlarda Fisher exact test kullanılmıştır. İki grubun nicel değişkenler açısından karşılaştırılmasında Student's t testi kullanılmıştır. Risk faktörlerini belirlemek amacıyla ise lojistik regresyon analizi ile odds ratio (tahmini rölatif risk) hesaplaması yapılmıştır. Bütün istatistiksel analizlerde önemlilik seviyesi olarak 0.05 kullanılmış, $p < 0.05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu belirtilmiştir. Araştırma için GHDE'ni geliştiren araştırmacıdan sözel izin, GATA Etik Kurul izni ve GATA Anket Kurul izni alınmıştır. Ayrıca araştırmaya dahil edilen tüm kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak kadınlardan yazılı onam alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada her iki gruptaki kadınların yaş ortalamalarının 36.8 olduğu ve benzer bir şekilde yarıdan fazlasının çalışmadığı, lise ve üstü eğitime sahip olduğu ve yarıdan daha fazlasının gelirlerini orta olarak algıladıkları belirlenmiştir. Vajinal enfeksiyona yakalanma riski sentetik iç çamaşırı kullanan kadınlarda 4.5 kat ($p < 0.05$), anlamlı olmamakla birlikte renkli iç çamaşırı kullanan kadınlarda 2.2 kat ($p > 0.05$), ayırım yapmayıp her iki renkte iç çamaşırı kullananlarda 1.5 kat ($p > 0.05$), iç çamaşırı değişimini yetersiz sıklıkta yapan kadınlarda 1.7 kat ($p > 0.05$), dar ve sıkı kıyafet giyinmeyi tercih eden kadınlarda 1.8 kat ($p > 0.05$) daha fazla bulunmuştur. Kadınların tamamına yakınının (vaka %96, kontrol %98) adet döneminde hijyenik ped kullandıkları ve adet döneminde kanamanın yoğun olduğu dönemde her iki grupta yer alan kadınların yarıdan daha fazlasının (vaka %78, kontrol %77), kanamanın az olduğu dönemde ise her iki grupta yer alan kadınların tamamına yakınının (vaka %96, kontrol %95) adet döneminde bir gün içinde kullandıkları malzemeyi yetersiz sayıda değiştirdikleri saptanmıştır. Her iki gruptaki kadınların çoğunluğu (vaka %52, kontrol %45) günlük ped kullandıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca günlük ped kullanan kadınların vajinal enfeksiyona yakalanma riski kullanmayanlara göre 1.3 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Her iki gruptaki kadınların yarıya yakınının (vaka %38, kontrol %43) vajinal duş yaptığı ve çoğunun (vaka %24, kontrol %27) vajinal duşu su ile yaptığı tespit edilmiştir. Vajinal enfeksiyona yakalanma riski haftada 2-3 kez banyo yapan kadınlarda 1.1 kat ($p > 0.05$), haftada bir kez banyo yapan kadınlarda 2 kat ($p > 0.05$) ve tabureye oturarak banyo yapanlarda 1.2 kat ($p > 0.05$) daha fazla bulunmuştur. Araştırmada her iki gruptaki kadınların yarısından fazlasının genital hijyen ile ilgili bilgi almadıkları ve bilgi almayan kadınların vajinal enfeksiyona yakalanma riskinin bilgi alan kadınlara göre 1.4 kat daha fazla olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Kadınların genital hijyen ile ilgili bilgiyi nereden aldıkları incelendiğinde ise bilgiyi en yüksek oranda (vaka %18, kontrol %23) yazılı ve görsel medyadan aldıkları belirlenmiştir. Araştırmada vaka grubundaki kadınların GHDE puan ortalaması 77.41 ± 9.05 , kontrol grubundaki kadınların GHDE puan ortalaması 82.58 ± 9.43 olup, yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ayrıca kadınların hijyen alışkanlıklarından "cinsel bölgeyi hastalık belirtileri yönünden dikkatlice izleme", "cinsel bölge temizliğine dikkat etme", "iç çamaşırı türü ve değiştirme sıklığı", "cinsel ilişkide ağrı veya kanama olduğunda doktora gitme", "pedini değiştirmeden ve tuvalete gitmeden önce el yıkama durumu" gibi davranışlarının vajinal enfeksiyonların gelişmesinde etkili olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırmada bazı yanlış ve yetersiz genital hijyen davranışlarının vajinal enfeksiyona yakınlıkta riskli olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da vajinal enfeksiyonun en önemli nedenlerinden biri olarak yetersiz genital hijyen davranışları belirtilmektedir (Chen, 2006 -Ege 2005, Yağmur 2007-Hacıoğlu, 2000, Kısa ve Taşkın, 2007). Çözüm olarak sağlık kurumlarında özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe/hemşirelerin konuyla ilgili halk eğitim programları düzenlemesi ve eğitimin genital enfeksiyonlardan korunma, doğru genital hijyen uygulamaları, genital enfeksiyonların belirtilerini kapsamaları şeklinde olması önerilebilir. Araştırmada her iki gruptaki kadınların en fazla oranda yazılı ve görsel medyadan genital hijyen hakkında bilgilendirildikleri saptanmıştır. Bu nedenle; radyo, televizyon, gazete ve dergi gibi her türlü yazılı ve görsel yayın organı özellikle gündüz kuşağında yer alan kadın programları kadınları bu konuda bilinçlendirmek amaçlı kullanılmalıdır. Araştırmacılara araştırmanın farklı örneklem grupları ile farklı zamanlarda tekrarlanması ve kadınların genital hijyen uygulamalarının yaşadıkları yerde gözlemlenerek kohort tipte araştırmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: genital enfeksiyon, genital hijyen davranışları, vajinal enfeksiyon ve risk faktörleri, kadın sağlığı.

Kaynaklar:

1. Ege E, Eryılmaz G. Genital hijyen davranışları envanterinin (ghde) geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 8(3): 67-75.

2. Chen HB, Zhou LY, Li HQ, Liu HQ, Ding SQ, Zhao M. Prevalence of bacterial vaginosis in married women of reproductive age in the rural area of Shandong province and its risk factors. Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao 2006; 28(3): 378-81.
3. Yağmur Y. Malatya ili firat sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınların genital hijyen davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(5): 325-330.
4. Kısa S, Taşkın L. Ankara'da bir ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezine başvuran 15-49 yaş evli kadınlarda vajinal enfeksiyon gelişmesini etkileyen davranışsal ve sosyo-demografik risk faktörleri. Sağlık ve Toplum Dergisi 2007; 17(1): 69-84.
5. Hacıoğlu N, İnandı T, Pasinlioğlu T. Erzurum ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezine başvuran kadınlarda genital yol enfeksiyonlarının sıklığı ve risk faktörleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2000; 3(2): 11-18.

750

KADINLARIN HİSTEREKTOMİ AMELİYATI ÖNCESİ VE SONRASINDA ANKSİYETE- UMUTSUZLUK DURUMLARININ İNCELENMESİ

Şükran Ertekin Pınar, Büşra Cesur, Gülseren Dağlar, Özlem Duran, Serpil Yıldırım, Saniye Selma Gül

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Giriş ve Amaç: Kadın, kadınlığını doğurganlık yeteneği ile eş değer gördüğünden toplumdaki statüsünde doğurganlık önemli bir yer tutmaktadır (1). Uterus birçok kadın için dişiliğin, cinselliğin, doğurganlığın, anneliğin sembolüdür, toplumda kadın olarak kabul edilme anlamındadır ve uterusun kaybı kadınlığın kaybı anlamına gelmektedir. Yapılan araştırmalarda, histerektomi deneyimi ile karşılaşan kadında, vücut bütünlüğünün bozulması, doğurganlık yeteneğini ve kadınlık rolünü kaybetme, diğer insanların sevgisini kaybetme, menopozun olumsuz etkilerini yaşama ve fiziksel gücünü kaybetme gibi kaygı ve endişelerin olduğu saptanmıştır (1). Histerektomi, kadının hayatında birçok değişime neden olmakta; kadını fizyolojik, psikolojik ve cinsel yönden etkilemektedir. Histerektomi öncesinde kadınlar ameliyat olma, ameliyat sonrasında yaşayabilecekleri düşündükleri ağrı, kanama, yorgunluk, solunum sıkıntısı, belirsizlik, utanma, çocuk sahibi olamama, hastalık hakkında ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli bilgiye sahip olmama ve hastalık tanısını almış olma gibi nedenlerle anksiyete, depresyon ve korku yaşayabilmektedirler (2). Yaşanan bu endişe, korku ve depresyon kadınlarda umutsuzluğa yol açabilmektedir. Bu nedenle çalışma, kadınların histerektomi ameliyatı öncesi ve sonrasında anksiyete ve umutsuzluk durumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan çalışmanın örneklemini; 14 Ocak 2009-14 Nisan 2009 tarihleri arasında Sivas merkezde yer alan iki hastanenin kadın doğum servisinde yatan, malign ve acil durumlar dışında histerektomi ameliyatı olan 60 kadın oluşturmuştur. Çalışmanın verileri, sosyodemografik özelliklerinin değerlendirildiği Kişisel Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanılarak toplanmıştır. BAÖ, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arasında puanlanan, bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendiren, likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilen en düşük puan 0, en yüksek puan 63 olup; toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini göstermektedir. BUÖ, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Durak tarafından yapılmıştır. Yirmi maddeden oluşmakta, maddeler 0-1 arasında puanlanmakta ve ergen ve yetişkin bireylerin geleceğe dönük beklentilerini ölçmektedir. Ölçekten elde edilecek puan aralığı 0-20 arasındadır. Çalışmanın yapılabilmesi için kurumdan yazılı izin alınmış, uygulama öncesi kadınlardan sözel onamları alınarak formlar kadınlara yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Araştırmanın uygulama aşamalarında; birinci kısımda ameliyat olmadan önceki gün kadınlara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek Kişisel Bilgi Formu, BAÖ ve BUÖ uygulanmış, ikinci kısımda ise BAÖ ve BUÖ ameliyat sonrası taburcu olacakları günde tekrarlanmıştır. Elde edilen veriler SPSS programında değerlendirilerek, istatistiksel analizinde yüzdellik dağılım, t testi, Anova testi, Pearson korelasyon analizi kullanılmış, p<0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada kadınların %55'inin 46–60 yaş arasında, %85'inin evli, %38.3'ünün ilkokul mezunu, %91.7'sinin çalışmadığı, %63.3'ünün ekonomik durumunu orta olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Kadınların %93.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %63.3'ünün daha önce hastane deneyiminin olduğu, %56.7'sinin ilk kez operasyon geçirdiği, %86.7'sinin ameliyat öncesinde histerektomi yapılacağını bildiği, %28.3'ünün tanısı konmuş fiziksel bir hastalığının olduğu bu hastalıkların da %30'unun hipertansiyon olduğu bulunmuştur. Çalışmada; kadınların ameliyat öncesi anksiyete puan ortalamalarının 12.40±7.02 (min:1, max:31), ameliyat sonrası anksiyete puan ortalamalarının ise 9.28±6.42 (min:0, max: 30), ameliyat öncesi umutsuzluk puan ortalamasının 5.20±3.26 (min:0, max:14), ameliyat sonrası umutsuzluk puan ortalamasının 5.11±3.27 (min:0, max:14) arasında olduğu belirlenmiştir. Çalışmada kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası anksiyete, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası umutsuzluk puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ameliyat öncesi anksiyete ve umutsuzluk puanlarının ameliyat sonrasına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tartışma: Çalışmaya katılan kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası anksiyete puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ameliyat öncesi anksiyete puanlarının ameliyat sonrasına göre yüksek olduğu bulunmuştur. Kişi bir bilinmezlik durumu ile karşı karşıya olduğunda her türlü cerrahi girişim anksiyete yaratabilmektedir. Ameliyat öncesi ve sonrası yaşanacaklar hakkında bilgi sahibi olsa bile herhangi bir komplikasyonla karşılaşabileceğini düşünmesi kişilerin sorunlarla baş etme gücünü azaltarak daha fazla anksiyete yaşamalarına neden olabilmektedir. Literatürde ameliyat öncesi var olan sorunların kişinin ameliyat öncesi ve sonrasında psikolojik durumunun bozulmasında risk faktörü oluşturabileceği belirtilmektedir (3). Wang ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada histerektomi sonrasında kadınların yalnızca %1.9'unun anksiyete düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (4). Roberts ve Levitt'in yaptığı bir çalışmada da kadınların %92'sinin ameliyat sonrasında anksiyete düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Aynı çalışmada histerektomiden önce anksiyete düzeyi %67 olarak bulunan kadınlarda ameliyattan iki yıl sonra anksiyetelerinde azalma belirlenmiştir (5). Ryan, Dennerstein ve Pepperell'in 90 kadın ile yaptıkları çalışmada ise ameliyat öncesinde %55 oranında, ameliyat sonrasında da %31.7 oranında psikolojik etkilenme saptanmıştır (3). Ameliyat sonrasında kadınların içinde bulunduğu belirsizliğin azalmasının durumu etkilediği düşünülmektedir. Çalışmada kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası umutsuzluk puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ameliyat öncesi umutsuzluk puanlarının ameliyat sonrasına göre yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde kişilerin geçici değişiklikleri daha kolay kabul edebilecekleri buna karşın kalıcı değişikliklere uyumlarının güç olabileceği belirtilmektedir (1). Histerektomi de kalıcı bir değişiktir. Kadının ameliyat öncesi histerektomiye kadınlığın, dişiliğin, cinselliğin, doğurganlığın ve toplumdaki konumunun kaybı olarak görmesi, ameliyat sonrası yaşayabileceği fizyolojik ve psikolojik sıkıntıları düşünmesi ameliyat öncesi umutsuzluğa neden olabilir. Ameliyat sonrası da ameliyat öncesinde yaşadığı sıkıntılara ek olarak yeni duruma alışma süreci, hormon dengesinin bozulması, ağrı yaşama gibi durumların kadında umutsuzluğa yol açabileceği düşünülebilir. Bu nedenle nedenselliğin ortaya konulmasında kapsamlı araştırmalar yapılmasına gereksinim duyulmaktadır.

Sonuç ve Öneriler: Araştırmaya katılan kadınların ameliyat öncesi anksiyete ve umutsuzluk puanları, ameliyat sonrasına göre yüksek bulunmuştur. Ameliyat öncesi anksiyete ve umutsuzluk puanlarının yüksek olması ameliyat sonrası ağrı yaşamayı, hastanede kalış süresini ve ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkileyebilmektedir. Histerektomi ameliyatı planlanan kadınlara ameliyat öncesi dönemde, ameliyatta ve sonrasında yaşanabilecek sorunlar ile çözümlerine yönelik planlı öğretiler yapılması, ameliyat hakkında bilgi verilmesi, izlem yapılması ve psikolojik yönden destek olunması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Histerektomi, anksiyete, umutsuzluk, kadın sağlığı.

Kaynaklar:

1. Sevil Ü, Bulut S. Histerektomi ve benlik saygısı. *Dirim* 2007; 82: 350–356.
2. Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S, Mayes LC. Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy a repeated-measures design. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 49: 417–422.
3. Ryan MM, Dennerstein L, Pepperell R. Psychological aspects of hysterectomy a prospective study. *British Journal of Psychiatry* 1989; 154: 516–522.
4. Wang XQ, Lambert CE, Lambert VA. Anxiety, depression and coping strategies in post-hysterectomy Chinese women prior to discharge. *International Nursing Review* 2007; 54: 271–279.

5. Roberts L, Levitt EB. Hysterectomy is effective for most women say. www.umm.edu/news/releases/hysterectomy2.htm. [Erişim Tarihi: 07.05.2012].

591

KIRSAL VE KENTSEL ALANDA BULUNAN İKİ SAĞLIK OCAĞINDA GEBE İZLEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şükriye Kuzören¹, Ferruh Ayoğlu²

¹Sağlık Bakanlığı Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi, ²Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Giriş ve Amaç: Üreme sağlığına yönelik çalışmalar sağlık hizmetlerinin vazgeçilemez öğelerinden biridir ve Temel Sağlık Hizmetlerinin “en az bakım” kavramı içerisinde de yer alır. Anne ve bebeğin yaşamı ve sağlığı doğum öncesinde verilen bakım hizmetlerinin niteliği ile yakından ilintilidir. Söz konusu hizmetlerin nicelik ve nitelik yönünden aralıklarla değerlendirilmesi, geliştirilmesi ve güçlendirilmesi anne ve bebeğin sağlığına olumlu katkı sağlayacaktır. Son dönemde gerek dünya genelinde, gerekse de ülkemizde yaygınlaşan sağlık reformları, sağlık hizmetlerinin pek çok alanında olduğu gibi hizmet sunumunda da önemli değişikliklere yol açmaktadır. Bu anlamda, reform öncesi sürece yönelik hizmet değerlendirmeleri, reform sürecinde yaşanan/yaşanacak değişimlerin değerlendirilmesinde de önemli işleve sahiptir. Çalışma, Sağlıkta Dönüşüm Programının doğum öncesi bakım hizmetlerine etkisinin değerlendirilmesini amaçlayan bir çalışmanın ilk basamağı olarak planlanmıştır ve Zonguldak İli Karadeniz Ereğli İlçesi’nde Aile Hekimliği Uygulamasına geçiş öncesinde, kırsal ve kentsel alanda bulunan iki Sağlık Ocağı’nda Gebe-Loğusa İzleme Fişlerindeki bilgi kutucuklarının kullanılma sıklığının saptanmasını ve gebe izlemlerinin niteliksel yönden değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışmada, kentsel alanda bulunan Karadeniz Ereğli Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı (n=410) ve kırsal alanda bulunan Süleymanbeyler Sağlık Ocağı’nda (n=273) tespit edilerek izlemi yapılan ve 2009 yılında canlı doğum yapan 683 kadına ait Gebe-Loğusa İzleme Fişinin tümüne ulaşılmış planlanmış, Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinin devredildiği 7 Aile Sağlığı Merkezindeki 15 aile hekimi ve Süleymanbeyler Sağlık Ocağı bölgesinin devredildiği 1 Aile Sağlığı Merkezindeki 4 aile hekimi Eylül-Ekim 2010 tarihlerinde ziyaret edilmiş ve çalışma ulaşılabilen 629 (%92) izleme fişi ile gerçekleştirilmiştir; ulaşılamayan izleme fişi sayısı kentsel bölgede bulunan Sağlık Ocağı bölgesinde 50 (%12.2), kırsal bölgede bulunan Sağlık Ocağı bölgesinde 4’dür (%1.5).

Ulaşılan fişlerdeki bilgi kutucuklarının doldurulma oranları saptanmış, ayrıca her fiş için araştırmacılar tarafından geliştirilen Gebe İzlem Nitelik Puanı (GİNP) belirlenmiştir. GİNP’nin hesaplanmasında gebenin ilk 14 hafta içerisinde tespit edilmiş olması, gebenin en az 4 kez izlenmiş olması, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nda belirlenen ve nitelikli gebe izlemi için gerekli görülen 6 değişkenden (kan basıncı ölçümü, vücut ağırlığı ölçümü, hemoglobin düzeyi ölçümü, tetanos bağışıklaması yapılması, çocuk kalp sesinin değerlendirilmesi ve demir preparatı başlanması) 5 ya da 6 sının gerçekleştirilmiş olması, gebenin doğum tarihinin izleme fişine işlenmiş olması, gebenin kaçınıcı gebeliğinin olduğunun izleme fişine işlenmiş olması, bir önceki gebeliğin sonlanma tarihinin izleme fişine işlenmiş olması, kötü obstetrik öykü olup olmadığının izleme fişine işlenmiş olması, gebenin ve eşinin kan grubunun izleme fişine işlenmiş olması, gebenin sistematik bir hastalığı olup olmadığının izleme fişine işlenmiş olması ve gebe ve eşinin akrabalık öyküsü olup olmadığının izleme fişine işlenmiş olmasının her biri 1 puan olarak hesaplanmıştır; bu anlamda, GİNP 0-10 arasında değişmektedir.

Çalışmada ortalama değerler “aritmetik ortalama±standart sapma” olarak gösterilmiş, gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-kare testi, Fisher Ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi ve ANOVA varyans analizi kullanılmış, analiz sonuçları %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Bulgular: İzleme fişlerindeki bilgi kutucuklarının genel doluluk oranı kentsel Sağlık Ocağı bölgesinde %78.3, kırsal Sağlık Ocağı bölgesinde %77.5’dir. Bilgi kutucuklarından sokak (p=0.002), düzenleyen kurum (p=0.001), gebenin boyu (p=0.001), akrabalık durumu (p=0.001), bir önceki gebeliğe ait bilgiler kapsamında sonlanma tarihi-ay (p=0.001), sonlanma tarihi-yıl (p=0.002), sonlanma biçimi (p=0.001), doğumun yapıldığı yer (p=0.001), doğumla ilgili karar (p=0.001), bebeğin boyu (p=0.001), bebekte şekil bozukluğu durumu (p=0.001), ebeğin adı (p=0.001), ebeğin doldurma tarihi (p=0.001), doktorun adı (p=0.001), doktorun doldurma tarihi (p=0.001), risk durumu (p=0.001), doktorun imzası (p=0.001), beklenen doğum tarihi (p=0.001), tetanos aşısı yapılma tarihi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

($p=0.001$) ile ilgili bilgilerin doldurulması yönünden anlamlı farklılık bulunmaktadır ve bunlardan doğumlu ilgili karar, bebeğin boyu, bebekte şekil bozukluğu, doktor adı, doktor imzası ve beklenen doğum tarihi bilgileri kırsal alanda, diğerleri kentsel alanda daha yüksektir.

İzlem sırasında yapılan işlemlere yönelik bilgilerden izlem tarihi, gebelik haftası ve çocuk kalp sesi dışında kalan ağırlık, kan basıncı, ödem, varis, nabız, idrarda protein, hemoglobin bilgilerinin tümünün kullanım oranları farklıdır (tümünde $p=0.001$); idrarda protein ve hemoglobin bilgilerinin tam doluluk oranı kentsel, diğerlerinde tam doluluk oranı kırsal bölgede daha yüksektir. Kırsal ve kentsel bölgede tam olarak doldurulma oranı, sırasıyla bebeğin geliş biçimi için %5.2 ve %1.7 ($p=0.001$), öğütler kısmı için %94.4 ve %98.3 ($p=0.012$), izlem imzası için %11.9 ve %16.4 ($p=0.001$), sonraki izlem tarihi için %0 ve %0.6'dır ($p=0.022$). Aileye ait özelliklerin tümünde kırsal Sağlık Ocağı lehine anlamlı farklılık bulunmaktadır.

İzlemlerin ortalama başlangıç haftası kırsal bölgede 15.3 ± 8.1 hafta, kentsel bölgede 15.7 ± 8.5 haftadır. Ortalama izlem sayısı kırsal bölgede 3.8 ± 2.0 , kentsel bölgede 3.7 ± 2.0 'dir. Ortalama GİNP kırsal bölgede 7.2 ± 1.5 (ortanca 7), kentsel bölgede 8.0 ± 1.5 (ortanca 8) olarak saptanmıştır ($p=0.001$); her iki bölgede de GİNP 0 ile 10 arasında değişmektedir. GİNP'nin hesaplanmasında kullanılan 10 değişkenden gebenin ilk 14 haftada tespit edilmiş olması, gebenin doğum tarihinin fişe işlenmiş olması, gebenin kaçınıcı gebeliği olduğunun fişe işlenmiş olması, gebenin kötü obstetrik öyküsünün olup olmadığını fişe işlenmiş olması değişkenleri yönünde kırsal ve kentsel bölgeler arasında anlamlı farklılık izlenmezken, TNSA'da belirtilen nitelik işlemlerinden 5 veya 6'sının gerçekleştirilmesi ($p=0.001$), br önceki gebelik sonlanma tarihinin işlenmesi ($p=0.002$), gebe ve eşinin kan gruplarının işlenmesi ($p=0.001$), gebede sistemik hastalık olup olmadığının işlenmesi ($p=0.005$) ve gebe ve eşinin akrabalık durumunun işlenmesi ($p=0.001$) yönünden kentsel bölge lehine, gebenin en az 4 kez izlenmiş olması ($p=0.047$) yönünden kırsal bölge lehine anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Ortalama GİNP kentsel alanda çalışan ($p=0.001$), 35 yaş üzeri ($p=0.001$), birden fazla gebelik yaşamış ($p=0.006$) gebelerde daha düşük iken, kırsal alanda ilköğretim ve altı eğitimli ($p=0.002$), 35 yaş ve üzeri ($p=0.012$), birden fazla gebelik yaşamış ($p=0.026$) gebelerde daha düşüktür.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Çalışmamızda izleme fişinde yer alan bilgi kutucuklarının genel doluluk oranı kentsel bölgede %78.3, kırsal bölgede %77.5 olarak saptanmıştır. Tuncal tarafından Manisa'da gerçekleştirilen çalışmada bu oran %85.3 olarak belirtilmiştir⁽¹⁾. Çalışmanın yapıldığı bölgede Şahin tarafından Bebek ve Çocuk İzleme Fişlerinin değerlendirildiği çalışmada genel doluluk oranı %78.3 olarak saptanmıştır⁽²⁾. Ülkemizde yapılan farklı çalışmalar değerlendirildiğinde, farklı bilgi ve uygulamaların, farklı bölgelerde farklı sıklıkta bulunduğu izlenmektedir ve bu durum, doğum öncesi bakım hizmetlerine yönelik hizmet içi eğitimlerin sürekli olarak yapılması gerektiğini destekler niteliktedir.

Çalışmamızda GİNP kentsel alanda 8.0 ± 1.5 , kırsal alanda 7.2 ± 1.5 olarak saptanmıştır. Farklı çalışmalarda bölgesel farklılığın doğum öncesi bakım almayı etkilediği vurgulanmakla birlikte^(3,4), niteliği etkilemediğini vurgulayan çalışmalar da bulunmaktadır⁽⁵⁾. Farklı bölgelerde gerçekleştirilecek çalışmalarda hizmetlerin niteliksel değerlendirilmesinde kullanılacak standart puanlama sistemlerinin geliştirilmesi, araştırmaların karşılaştırılabilmesi yönünden önemli bir gelişme sağlayacaktır.

Çalışmada, izleme fişlerinde yer alan bilgi kutucuklarının her iki bölgede de yaklaşık $\frac{1}{4}$ 'ü doldurulmamıştır; gebelere ve obstetrik öyküye yönelik bilgilerin doldurulma oranı her iki bölgede de görece yüksek olmakla birlikte, vücut ağırlığı, kan basıncı, ödem varlığı ve varis varlığı gibi izlemi gerçekleştiren kişi tarafından yapılabilecek uygulamalar kırsal bölgede anlamlı şekilde yüksektir. İzleme fişlerinde izlemi yapan ebe ve fişlerin ve dolaylı olarak uygulamanın kontrolünü yapan doktora ait bilgi ve imzaların doldurulması oranı son derece düşüktür. Bu anlamda özellikle doktor yapılacak düzenli kontrollerin süreklilik kazanması önemlidir ve söz konusu kontroller izlemi gerçekleştiren personelin eksikliklerinin ve hatalarının tespit edilerek giderilmesine destek olacaktır.

Doğum öncesi bakımın istenilen hedeflere ulaşabilmesi, hizmetin niteliği kadar, niceliğiyle de yakından ilintilidir. Tespit edilen her gebe için izleme fişi oluşturulması, izleme fişinde istenilen bilgilerin eksiksiz ve güvenilir biçimde doldurulması, sadece hizmetin niteliksel gelişimine değil, sunulan hizmetin değerlendirilebilmesi ve geliştirilmesi yönünden de katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Temel sağlık hizmetleri, üreme sağlığı, doğum öncesi bakım, sağlık ocağı.

Kaynaklar:

1. Kuşçu Tuncal AN. Manisa merkezde 2006 yılında izlemi tamamlanmış gebe fişlerinin nitel ve nicel değerlendirilmesi, izlemi yapan kişinin niteliğe etkisi. 9 Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007.
2. Şahin Z. Zonguldak ili Karadeniz Ereğli Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde 2003-2004 yıllarında yapılan bebek izlemlerinin değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2004.
3. Beşer E, Engin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6 (2): 137-141.
4. Ergin F, Aksu H, Demiröz H. Doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13 (4): 1-9.
5. Kaya F, Serin Ö. Doğum öncesi bakım niteliği. Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology, 2008; 5 (1): 28-35.

244

KIRŞEHİR İL MERKEZİNDEKİ ORTA YAŞ DÖNEMİ KADINLARIN MENOPOZAL YAKINMA VE ÖZ-ETKİLİLİK ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Nurdan Aymelek Çakıl, Ayla Ünsal

Ahi Evran Üniversitesi Hemşirelik Bölümü

Giriş ve Amaç: Orta yaş kadın için menopozla bağdaşan bir dönemdir (1,2). Menopoz kadının tıpkı puberte gibi fizyolojik bir dönemdir ve yaşamın doğurganlık kısmının sona erdiğine işaret eden bir göstergedir. 40-45 yaşlarında başlayıp 60-65 yaşlarına kadar sürer. (3,4). Orta yaş dönemini yaşayan her kadın için evrensel bir olay olan menopoz döneminde ve hem fizyolojik hem de psikolojik bir takım yakınmalar yaşanabilmektedir. Fizyolojik yakınmalar sıcak basması, gece terlemesi, çarpıntı hissi gibi belirtiler verirken, psikolojik yakınmalar huzursuzluk, sinirlilik ve uyku problemleri ile karakterizedir. Öz-etkililik algısı bireyin bir performans için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin yargısıdır (5). Bu algı ne kadar güçlü olursa, birey amaca ulaşmak için o kadar çok çaba sarf edecektir. Öz-etkililik algısı bireyin herhangi bir aktivite için hissedeceği motivasyonun temel belirleyicisidir. Öz-etkililik, bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliktir. Öz-etkililik düzeyi, harekete geçmek için güdüleri engelleyebilir ya da arttırabilir. Bu nedenle düşük öz-etkililik algısı depresyon, anksiyete ve çaresizlik ile birlikteyken, öz-etkililiği yüksek olan bireyler için daha karmaşık ve riskli görevleri seçmek daha kolay olabilir. Kişinin bedeninde hissedeceği gerginlik veya rahatsızlıkların öz-etkililik algısının olumsuz etkilediği bilinmektedir (6,7). Kadın sağlığını etkileyen dönemsel bir durum olan menopoza ilişkin yaşanan yakınmaların öz-etkililik algısını etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışma orta yaş dönemi kadınların menopozal yakınma ve öz-etkililik algılarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini, 2010 Mayıs verilerine göre Kırşehir il merkezinde yaşayan 50-65 yaşları arasındaki 6635 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Formülde t değeri 1.96, p değeri 0.5, q değeri 0.5 ve d değeri 0.05 yazılarak örnekleme alınacak birey sayısı 364 kadın olarak belirlenmiştir (8,9). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırmanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınlara araştırmanın amacı açıklanmış, yazılı ve sözlü onamları alınıp

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

katılımcı onam formu imzalatılmıştır. Araştırmaya Kırşehir il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran, 50-65 yaş arası, adet görmeyen, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan olasılıksız örneklem yöntemi kullanılarak belirtilen sayıda kişi örnekleme alınmıştır. Verilerin toplanmasında anket formu ve Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ) kullanılmıştır. Soru formu ve ölçek yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, çoğu katılımcının isteği üzerine araştırmacı tarafından okunarak doldurulmuştur. ÖEYÖ likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir (10). ÖEYÖ'nin klinik, endüstri ve sosyal psikoloji gibi çeşitli alanlarda, güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olarak geliştirilmiştir (11). Türkçe ÖEYÖ'deki sorular dört alan üzerine odaklanmıştır. Davranışa başlama 2,11,12,14,17,18,20,22. maddeyi, davranışı sürdürme 4,5,6,7,10,16,19. maddeyi, davranışı tamamlama 3,8,9,15,23. maddeyi ve engellerle mücadele 1,13,21. maddeyi içermektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliğini Gözüm ve Aksayan araştırmıştır. ÖEYÖ'nin tüm ifadelerinin dahil edildiği cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81, test-tekrar test güvenilirliği 0.92 olarak bulunmuştur (12). Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılığına yönelik cronbach alfa güvenilirlik katsayısı toplam öz-etkililik-yeterlilik için 0.93 olarak bulunmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde kadınların sosyodemografik ve menopoza ilişkin özellikleri bağımsız değişken, ÖEYÖ'den aldıkları puan bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, ortanca, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi, Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 56.36 ± 4.39 olarak saptanmıştır. Kadınların %38.5'inin 55-59 yaşları arasında, %42.3'ünün ilkökul mezunu, %86'sının çalışmadığı belirlenmiştir. Kadınların %78.8'inin evli, evli olanların %51.6'sının eşinin ilkökul mezunu, %97.3'ünün çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Kadınların menopoza girme yaş ortalamasının 47.52 ± 5.13 olduğu saptanmıştır. Kadınların %76.9'unun menopoza ilişkin herhangi bir tedavi almadığı, %4.4'ün menopoza yönelik destekleyici tedavi (soya sütü) aldığı, %63.7'sinin daha önce menopoza ilişkin bilgi almadığı, menopoza ilişkin bilgi alanların %78.7'sinin bu bilgiyi sağlık personelinin (hekim, hemşire, ebe) aldığı saptanmıştır. Menopoz dönemindeki kadınların %82.6'sının sıcak basması ve gece terlemesi, %65.3'ünün baş ağrısı, %62.8'inin boğulma hissi, %60.9'unun vücutta uyuşma-karıncaalma hissi, %68.3'ünün huzursuzluk-sinirlilik, %66.9'unun hüzünlenme, %62.8'inin korku-panik hissi yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca kadınların %74.9'u unutkanlık, %68.9'u eklem ve kemiklerde ağrı, %65.8'i çabuk heyecanlanma, %43.5'i üriner inkontinans, %43'ü ise konstipasyon ve %65.6'sı da saç ve tüylerde dökülme sorunu yaşadığını belirtmişlerdir.

Kadınların ÖEYÖ'nin davranışa başlama alt grubundan aldıkları puan ortancası 29, davranışı sürdürme alt grubundan aldıkları puan ortancası 24, davranışı tamamlama alt grubundan aldıkları puan ortancası 17 ve engellerle mücadele alt grubundan aldıkları puan ortancası 10 olarak saptanmıştır. Kadınların toplam ÖEYÖ puan ortancası ise 79 olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların yaş ve eğitim düzeyi arttıkça ÖEYÖ puan ortancalarının daha yüksek olduğu ($p < 0.001$), ayrıca çalışmayan ve kronik hastalığa sahip olan kadınların ÖEYÖ puan ortancalarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Araştırmaya katılan kadınlardan menopoza girme yaşı normal olanların ÖEYÖ puan ortancalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Menopoza yönelik tedavi alanların ÖEYÖ puan ortancaları daha yüksektir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Menopoz dönemindeki kadınlardan boğulma hissi yaşayanların ÖEYÖ puan ortancalarının daha düşük olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Menopoz dönemindeki kadınların ÖEYÖ puan ortancaları ile hüzünlenme yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve hüzünlenme yaşayan kadınların öz-etkililikleri daha düşük bulunmuştur ($p < 0.001$). Kadınların ÖEYÖ puan ortancaları ile ağlama nöbeti yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve ağlama nöbetleri yaşayan kadınların daha düşük öz-etkililiğe sahip olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). Kadınların ÖEYÖ puan ortancaları ile korku-panik hissi yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.01$). Menopoz dönemindeki kadınlardan eklem ve kemik ağrıları yaşayanların ÖEYÖ puan ortancaları daha düşük olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.01$). Araştırmaya kadınların ÖEYÖ puan ortancaları ile konstipasyon yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve konstipasyon sorunu yaşayan kadınların öz-etkililikleri daha düşük bulunmuştur ($p < 0.01$).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Kadınların yaşları ve eğitim düzeyleri arttıkça öz-etkililiklerinin arttığı sonucu bulunmuş ve 18-64 yaş arası bireylerle yapılan bir çalışmada da bu çalışma ile benzer bulgular saptanmıştır (13). Bu çalışmada çalışan kadınların öz-etkililiklerinin çalışmayanlara göre yüksek çıktığı saptanmıştır. Benzer şekilde

Akın'ın meme kanserli kadınlarla yaptığı bir çalışmada çalışan kadınların öz-etkililiklerinin yüksek çıktığı saptanmıştır (14). Bandura, bireyin vücudu hakkındaki gerginlik, depresyon, anksiyete, stres, yorgunluk, ağrı, hipoglisemi gibi fizyolojik ve emosyonel durumlarının öz-etkililik düzeyini etkileyebildiğini belirtmiştir. (15). Benzer şekilde bu araştırmaya katılan kadınlardan kronik hastalığa sahip olanların öz-etkililikleri daha düşük çıkmıştır. Çalışmaya katılan kadınlardan HRT alan kadınların öz-etkililiklerinin arttığı saptanmıştır. Bu ilişki ile ilgili literatürde yeterli kaynak olamamasına karşın Amerika'da menopoza dönemindeki kadınlarla yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ve öz-etkililik algısı yükseldikçe kadınların HRT almaya daha olumlu yaklaştığı saptanmıştır (16). Sözü edilen çalışmanın bulgusu ile bu araştırmanın konu ile ilgili bulgusu menopoza ilişkin tedavi alma ile öz-etkililik arasında pozitif bir ilişki olduğunu düşündürmektedir Menopoza ilişkin yakınlardan vücutta uyuşma-karıncaalanma, gece terlemesi, baş ağrısı ve boğulma hissi yaşayanların yaşamayanlara kıyasla öz-etkililikleri daha düşük çıkmıştır. Sözü edilen vazomotor sorunlar bireyin yaşam kalitesini de etkilemektedir (15). Ağlama nöbetleri, hüzünlenme ve korku-panik hissi gibi emosyonel sorunlar yaşamayanların öz-etkililik algıları yaşayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu gibi emosyonel yakınmaların bireyin öz-etkililik algısını olumsuz etkileyeceği bilinmektedir (15). Araştırmaya katılan kadınlardan menopoza nedeni ile eklem ve kemik ağrısı yaşayanların öz-etkililikleri yaşamayanlara göre daha düşük çıkmıştır. Eklem ve kemik ağrısı çeken bireylerin yaşam kalitesinin etkilendiği yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (17). Bu nedenle menopoza dönemindeki kadınların kas-iskelet sistemine ait rahatsızlıklar nedeni öz-etkililiklerinin olumsuz etkilenmesi söz konusu olabilir. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda HRT alan kadınların öz-etkililiklerinin daha yüksek çıkması sonucu göz önüne alınarak menopoza yönelik tedavi ve hizmetlerin artırılması ve daha ulaşılabilir hale getirilmesi için hemşirelerin bireylere danışmanlık yapması, bu çalışmanın sonuçlarına yönelik olarak menopoza dönemindeki kadınların öz-etkililik algılarını arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması, bu doğrultuda bireylerin eğitilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Orta yaş dönemi; Menopoz; Öz-etkililik; Hemşirelik

Kaynaklar:

1. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. Remzi Kitabevi, 9. Baskı, İstanbul, 1999: 395-400.
2. Tot Ş. Menopozun psikiyatrik yönleri. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2004; 5:114-119
3. Bayraktar R, Uçanok Z. Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi. *Aile ve Toplum Eğitim- Kültür ve Araştırma Dergisi* 2002; 5(2): 5-12
4. Yücel Ç. Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sorunlarının ve Başetme Durumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara 2006: 66
5. Senemoğlu N. Gelişim, Öğrenme ve Öğretim, Kuramdan Uygulamaya. Gazi Kitabevi, Ankara 2001; 235-236
6. Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and health behaviours. In: M Conner, P Norman (eds), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*, Open University Press, Buckingham UK, 1996; p 163-196
7. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control, Freeman, New York, 1997; p 35-38
8. Sümbüloğlu S, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik, Alp Ofset, Ankara 2009; 248-255
9. Erefe İ, Bahar Z, Bayık A ve ark. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset Matbaacılık, İstanbul, 2002.
10. Sherer M, Maddux JE. The self efficacy scale construction and validation. *Psychological Reports*, 1982; 51: 663-71
11. Özalp İT, Cesur S. Öz etkinlik ölçeği'nin psikometrik özellikleri. *Öneri Dergisi*, 2005; 6(24): 305-312
12. Gözüm S, Aksayan S. Öz etkililik-yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliği. *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi* 1999; 2(1): 21-34
13. Koçoğlu F. Sağlığı Geliştirici Yaşam Tarzı Ve Öz Etkililik-Yeterlilik Durumunun Sosyo-Ekonomik Durum ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2009: 55
14. Akın S. Meme Kanseri Hastalarının Yaşam Kaliteleri Ve Öz-Etkililiklerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2007: 100
15. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control, Freeman, New York, 1997; p 35-38
16. Torres RY, Marks R. Relationships among health literacy, knowledge about hormone therapy, self-efficacy, and decision-making among postmenopausal health. *Journal of Health Communication*, 2011; 14(1): 43-55

17. Gürkan HS, Kırdı N, Tüzün EH ve ark. Diz osteoartritli olgularda denge problemleri, fiziksel fonksiyonellik ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Akademik Geriatri, 2010; 2: 94-98

861

LÜLEBURGAZ AÇSAP'A 2007-2011 DÖNEMİNDE RAHİM İÇİ ARAÇ HİZMETİ İÇİN BAŞVURAN KADINLARIN ÖZELLİKLERİ

Okan Badıllıoğlu¹, Ahmet Önder Porsuk², Çiğdem Cerit³, Demet Aydoğdu⁴, Tülay Bi¹

¹Lüleburgaz Toplum Sağlığı Merkezi, ²Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü, ³Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü, ⁴Kırklareli Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Rahim içi araç (RİA), ülkemizde kadınlar arasında en fazla bilinen modern gebeliği önleyici yöntemler arasında yer almaktadır. Kayıtlar üzerinden yapılan incelemede, çalışmanın yapıldığı bölgede RİA hizmetinin ağırlıklı olarak Lüleburgaz Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezince (AÇSAP) verildiği tespit edilmiştir. Bu nedenle Lüleburgaz AÇSAP'a RİA hizmeti almak için başvuran kadınların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesinin, bu alanda verilecek hizmetlerin planlanmasına katkıda bulunacağı düşünülmüştür. Yapılan literatür incelemesinde bölgede bu konuda daha önce elde edilmiş verilere rastlanmaması teşvik edici faktör olmuştur. Çalışmanın amacı, bir ilçe örneğinden yola çıkarak RİA hizmetine gereksinim duyan kadınların sosyo-demografik özelliklerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Kırklareli ili Lüleburgaz İlçesinde bulunan Lüleburgaz AÇSAP'a 2007 yılı başından 2011 yılı sonuna kadar RİA ile ilgili hizmet almak amacıyla yapılan başvuruların kayıtları taranarak yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmada örneklem yapılmamış olup tüm kayıtlar dahil edilmiştir. İnceleme AÇSAP arşivinde bulunan RİA kayıt defterleri ve 15-49 Yaş Kadın İzlem Formları kullanılarak yapılmıştır. Elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Çalışma için Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmıştır.

Bulgular: İncelenen 2007 yılı başından 2011 yılı sonuna kadar geçen beş yıllık dönemde Lüleburgaz AÇSAP Merkezine RİA ile ilgili hizmet almak amacıyla toplam 2244 başvuru yapılmıştır. Bu başvuruların dağılımı 2007 yılında 387 (% 17,2), 2008 yılında 422 (% 18,8), 2009 yılında 504 (% 22,5), 2010 yılında 387 (% 17,2), 2011 yılında 544 (% 24,2) başvuru şeklinde gerçekleşmiştir. Başvurular en sıklıkla 17 - 29 yaş aralığında (%43,0) olup, bu grubu 30-39 yaş grubu (%41,1) izlemektedir. Başvuranların % 59,1'inin ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Mesleklerini bildirenlerin % 14,4 (n=324) olduğu, bildirilenler içinde en sık grubu % 39,5 ile ev hanımlarının oluşturduğu görülmüştür. Başvuru yapan kadınların bildirimlerine göre % 26,9'unun 1 kez, % 35,9'unun 2 kez, % 20,6'sının 3 kez ve % 16,6'sının da 4 kez ve üzeri sayıda gebelik yaşadığı saptanmıştır. Başvuranların % 0,5'inin çocuk sahibi olmadığı, %37,9'unun 1 çocuk, %49,5'inin 2 çocuk, %8,6'sının 3 çocuk, %3,5'inin 4 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir.

Tartışma /Sonuç ve Öneriler: RİA kullanım oranı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1993, 1998, 2003 çalışmalarında %20 civarında seyrederken, TNSA 2008 çalışmasında bu oranının %17 seviyesine gerilediği bildirilmektedir. Araştırmamızda, Lüleburgaz AÇSAP'a RİA için yapılan başvurularda sistematik bir azalma olmadığı tespit edilmiştir. 2010 yılında görülen azalmanın bu tarihte aile hekimliği sistemine geçilmesiyle çakışması ilginç bir bulgu olarak değerlendirilmekte birlikte, mevcut verilerle doğrudan bir ilişkiden bahsedilmesi mümkün görülmemektedir. Diğer bulgularımızın TNSA çalışmaları bulgularıyla paralellik gösterdiği saptanmıştır. Yapılan literatür taramasında son yıllarda yapılmış, RİA hizmeti almak için başvuran kadınların sosyo-demografik özelliklerini tanımlayan çok sayıda çalışmaya rastlanmamış olması nedeniyle, bu alanda geniş kapsamlı çalışmalar yapılmasının, hedef kitleyi belirlemek, eğitim çalışmalarını organize etmek v.b açılardan önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile Planlaması, Rahim İçi Araç

Kaynaklar:

- 1) T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, Ankara, 2005.
- 2) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

849

LÜLEBURGAZ'DA 2007-2011 DÖNEMİNDE GÖRÜLEN BEBEK ÖLÜMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Okan Badıllıoğlu¹, Önder Ahmet Porsuk¹, Çiğdem Cerit², Demet Aydoğdu, Tülay Bi

¹Lüleburgaz Toplum Sağlığı Merkezi, ²Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü,

Giriş ve Amaç: Bebek ölüm hızlarında oluşan azalmalar sağlık hizmetlerinin başarısının en önemli göstergelerinden biridir. Bu başarının sağlanması için meydana gelmiş olan ölümlerin çok iyi incelenmesi ve sebeplere yönelik önlemler alınması gereklidir. Bu çalışmanın kısa erimli amacı 2007-2011 tarihleri arasında Lüleburgaz İlçesinde meydana gelen perinatal bebek ölümlerini inceleyerek yerel düzeyde alınacak önlemlere katkıda bulunmak, orta ve uzun erimli amacı ise bu konuda ilerleyen yıllarda geçmişe yönelik yapılacak projeksiyonlara kaynak oluşturmaktır.

Gereç ve Yöntem : Araştırma, Kırklareli ili Lüleburgaz İlçesinde 2007 yılı başından 2011 yılı sonuna kadar meydana gelen perinatal bebek ölümlerinin kaydedildiği perinatal bebek ölümleri bilgi formları incelenerek yapılmış retrospektif bir çalışmadır. Araştırmada örneklem yapılmamış olup tüm kayıtlar çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni perinatal bebek ölümleri, bağımsız değişkenler ilk gebelik olup olmaması, önceki ölü doğumlar, anne baba kan uyumsuzluğu ve akrabalık durumları, tetanoz aşılama durumları, annenin madde bağımlılığı durumu, bebeğin doğum şekli, doğumun gerçekleştiği yer, gebeliğin sonlanma şekli, gebelik süresi, doğum ağırlığı, son gebelikle doğum arasındaki süre, gebelik izlem sayısı, ölüm nedenleri olarak belirlenmiştir. Elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Çalışma için Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmıştır.

Bulgular: Çalışmanın kapsadığı 2007 - 2011 yılları döneminde toplam 83 perinatal bebek ölümlü gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin %39,8'inin (n=33) ilk gebeliklerde meydana geldiği tespit edilmiştir. Perinatal bebek ölümü gerçekleşen annelerden 6 kişi daha önceki gebeliklerinde de ölü doğum yaşadıklarını beyan etmişlerdir. Vakaların 3 tanesinin ebeveynlerinde kan uyumsuzluğu olduğu, 5 çiftin de akraba evliliği olduğu bildirilmiştir. Annenin tetanoz aşılama durumlarında 77 vakanın bilgilerine ulaşılmış olup, %74'ü (n=57) tam aşı, %16,9'unun(n=13) eksik aşı olduğu ve 7 kişi ise hiç aşılanmadığı belirtmiştir. Annelere herhangi bir madde bağımlılığı olup olmadığı 2009 sonrası tutulan kayıtlarda sorulmuş, toplam 67 anneden 12 kişi de madde bağımlılığı olduğunu bildirmiş olup, bunlar alkol ve sigara olarak kayıtlara geçmiştir. Bebeğin doğum şekline bakıldığında % 54,2'sinin (n=45) normal, %45,8'inin (n=38) sezaryen olduğu saptanmıştır. Doğumun gerçekleştiği yer olarak %95,2 (n=79) sağlık kuruluşu ve 4 kişi ise sağlık kuruluşu dışında olduğu görülmüştür. Toplam perinatal ölümlerin % 73,5'i (n=61) ölü doğum olarak gerçekleşmiştir. Bilinen ölüm nedenleri arasında en sık %20,6'sı (n=16) konjenital anomali görüldüğü tespit edilmiştir. Perinatal ölümlerin en sık görüldüğü gebelik haftası periyodunun 23 - 37 haftalar arasında olduğu saptanmıştır. Bilinen doğum ağırlıkları içerisinde %43,5'inin (n=30) 1499 gr ve altı ağırlıkta doğduğu görülmüştür. Bir önceki gebelikle son gebelik arasındaki süreye göre en sık perinatal ölümün % 37,8 (n=28) ile 364 gün ve altında olduğu tespit edilmiştir.

Tartışma /Sonuç ve Öneriler: Ülkemizde 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre perinatal ölüm hızı % 42,6 seviyelerinde iken, 2008 TNSA sonuçlarına göre ise yaklaşık % 19 seviyelerine inmiştir. Bu oranın araştırmanın kapsadığı dönemde Lüleburgaz ilçesinde yaklaşık % 11 seviyelerinde olduğu hesaplanmıştır.

Araştırmamız bulgularına göre ölümlerin daha çok ilk gebeliklerde meydana geldiği tespit edilmiştir. Annenin tetanoz aşılama durumlarında, bilgilerine ulaşılan kişilerden %74'ünün tam aşı olduğu saptanmıştır. Bebeğin doğum şekline bakıldığında sezaryen oranı %45,8 bulunmuştur. Doğumun gerçekleştiği yer %95,2 oranında sağlık kuruluşudur. Toplam perinatal ölümlerin % 73,5'i ölü doğum olarak gerçekleşmiştir. Bilinen ölüm nedenleri arasında en sık %20,6'sı konjenital anomalidir. Perinatal ölümlerin en sık görüldüğü gebelik haftası periyodu 23 - 37 haftalar arasındadır. Bilinen doğum ağırlıkları içerisinde %43,5'inin 1499 gr ve altı ağırlıkta doğduğu görülmüştür. Bir önceki gebelikle son gebelik arasındaki süreye göre en sık perinatal ölüm 364 gün ve altındadır.

TNSA sonuçlarında perinatal ölüm hızının 40-49 yaş grubundaki kadınlar ile 20 yaşından küçük kadınlar arasında oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Kısa aralıklarla meydana gelen gebelikler ile perinatal ölüm hızı arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Onbeş aydan daha kısa aralıklarla meydana gelen gebeliklerdeki perinatal ölüm hızı, 15-26 ve 27-38 ay aralıklarla meydana gelen gebeliklere göre iki kat daha yüksektir.

Çalışma sırasında yararlanılan perinatal ve bebek ölümleri bilgi formlarının doldurulmasındaki eksiklikler araştırmanın en önemli kısıtlılığını oluşturmuştur. Sonuç olarak Lüleburgaz ilçesinden elde verilerin ülke ortalamasına göre daha iyi olduğu, konu hakkında gösterilen özenin artarak devam etmesinin ve vakaların kayıtlarının detaylarına hassasiyet gösterilmesinin önemli olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Kaynaklar:

- 1) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- 2) Pakiş I., Koç S. Perinatal ve Neonatal Dönem Bebek Ölümleri. Klinik Gelişim Dergisi.2009;22. p:60 - 63

Anahtar kelimeler: Bebek Ölümleri, Perinatal ölüm, Lüleburgaz

380

MALATYA MERKEZ SAĞLIK OCAKLARINDA ÇALIŞAN HEKİM,HEMŞİRE VE EBELERİN ŞİDDET DENEYİMLERİ VE KADINA YÖNELİK ŞİDDETLE İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞ DÜZEYLERİ

Gülsen Güneş

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Şiddet dünyada ve Türkiye'de gün geçtikçe artan bir halk sağlığı sorunudur.

Şiddetin ele alınmasında sağlık, güvenlik, adalet gibi sektörlerin önemli rolü vardır. Şiddet mağduru bireyle karşılaşan sağlık personelinin, şiddetin ne olduğu, şiddete maruz kalana yaklaşım ve şiddeti önleme konusunda eğitim almaları gerektiği belirtilmektedir .

Kadına yönelik şiddet olgularının tanımlanması, tedavi, destek ve rehabilitasyonunun yapılması, toplumda şiddetin azaltılması, önleme, koruma ve erken müdahalesinde sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Sağlık çalışanlarının, şiddet mağdurunu tanıma, sorununu dile getirmede cesaretlendirme, mahremiyetini ve güvenliğini sağlama bakımından şiddeti tanıması ve şiddete yönelik gösterdiği tutum önemlidir.

Hemşireler çalışma ortamlarında hastalarla kurdukları yakın ilişki ve çoğunluğu kadın olan bir meslek grubundan

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

olmaları sebebiyle şiddete uğrayan kadınların tespiti ve danışmanlığı açısından kilit noktadadırlar. Ancak hemşirelik eğitimi sürecinde ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarında “kadına yönelik şiddet” konusunun yetersiz yer alması nedeniyle hemşireler aile içi şiddete maruz kalan kadınların tespiti ve müdahalesinde yetersiz kalmaktadırlar.

Sağlık çalışanları, şiddetin giderilmesi ile doğrudan ilgilenen bir meslek grubudur. Çünkü şiddete uğrayan tüm kurbanlar ilk önce sağlık çalışanı ile iletişim kurmaktadır. Buna karşılık, sağlık çalışanlarının kendisi de işyerinde şiddete maruz kalmaktan kurtulamamaktadır. Bu araştırma sağlık ocaklarında çalışan personelin şiddete maruz kalma durumlarını ve sağlık personelinin kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmış bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 2010 yılı mayıs-Eylül aylarında yapılmıştır. Bu tarihte Malatya ilinde sağlık ocakları olduğundan çalışmanın evrenini; Malatya il merkezinde bulunan 28 merkez sağlık ocağında çalışan hekim, hemşire ve ebeler oluşturmuştur. Araştırma evrenindeki 541 kişiden 512’si araştırmaya katılmıştır. Verilerin toplanmasında; Tanıtıcı bilgi formu, sağlık personelinin iş yaşamında kendine yönelik şiddetle karşılaşma durumu ve iş yaşamı boyunca kadına yönelik şiddet olgusuyla karşılaşma durumu sorgulanmıştır. Baysan ve Karadağlı (2003) tarafından geliştirilen ve geçerliliği güvenilirliği çalışılan “Hemşire ve Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek Formu”(KYŞBT) ve Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddetle ilgili olarak tutum ve davranış düzeylerini belirlemek için İnci Derya Yayla (2009) tarafından hazırlanan 10 sorudan oluşan “Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Ölçeği” (KYŞTÖ) kullanılmıştır. KYŞBT ölçeğinden yüksek puan alma, şiddeti tanıma konusunda daha bilgili olma, KYŞTÖ ölçeğinden yüksek puan alma ise şiddet gören kadınlara yönelik tutumlarının daha iyi olduğu anlamında yorumlanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların; yaş ortalaması 33,6±6,4’tür. Çalışmaya katılanların; %81,8’i kadın, %18,2’si erkektir, Hekim, hemşire ve ebelerin % 50,25’i iş yaşamlarında kendilerine yönelik şiddetle karşılaşmışlardır. Kadınların % 55,8’inin erkeklerin %49,5’inin şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Meslek ve şiddet incelendiğinde; hemşireler % 58,7 ile en fazla şiddete maruz kalan grup olmuştur. Çalışanların %77,1’i mezuniyet öncesinde, % 31,6’sı mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almamıştır. Mezuniyet sonrasında alınan eğitim oranının yüksek olmasına karşın eğitim alan personelle almayan personel arasında, tutum puan ortalamaları ve KYŞBT ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim alan sağlık personelinin bilgi ve tutum puanları daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin %74,3’ü, hemşirelerin %73,2’si ve ebelerin %67,5’i iş yaşamlarında kadına yönelik şiddet olayı ile karşılaşmış, %81,8’i şiddet olgusuyla karşılaşınca bildirim yapacağını ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin toplam ölçek puanı (KYŞBT) ortalaması 18,6±3,7 olarak bulunmuştur. Katılımcılar en düşük 9 en yüksek 28 puan almışlardır. Katılımcıların ortalama 14,7±3,2 tutum puanı aldığı saptanmıştır. Katılımcılar en düşük 3, en yüksek 20 tutum puanı almışlardır. Bu ortalamalar literatürle benzerdir. Hekim, hemşire ve ebelerin aldıkları KYŞBT ölçek puanı incelendiğinde hemşirelerin bilgi puanının daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Kadınların erkeklere göre kadına yönelik şiddete ilişkin daha olumlu tutum sergilediği bulunmuştur. Kaçırılarak ve zorla evlendirilenler daha düşük tutum puan ortalamasına sahiptir. İş yerinde şiddet olgusu ya da şüphesiyle karşılaşan sağlık personeli daha yüksek tutum puan ortalamasına sahiptir. Hemşirelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamalarına ilişkin ölçek puan ortalamaları hekim ve ebelere göre daha düşüktür.

Annesi okul bitirmemiş olan katılımcıların daha düşük ölçek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların gelir durumları da kadına yönelik şiddete bakış açılarını etkilemektedir. Gelir düzeyi daha iyi olan personelin daha yüksek ölçek puan ortalaması olduğu gözlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Sağlık personelinin yarısı iş yaşamında en az 1 kere kendine yönelik şiddet ile karşılaşmıştır. Mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet eğitimi alanların oranı düşük çıkmıştır. Mezuniyet sonrasında alınan kadına yönelik şiddet eğitiminin ise yetersiz olduğu saptanmıştır. Eğitim kalitesinin artırılması için; sağlıkla ilgili fakülte ve yüksek okullarda şiddetin nedenleri ve önlenmesi ile ilgili dersler müfredat programına alınmalı ve etkinliği sürekli kontrol edilmelidir. Sağlık personeline şiddetin nedenleri, şiddeti engelleme ve mücadele etme yöntemleri konularında hizmet içi eğitim seminerleri verilmelidir. Şiddet olaylarını önlemeye ve etkilerini azaltmaya yönelik olarak disiplinler arası işbirliği sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, kadın, tutum, hemşire, ebe.

KAYNAKLAR:

1. Özvarış, B., Demirören, M., Şener, S., Tümay, Ş., (2008). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.

2. Tel, H., (2002). Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2),1-9.
3. Dişsiz, M., Hotun, Ş. N., (2008). Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:1,Sayı:1. Sayfa:50-58.
4. Yayla, i.D., (2009). Hekim ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranış Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
5. Baysan, L., (2003). Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Geliştirme, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
6. Uzun, Ö., Bag, B., Özer, N., (2001). İş Ortamındaki Sözel Saldırının Hemşireler Üzerine Etkileri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Cilt 4, Sayı1,2001.

632

MANİSA MERKEZ BARBAROS VE NURLUPINAR ASM BÖLGESİNDEKİ 15-49 YAŞ EVLİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI İLE İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bahadır Dede, Beyhan Cengiz Özyurt

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D

GİRİŞ VE AMAÇ: Aile planlaması, evli çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına; eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına; iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine; yaşlarını, sağlık ve sosyo-ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine ve çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür. Türkiye’de çocukların ve doğurgan çağdaki kadınların nüfus içinde büyük yer tutması, bebek, çocuk ve anne ölümlülük hızlarının yüksek olması, aile planlaması hizmetlerine olan talebin yaygınlığı, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin yetersizliği gibi nedenlerle, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri son yıllarda hükümetlerin politikalarında öncelikli olarak yer almıştır. Bu araştırma Manisa merkez Barbaros ve Nurlupınar Aile Sağlığı Merkezi (ASM) Bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması (AP) kullanma durumları ve aile planlamasına karşı tutumlarını değerlendirmek ve bunları etkileyen faktörleri açıklamak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırma 15 Ekim- 30 Aralık 2011 tarihleri arasında Manisa’da kentsel bir yerleşke olan Barbaros mahallesi ve yarı-kentsel bir yerleşke olan Nurlupınar mahallesinde yaşayan 15- 49 yaş evli kadınlar üzerinde yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmaya alınacak minimum örnek büyüklüğü Manisa İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Barbaros Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) aile hekimlerine kayıtlı 15 – 49 yaş arası evli kadınlardan (N= 2724) Epi-info 7.0 istatistik programı aracılığıyla beklenen prevalans %30, %95 güven ve %5 sapma ile 177 kişi ve Nurlupınar ASM’ye bağlı iki aile hekimine kayıtlı 15 – 49 yaş arası evli kadınlardan aynı yöntemle (N=1386) 207 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya alınacak kişiler (n=384) küme örneklem yöntemiyle belirlenmiştir. Her bir kümenin büyüklüğü 10 hane olacak şekilde toplam 39 küme olmasına karar verilmiştir. Küme başı olacak haneler Sağlık Müdürlüğüne kayıtlı adres listelerinden rastgele olarak belirlenmiştir. Her bir kümede rastgele belirlenmiş olan küme başı haneden başlanarak ve sola doğru 4 ev atlanarak bir küme 10 haneye tamamlanıp sonlandırılmıştır. Örneğe çıkan hane apartman ise yan yana hanelermiş gibi kabul edilerek anket uygulanmaya devam edildi.Araştırmanın verileri sözel onamları alınıp araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların evlerinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılandırılmış anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket o anda evde bulunan 15 – 49 yaş arası evli kadınlara uygulandı. Eğer evde birden fazla 15 – 49 yaş arası evli kadın varsa ,doğum tarihi en küçük olana anket uygulandı. Araştırmaya katılım hızı % 90 dır. Araştırmaya katılmayı reddeden 38 kişi yerine evde 15 – 49 yaş evli kadın yoksa aynı kural dahilinde bir sonraki haneye gidilerek uygulamaya devam edildi. Araştırmada kullanılan anket formu sosyodemoğrafik özellikler, doğurganlık öyküsü, aile planlaması yöntem kullanımı, aile planlaması ile ilgili hizmetler ulaşım ile ilgili sorulardan ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği’nden oluşmuştur. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; şu anda kullanılmakta olan aile planlaması yöntemleri, şimdiye kadar kullanılan aile planlaması yöntem varlığı, Etkili – etkisiz yöntem kullanım varlığı, Aile planlamasına karşı tutum dan oluşmaktadır. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) bireylerin aile planlamasına yönelik tutumlarını ölçmek

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

amacıyla Örsal (2007) tarafından geliştirilmiştir (1) . Bu ölçek 34 maddeli, beş dereceli Likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin doldurulmasında kadınlardan aile planlaması tutumlarını ölçmek için belirlenen maddeleri birden (kesinlikle katılmıyorum) beşe (kesinlikle katılıyorum) kadar değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 34–170 arasında değişmektedir. Örsal tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış, doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeğin kadınların topluma ilişkin tutumlarını (Madde 1–15), aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarını (Madde no 16–24) ve gebeliğe ilişkin tutumlarını (Madde 25–34) belirleyen üç alt boyuttan oluştuğu belirtilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesi daha yüksek puana sahip olan bireylerin daha olumlu aile planlaması tutumuna sahip oldukları şeklinde yapılmaktadır. Araştırmanın verileri, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde dağılımı), ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan kadınların %71.5'inin ilkökul ve altı eğitim düzeyinde, %89.5'inin ev hanımı, % 38.2'inin SGK lı, % 57.2'sinin bölgeye göçle geldiği saptanmıştır. Araştırmada Barbaros ASM bölgesindeki kadınların % 62.2' sinin (modern yöntem %42.8, geleneksel yöntem%19.4), Nurlupınar ASM bölgesindeki kadınların ise %60.5 (modern yöntem %48.6, geleneksel yöntem %11.9)halen herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı bulunmuştur. Her iki bölgedeki kadınların %61.8'i ebe ya da hemşiresinden son bir yılda aile planlaması danışmanlık hizmeti aldığını ve hizmet aldığını belirtenlerin; %57.9'u aldığı danışmanlık hizmetini yeterli bulduğu saptanmıştır. 25- 34 yaş arasında, sağlık güvencesi olan, yeterli çocuk sayısına ulaştığını, son bir yılda aile planlaması danışmanlık hizmeti aldığını belirten ve aldığı hizmeti yeterli bulan kadınların daha fazla aile planlaması yöntemi kullandıkları saptanmıştır (p < 0.05). Öğrenim durumu ortaokul ve üstü olan, aile planlaması danışmanlık hizmeti aldığını belirten, modern aile planlaması yöntemi kullanan, yeterli çocuk sayısına ulaştığını düşünen kadınların aile planlaması tutum ölçeğinden daha yüksek puan alarak tutumları olumlu olarak değerlendirilmiştir (p <0.05)

TARTIŞMA: Çalışmamızda her iki bölgede aile planlaması yöntem kullanımı düşük olarak bulunmuştur. Manisa Nüfus Sağlık Araştırma 2005 (MNSA) verilerine göre etkili yöntem kullanma %40.7 iken etkisiz yöntem kullanma %37 dir.(2) Çalışmamızda herhangi bir yöntem kullanımı MNSA göre daha düşük saptanırken etkili yöntem kullanımının MNSA'ya göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni zaman ile sağlık hizmet kullanım davranışlarında ki artışa ve bölgelerin merkeze olan yakınlığı sebebiyle sağlık kurumlarına daha kolay ulaşılabilirliği düşünülebilir. 2008 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması Batı bölgesi TNSA 2008 verilerinde de kadınların %76.3'ünün halen yöntem kullandığı, %48,2'sinin etkili yöntemleri ve %28,1'inin etkisiz yöntemleri kullandıkları rapor edilmektedir.(3) Çalışmamızda etkili yöntem kullanımı TNSA 2008'e göre düşük bulunmuştur. Bunun nedeni olarak da daha homojen bir grup üzerinde çalışmamız düşünülebilir. Çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça aile planlaması yöntem kullanımının arttığı saptanmıştır. TNSA 2008 bulgularında da kadınların eğitim düzeyi ile gebeliği önleyici yöntem kullanımları arasında doğrusal bir ilişki görülmektedir. Çalışmamızda son bir yılda kadınların yaklaşık yarısının aile planlaması konusunda hizmet almaması 15-49 yaş kadın izlemlerinin niceliksel olarak yetersiz olduğunu ve niteliksel olarak da sorgulanması gerektiğini düşündürmektedir. Çalışmamızda aldığı aile planlaması danışmanlık hizmetinden memnuniyet ile yöntem kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. TNSA-2008 verilerinde de danışmanlık hizmetinden memnun kalanların daha fazla oranda aile planlaması yöntemi kullandığını göstermektedir. 2011'de Sarpkaya ve arkadaşlarının Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yaptığı bir çalışmada danışmanlık alma durumu ile şimdiki kadar en az bir yöntem kullanımı arasında bir anlam bulunamamıştır. (4)

Araştırmamızda kadınların aile planlaması ile ilgili tutumları da sorgulanmış, yaş arttıkça topluma ilişkin tutum puan ortalaması artmasına rağmen aile planlamasına ve gebeliğe ilişkin tutumlarında değişiklik olmadığı bulunmuştur. Araştırmamızda öğrenim durumu arttıkça topluma, aile planlamasına, gebeliğe ilişkin tutumların olumlu olarak arttığı bulunmuştur. 2009 yılında Apay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe APTÖ puan ortalamalarının yükseldiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. (5) Bu durum araştırmaya katılan kadınların öğrenim düzeyi arttıkça aile planlamasına karşı tutumlarının da olumlu yönde geliştiğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Her iki araştırma bölgesinde de aile planlaması yöntem kullanımı düşük olarak saptanmıştır. Bu bulgular bölgede 15-49 yaş kadın izlemleri ve aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin dikkatle yorumlanması gerektiğini göstermektedir. Aile planlaması hizmetlerinin performans dahil edilmesi etkili yöntem kullanımını artırabilir. Hedef gruplar belirlenmeli (düşük-doğum sonrası, kırsal-gecekondu bölgesi,

ergen-ileri yaş, erkekler) ve aile planlaması hizmetleri duyurulmalı, bilgilendirme-eğitim-iletişim programlarına önem verilmelidir.

Anahtar kelimeler : Aile planlaması, 15- 49 yaş kadın, aile planlaması tutum

KAYNAKLAR:

1. ÖRSAL Ö, KUBİLAY G (2007). AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ FLORENCE NİNHTİNGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU DERGİSİ 15(60): 155-164
2. MANİSA NÜFUS SAĞLIK ARAŞTIRMA 2005
3. TÜRKİYE NÜFUS SAĞLIK ARAŞTIRMASI 2008
4. SARP KAYA D.,EROĞLU K. KUZZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE 15-49 YAŞ GRUBU KADINLARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANIMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER TÜRKİYE KLİNİKLERİ J MED SCI 2011;31(5):1236-44
5. APAY S.,NAZİK E.,ÖZDEMİR F.,PASINLIOĞLU T. KADINLARIN AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİ ANADOLU HEMŞİRELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ / JOURNAL OF ANATOLIA NURSİNG AND HEALTH SCIENCES, CİLT 13, SAYI 3 (2010)

666

MANİSA'DA CİDDİ MATERNAL MORBİDİTE HIZI VE NEDENLERİ: AİLE HEKİMLİĞİ VE HASTANE BİLGİ SİSTEMİNE DAYALI SURVEYANS SİSTEMİNİN SONUÇLARI

Saliha Altıparmak¹, Gönül Dinç², Yeşim Baytur³, Ziya Tay⁴, İsmail Yıldırım⁴, Ertan Özmen⁴, Galip Köroğlu⁴, Ayşe Nur Tunca⁴, Cenk Zöngür², Cihat Şen⁵, Ali Murat Yayla⁵, Ayşe Kafkaslı⁵

¹Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, ² Celal Bayar Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, ³Celal Bayar Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, ⁴Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü

⁵Perinatoloji Tıp Vakfı

Giriş ve Amaç: Anne ölümleri özellikle gelişmekte olan ülkelerde sık görülmesi, sosyal ve ekonomik sonuçları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Anne ölümlerinin azaltılması 1994 yılında Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı üreme sağlığı faaliyetleri, Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri arasında yer almaktadır (1,2). Ülkemizde anne ölümleri konusunda aktif surveyans sistemi yürütülmekte, ek olarak saha araştırmaları ile de anne ölümleri konusunda epidemiyolojik veriler toplanmaktadır. Bu çalışmalardan 2005 yılında yürütülen Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'na (UAÖÇ) göre anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 28.5, gebeliğe bağlı ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 38.3 olarak bulunmuştur (3).

Riskli gebeliklerin önlenmesi, izlemi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin etkililiğini değerlendirmede anne ölüm hızı, değerli bir epidemiyoloji ölçütüdür. Ancak anne ölümleri nadir görülen durumlar olduğu için popülasyonu az olan bölgelerde hizmetlerin etkililiğini değerlendirmede perinatal ölüm hızı gibi farklı epidemiyolojik ölçütler kullanılmaktadır. Çünkü nüfusu az olan bölgelerde bir anne ölümünün eksik ya da fazla olması anne ölüm hızında önemli bir değişikliğe neden olmaktadır. Son yirmi yılda gelişmiş ülkelerde bu amaçla "anne ölümleri için yüksek riskli durumlar (maternal near-miss deaths)" yani "ciddi maternal morbidite" ölçütü kullanılmaktadır (4,5). Bu kavram gebelik ve lohusalık döneminde yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu yaşayan, iyi sağlık bakımı almasaydı ölebilecek olan gebe ya da lohusaları ifade etmektedir (4). Ülkemizde bu konuda Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerinden yararlanarak ciddi maternal morbidite sıklığı saptanmıştır, bu konuda toplumsal düzeyde yürütülmüş bir çalışma bulunmamaktadır (6).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Amaç: Manisa’da ciddi maternal morbidite konusunda bir surveyans sistemi geliştirerek, 2010-2011 yılları için anne ölüm oranı ve ciddi maternal morbidite hızı ve nedenlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma verilerinin elde edildiği kaynaklar şunlardır:

Anne ölümleri surveyans sistemi: Sağlık Bakanlığı, 2002 yılında “Anne ve Çocuk Ölümlerini Önleme Projesi” kapsamında anne ölümlerini kapsamlı bir şekilde toplamaya başlamıştır. Proje, 2007/27 sayılı genelge ile Anne Ölümleri İzleme Programı adını alarak, Ocak 2007 tarihinden itibaren Anne Ölümleri Veri Sistemi yapısı geliştirilmiştir. Veri sisteminin yapısını, hem Üreme Yaşındaki Ölümlülük Araştırmaları (Reproductive-age mortality studies-RAMOS) hem de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından benimsenen “Rakamların Ötesinde-Güvenli Gebelik İçin Anne Ölümleri ve Komplikasyonlarının İncelenmesi (Beyond The Numbers- Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer)” rehberinde yer alan yöntem (Gizlilik mahremiyet esaslı çalışma, üç gecikme modeli, sözel otopsi kullanımı, inceleme komisyonlarının oluşturulması) oluşturmaktadır. Amaç, tüm ölümlere ulaşarak nedenleri belirlemek, üç gecikme modeline ait tespitleri yaparak önlenabilir ölümleri engellemektir. Surveyans sistemine defin ruhsatı veren sağlık personeli ve yetkili kişiler olmakla birlikte tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarından da aylık bildirim sağlanmaktadır. Her sağlık grup başkanlığı ve aile sağlığı merkezinde veri sistemi sorumlusu bulunmaktadır. Bu kişiler defin ruhsatı vermekle yetkili kişilerden (Belediye tabibi, muhtarlar, aile hekimi vb.) aylık veri temininden sorumludurlar. Gizliliğe dayalı yaklaşımın kullanıldığı sistemde, il düzeyinde İl Anne Ölümlerini Tespit ve Önleme Birimi ile İl İnceleme Komisyonunda her vaka tüm detayları ile değerlendirilir, gecikme modelleri ile anne ölümü sınıflaması ve ICD 10 tanı koduna karar verilir. Merkezi düzeyde ise Ön İnceleme Komisyonu ve Merkez İnceleme Komisyonlarında her anne ölümü ICD 10 hastalık istatistikleri sınıflaması ve üç gecikme modeli yaklaşımı çerçevesinde incelenmekte olup önlenabilirlik durumları belirlenmekte, ilgili sağlık kuruluşu ve sağlık personeline yapılan geri bildirimlerle sonuçlar paylaşılmaktadır (7). Surveyans sisteminden elde edilen anne ölüm oranının payını o yıl içinde gebelik ve lohusalık döneminde gebeliğe bağlı nedenlerle ölen kadın sayısı, paydasını Sağlık Müdürlüğü tarafından tespit edilen canlı doğum sayısı (CDS) oluşturmaktadır.

Ciddi maternal morbidite surveyans sistemi: Manisa’da aile hekimliği sistemine geçilen 2008 yılından beri elektronik bir veri tabanı olan aile hekimliği bilgi sistemi (AHBS) kullanılmaktadır. Aile hekimlerinin gebelik izlemlerini erken dönemde başlatabilmeleri için 2009 yılından itibaren kamu ve bazı özel hastanelerde saptanan pozitif gebelik testi sonuçları AHBS’ne aktarılmaktadır. 2010 yılında kamu ve özel hastanelerden hastanede ayakta veya yatarak tanı tedavi gören kişilere konulan hastalık tanı kodları ICD-10 sistemine göre AHBS’ne aktarılmaktadır. Böylece hastane morbidite tanılarının eklendiği AHBS, “ortak elektronik sağlık bilgi sistemi”ne dönüşmüştür.

Ciddi maternal morbidite surveyans sistemini geliştirmek amacı ile öncelikle kadın doğum uzmanları ve halk sağlığı uzmanlarından oluşan bir ekip konu ile ilgili yayınları inceleyerek ciddi maternal morbidite nedenlerini ve ICD-10 tanı kodlarını belirlemiştir. İkinci aşamada “ortak elektronik sağlık bilgi sistemi”nden 2010-2011 yılları için gebelik ve lohusalık dönemi ile ilgili ICD-10 tanı kodlarını alan kişilerin TC kimlik noları, yaşları ve gebelik sayıları süzölmüştür.

Ciddi maternal morbidite hızı hesaplanırken “ortak elektronik sağlık bilgi sistemi”nden elde edilen ciddi maternal morbidite tanı kodundan en az bir koda sahip olan gebeler payı, gebelik sayısı ise paydayı oluşturmuştur.

Çalışma kapsamında ciddi maternal morbidite ile yaş, gebelik sayısı, gebelikte izlem sayısı arasındaki ilişkiler de değerlendirilmiştir. Veriler SPSS for Windows 15.0 istatistik paket programında değerlendirilmiş, analizlerde yüzde dağılımları ve ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Manisa ilinde anne ölüm sayıları ve anne ölüm hızları sırasıyla 2005 yılında 8 ve yüz binde 38.6; 2006 yılında 6 ve yüz binde 28.8; 2007 yılında 1 ve yüz binde 4.8; 2008 yılında 7 ve yüz binde 34.0; 2009 yılında 3 ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yüz binde 15.4'dür. 2010 ve 2011 yıllarında ise anne ölüm oranı sırasıyla yüz binde 24.1 (anne ölümü sayısı=4, CDS=16.596) ve yüz binde 23.5 (anne ölümü sayısı=4, CDS=16.963) olarak bulunmuştur. 2010 yılındaki anne ölüm nedenleri konjestif kalp hastalığı, septisemi+Dissemine intravasküler koagülasyon, Serebrovasküler olay +serebral beyin sapı embolisi ve erken postpartum hemoraji, diğer; 2011 yılındaki anne ölüm nedenleri annenin enfeksiyöz parasitik hastalığı(gebeliği,doğumu,lohusalığı komplike eden), serabral ven trombozu, dolaşım sistemi hastalığı(gebeliği,doğumu,lohusalığı komplike eden) ve doğum esnasında uterus rüptürü'dür.

Ciddi maternal morbidite hızı 2010 yılında %5.4 (pay=1009, gebelik sayısı=18.821) ve 2011 yılında 4.6'dır (pay=909, gebelik sayısı= 19.507). Ciddi maternal morbidite nedenlerini dağılımına bakıldığında 2010 yılında kanama (%31.4), gebelikte diyabet (%13.6), çoğul gebelik (%11,0), gebelikte genitoüriner yol enfeksiyonu (%8.9) ve gebelikte hipertansif hastalıklar (%8.2) ilk beş sırayı almaktadır. 2011 yılında ciddi maternal morbidite nedenlerinin dağılımına bakıldığında kanama (%33.3), gebelikte diyabet (%16.5), çoğul gebelik(%9.8), genitoüriner enfeksiyon (%8.8) ile gebelikte hipertansif hastalıklar (%7.1) ilk beş sırayı almaktadır.

Çalışmada ciddi maternal morbidite ile ilişkili faktörler de değerlendirilmiştir. 2010 ve 2011 yıllarına ait veriler birlikte ele alındığında, ciddi maternal morbidite hızı 19 yaş altı (%5.9) ve 34 yaş üzeri gebelerde (%6.1) 20-34 yaş grubuna (%4.8) göre; gebelik sayısı 4 ve üzeri olanlarda (%56.7) daha az gebelik sayısı olanlara göre (%4.8); gebelikte izlem sayısı 4 ve üzeri olanlarda (%11.7), izlem sayısı daha az olanlara göre (%3.2) (tüm karşılaştırmalar için $p<0,001$) anlamlı olarak saptanmıştır.

Tartışma: Çalışmada anne ölüm oranı 2010 ve 2011 yılları için sırası ile yüz binde 24.1 ve yüz binde 23.5 olarak saptanmıştır, Bu veri 2005 yılında yürütülen UAÖÇ sonucunda elde edilen yüz binde 28.5 olan AÖO verisine yakın olmakla birlikte Manisa nüfusunun 1.2 milyon olması, buna paralel olarak yıllık CDS'nin yaklaşık 17.000 olması nedeniyle dikkatle yorumlanmalıdır.

Araştırmada ciddi maternal morbidite hızı 2010 yılında %5.4 ve 2011 yılında %4.6 olarak belirlenmiştir. Bu konuda Türkiye'de ulusal veya yerel düzeyde toplum tabanlı yürütülen başka çalışma olmadığı için bu hızın yüksek veya düşük olması konusunda bir yorum yapılamamaktadır. DSÖ tarafından 2005 yılında sekiz Latin Amerika ülkesinde yürütülen çalışmada 120 hastanede 3 aylık dönemde yatan yaklaşık 100.000 kadın verisi değerlendirilerek ciddi maternal morbidite hızı değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ciddi maternal morbidite hızı Arjantin'de %21.9, Brezilya'da %40.6 Küba'da %44.2, Ekvador'da %25.7, Nikaragua'da %22.7, Paraguay'da %14.7, Peru'da %23.0 saptanmıştır (8). Batı Afrika ülkelerinde 1994-1996 yılında yürütülen bir çalışmada ise Mali'de %3.0, Niger'de %5.4, Mauratania'da %7.7, Burkina Faso'da %5.8, Senegal'de %9.0 olarak saptanmıştır. Çalışmalarda elde edilen sonuçlarda maternal morbidite oranı farklılık göstermektedir. Bunun nedeni, ülke ve bölgelerdeki üreme sağlığı ve tıbbi bakım kalitesi/ulaşılabilirliğindeki farklılıklar olabilir (8).

Çalışmada gerek anne ölümlerinde gerekse ciddi maternal morbidite nedenleri arasında kanamanın ilk sırada yer aldığı saptanmıştır. UAÖÇ'nda da kanama, anne ölümlerinin %24.9'undan sorumludur. Uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarda da dünyada anne ölümlerinin yaklaşık %25'inden kanama sorumludur (9). Bu çalışmada diyabetin ikinci sırada ciddi maternal morbidite nedenlerinin yaklaşık %14'ünden sorumlu bulunmuş olması, Türkiye'de kadınlarda obezite ve fazla kiloluluğun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu desteklemektedir. 2008 TNSA verilerine göre ülkemizde beş doğurgan çağ kadından üçü fazla kiloludur ve yüzde 24'ü obezdir (9). Ülkemizde doğurgan çağ kadınlarında obezite yaygın olduğundan ve bununla birlikte gebelikte insülin metabolizması olumsuz etkilendiği için gebelikte diyabet önemli sorunlar arasında yer almış olabilir. Bu açıdan fazla kilolu ve obez kadınlar riskli gebelikler olarak ele alınıp izlenmesi önemlidir (10). Çalışmada diğer önemli ciddi maternal morbidite nedeni gebelikte hipertansiyondur. Dünyada anne ölüm nedenleri incelendiğinde de hipertansiyonun anne ölümlerinin %12'sinden sorumlu olduğu görülmektedir (8). Ayrıca Türkiye UAÖÇ'nda da hipertansiyon anne ölümlerinin %18.4'ünden sorumludur (3).

Araştırmanın en güçlü yönü, Türkiye'de ilk olarak toplumsal düzeyde ciddi maternal morbidite konusunda bir surveyans sisteminin geliştirilmiş olmasıdır. Surveyans sisteminden elde edilen veriler kadın sağlığı risk düzeyini

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

değerlendirme yanısıra üreme sağlığı hizmetlerinin etkililiğini değerlendirmede yararlı olacaktır. Ayrıca surveyans sisteminden yıllar içinde elde edilecek verilerle, zaman içindeki eğilimler de değerlendirilebilecektir.

CDS ve gebelik sayısı AHBS'den elde edilmiştir. Buna göre KDH binde 12.9 olup, bu veri TNSA Batı bölgesi verilerine benzerdir. Ayrıca SB tarafından Manisa ili için projekte edilen hedef CDS 18.468 olup, 2010 ve 2011 CDS'ları bu veriye benzerdir. Bu açıdan elde edilen gebelik sayısı ve CDS kapsayıcılığında sorun olmadığı düşünülebilir.

Ortak elektronik sağlık bilgi sistemine girilen ICD10 tanı kodları geçerliliği konusunda bilgi bulunmaması araştırmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır. Ancak ciddi maternal durumlar hastaneye yatışını gerektiren durumlar olduğundan tanı kodlarının geçerliliğinde önemli bir hata olmayacağı beklenebilir.

Sonuç ve Öneriler: Manisa'da geliştiren ciddi maternal morbidite surveyans sisteminden elde edilen verilere göre ciddi maternal morbidite hızı 2010 yılında %5.4 ve 2011 yılında %4.6'dır. Kanama, gebelikte diyabet, çoğul gebelik, gebelikte genitoüriner yol enfeksiyonu, ve gebelikte hipertansif hastalıklar en önemli ciddi maternal morbidite nedenleridir. Ciddi maternal morbidite surveyans sisteminin verilerinin geçerliliği değerlendirilmeli ve geliştirilmelidir. Türkiye'de maternal morbidite ve mortalite riski açısından farklılık gösteren bölgelerden seçilecek illerde de ciddi maternal morbidite surveyans sisteminin kurulması ulusal düzeyde kadın sağlığı hizmetlerinin ve kadına yönelik hizmetlerin değerlendirmesinde yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ciddi maternal morbidite, mortalite, surveyans, bilgi sistemi.

Kaynaklar:

1. Birleşmiş Milletler Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Planı http://www.canaktan.org/hukuk/insan_haklari/yirminci-yuzyilda/nufus_ve_kalkinma.htm Erişim Tarihi: 02.05.2012.
2. **Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı** <http://www.undp.org.tr/Gozlem3.aspx?WebSayfaNo=248> Erişim Tarihi: 02.05.2012.
3. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UAOC2005-AnaRapor.pdf> Erişim Tarihi: 02.05.2012.
4. Praul A, Colle HB, Bernis L, Breart G. Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. Bulletin of the World Health Organization. 2000. 78(5):593-601.
5. Jahan S, Begum K, Shaheen N, Khandokar M. Near-Miss/Severe acute maternal morbidity (SAMM): A new concept in maternal care. J Bangladesh Coll Phys Surg 2006; 24: 29-33
6. Saraçoğlu F. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Near-Miss Maternal Morbidite http://www.perinatolojikongresi.com/12.02.2011/VI.OTURUM/ferit_saracoglu/ferit.ppt Erişim Tarihi: 11.05.2012.
7. Anne Ölümleri İzleme Programı <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71858/h/anne-olumleri-izleme-programi.doc> Erişim Tarihi:18.06.2012
8. The World Health Report 2005. http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf Erişim Tarihi:18.06.2012
9. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ozet_Rapor-tr.pdf Erişim Tarihi:18.06.2012.
10. Güler Ç., Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler.Hacettepe Yayınları, 2007.

801

MARMARA ÜNİVERSİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE PREMENSTRUAL SEMPTOM SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Fatih Torlak, Seyhan Hıdıroğlu, Melda Karavuş, Umay Kiraz, Bircan Çörekçi, Betül Eser, Onur Bukağıkıran

Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç : 1956 ve 1969'da yapılan iki çalışmada, PMS'nin neden olduğu işe devamsızlığın ABD endüstrisinde 5 milyar dolarlık kayba neden olduğu tahmin edilmiştir(1). Günümüzde, çalışan kadın sayısının giderek artmakta olduğu göz önüne alınırsa, bu rakamın daha da çok yükselmiş olması beklenir.

Bu araştırma; Marmara Üniversitesi'nde çalışan kadınlarda PMS sıklığını, PMS'nin sosyodemografik özellikler, adet düzeni ve beslenme gibi faktörlerle ilişkisini irdelemek, PMS'nin iş verimliliği üzerindeki etkisini belirlemek ve bu sendromun yol açtığı iş ve zaman kayıplarını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, 34 sorudan oluşan anketimiz ve 47 soruluk Likert tipi Menstruel Distress Şikayet Listesinden oluşmaktadır. Araştırmada, 32 sorudan oluşan anket formunda; katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri, ilk adet yaşı, adet durumları, kişilik yapısı, fiziksel ve emosyonel yakınmaları, iş verimliliği, beslenme özellikleri ve alışkanlıkları sorgulandı. Anket formunda, sorular Amerikan Psikiyatri Birliğinin DSM-IV tanı kitabında PMS için önerilen tanı kriterlerinden yararlanılarak hazırlanmıştır. Hemşirelerin premenstrual semptomlarını belirlemek amacıyla menstrual distres şikayet listesi kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin yaş aralığı 18-40 olup olguların %40,9'u 18-25 yaş arası, %33,5'i 26-30 yaş arasında, %16,7'si 31-35 yaş arasında ve %8,9'u 36-40 yaş arasında olarak saptanmıştır.

Hemşirelerin %59,1'i bekar (120 kişi), %37,9'u evli (77 kişi) ve %3'u (6kişi) ise dul olarak saptanmıştır.

Öğrenim durumu değerlendirildiğinde, lise mezunu olan %27,1 üniversite mezunu %54,2 yüksek lisans/doktora yapanlar ise %18,7 olarak saptanmıştır.

Çalıştıkları birimlere göre yapılan değerlendirmelerde, %31,5'i dahili bilimlerde, %43,8'i cerrahi bilimlerde, %13,8'i acilde ve %10,8'i ameliyathane ve yoğun bakımda çalışmaktadır.

İlk adet yaşları değerlendirildiğinde hemşirelerin, %54,2'sinin 12-13 yaşında, %38,4'ünün 14 yaş ve üzerinde, %7,4'ünün ise 10-11 yaş grubunda oldukları görülmüştür.

Adeti doğal ve fizyolojik bir olay olarak görenlerin sayısı 117(%57,6), rahatsız edici ama hayatımı etkilemiyor diyenlerin sayısı 42(%20,7), hayatımın en önemli olaylarından biri diyenlerin sayısı 22(%10,8) ve önemsiz diyenlerin sayısı ise 22 (%10,8)'dir.

Adet döneminde ağrı çekenlerin sayısı 113 kişidir(%55,7), ağrı çekmeyenlerin sayısı ise 90(%44,3)'dir.

Adet dönemi ağırlı geçen hemşirelere "Ağrıyla gidermek için kullandıkları bir yöntem var mı?" diye sorulduğunda %59,3'ü (67 kişi) bir yöntem kullandığını söylemektedir.

Evli hemşirelerin %72,7'si herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanırken, %27,3'ü kullanmamaktadır. En sık kullanılan yöntem %32,5 ile kombine oral kontraseptiftir.

"Kullandığınız yöntem adet düzeninizi değiştirdi mi" sorusuna, aile planlaması yöntemi kullananların %73,4 oranında 'hiçbir değişiklik olmadı' cevabı alınmıştır(p<0,01). En sık etkileyen yöntem %53,8 ile kombine oral kontraseptif olarak bulunmuştur.

Adet öncesi sıkıntıları ortaya çıkarabilecek çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu çalışmada grubun %62,1'i(126 kişi) bu faktörlerden daha az / çok uyuma ya da uyku zamanında değişiklikler, düzensizlikler yaşadığını belirtti. Bunun ardından ise en sık görülen faktörün %10,8(22 kişi) ile maddi problemler olduğu görüldü.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hemşirelerin anksiyete durumlarına bakıldığında adetten 1 hafta önce görülme sıklığı %68,5(139 kişi), adet döneminde görülme sıklığı %66,5(135 kişi), diğer günlerde ise %29,1(59 kişi) şeklinde hesaplanmıştır.

Hemşirelerde, egzersiz ve premenstruel dönemde anksiyete görülme oranına bakıldığında haftada en az 2-3 gün egzersiz yapanların %71'inde, ayda en az 1 gün yapanların %78,1'inde, ara sıra egzersiz yapanların %64,9'unda ve hiç yapmayanların %67,4'ünde anksiyete olduğu saptanmıştır (p>0,05).

Hemşirelerde, günlük çay/kahve tüketimi ve ağrı görülme oranı değerlendirildiğinde, günde 3 fincan veya daha fazla içenlerin %86,8'inde, 1-2 fincan içenlerin %66,2'sinde, hiç içmeyenlerin ise %71,4'ünde ağrı şikayeti olduğu saptanmıştır(p<0,01).

Tartışma ve Sonuç: Premenstruel semptomlar tüm kadınları olduğu gibi hemşireleri de etkileyen bir durumdur. Bülent ve arkadaşlarının yaptığı araştırma 254 kadına uygulanmıştır, yaş gruplarına göre incelendiğinde, % 28,7'sinin 19-23, % 44,1'inin 24-28, %17,3'ünün 29-33, % 5,5'inin 34-38, % 4,3'ünün ise 39 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Kadınların % 57,5'i bekar, % 40,9'u evli, % 1,6'sı ise eşinden ayrılmıştır. Kadınların %82,3'ü adet sancısının olduğunu belirtirken, %17,7'sinin hiç adet sancısı olmamaktadır (2).

Bu çalışmada ise 203 hemşireye ulaşılmış olup, %40,9'u 18-25 yaş arasındadır, %59,1'i bekar, %37,9'u evli ve %3'ü ise eşinden ayrılmıştır, hemşirelerin %5,7'sinin adet sancısı çektiği bulunmuştur. Musal ve ark. araştırmasında premenstrüel semptomlardan en sık görülen, sinirlilik(%80,7), iç sıkıntısı (%68,2), karın ağrısı-kramplar (%67,6), halsizlik(%65,3) ve karında gerginlik-şişlik(% 63,0); en az görülenler ise el-ayaklarda şişlik (%18,2) ve kilo artımı(% 16,4)'dir(3). Bülent ve ark. çalışmasında da en sık görülen semptomlar, bel ağrısı (%72,4), gerginlik-huzursuzluk(% 72,4), sinirlilik-öfke (% 72,4), karında şişkinlik (%70,9) ve memede ağrı-hassasiyet (% 66,9) olarak görülmüştür(2). Atay'ın Taksim Hastanesi'nde yaptığı çalışmada da semptomların sıralaması benzerlik göstermektedir; en sık görülen semptomlar; huzursuzluk, kolay sinirlenme (%29,9), göğüste ağrı, hassasiyet ya da şişme (%25,1),karında şişkinlik (%22,4), en az görülenler ise,kararsızlık (%2,7), kendine zarar verme isteği (%1,3) ve saçlarda kuruma (%0,7)'dir(4).

Bu çalışmada ise en sık anksiyete, ağrı, şişkinlik ve iştah değişiklikleri en sık semptomlar olarak bulunmuş olup, diğer araştırma sonuçları ile benzerlikler göstermektedir.

Bu çalışmada kadınların adete karşı tepkilerini incelediğimizde; doğal ve fizyolojik bir olay olarak görenlerin sayısı 117(%57.6) olarak saptanmıştır. Bülent ve ark. çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. %58,32'ü doğal karşıladığını belirtmiştir (2).

Öneriler: Çalışan kadınlarda PMS oranı yüksektir. Bu durum tüm toplumu etkilemektedir. PMS insidansının azalması ve kadınların yaşam kalitesinin geliştirilmesi için, bu konuya daha fazla önem verilmesi ve özellikle risk faktörlerinin belirlenmesi, risk taşıyan kadınlarda yaşam kalitesinin geliştirilmesi amacıyla gerekli önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Premenstrüel Sendrom, Hemşire, Marmara Üniversitesi

Kaynaklar:

- 1.Abraham, G.E.,Taylor, R.J. CurrentObstetrics andGynecology. Lange &Appleton, 1991;100-
- 2.Bülent ve ark. Sağlık Çalışanlarında Premenstruel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması 2006; Cilt: 3 Sayı: 4 Sayfa: 262-270
- 3.Musal, B., Uçku, R., ve ark. Narlıdere Bölgesi'nde 15-49 Yaş Grubundaki Evli Kadınlarda Premenstrüel Semptomların belirlenmesi. Jinekoloji ve Obstetri'de Yeni Görüş ve gelişmeler.1992;3(3):61-4.
4. Atay,O. Premenstrüel Sendrom:Yaygınlığı ve Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). İstanbul, 1996.

MEME KANSERLİ HASTALARIN BİRİNCİ VE İKİNCİ DERECE YAKINLARINDA KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ (KKMM) UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice Bebiş, Zehra Şerife Altunkürek, Cengizhan Açık

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Giriş: Meme kanseri kadınlarda dünya genelinde en sık görülen kanser çeşidi olup, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde kadınlarda kanserden ölümlerin %23'ünü oluşturan ciddi bir hastalıktır. Yaklaşık olarak dünya genelinde her yıl 1,38 milyon kadın meme kanseri teşhisi almakta, bu da kanserden ölümlerin %14 (458.400) ünü oluşturmaktadır. Türk kadınları arasında meme kanseri insidansı 100.000 de 10,6, mortalite oranı ise 100.000 de 6,4 olarak tüm kanserler içinde ilk sırada yer almaktadır. Meme kanserinde erken teşhisin hastalığın tedavisi ve buna bağlı ölümlerin azaltılması bakımından önemli olduğu bilinmektedir. Meme kanserine bağlı ölümleri ve hastalıkları azaltmak için hem Uluslararası Kanser Kontrol Örgütü (UICC) Dünya Kanser Örgütü hem de Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Türk Kanser Birliği kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi, mamografi yöntemlerini önermektedir. Meme kanserinin erken teşhisindeki en iyi yöntem mamografi olarak kabul edilmekle birlikte, mamografi meme kanserinin %10 gibi küçük bir oranda da olsa tümör teşhis edilememekte ya da yanlış yanıltıcı sonuç verebilmektedir. Ayrıca mamografi tarama yöntemi ekonomik sebeplerle uygulanabilirlik açısından Türkiye gibi birçok ülke için ulaştırılması zor, pahalı bir yöntemdir. KKMM, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler için mamografi ve klinik meme muayenesine göre basit, düşük maliyetli, güvenli, etkili, daha uygun ve uygulanabilir bir tanı yöntemidir. Dolayısıyla birçok sağlık otoritesi meme kanserinin erken teşhisinde bütün kadınlara birinci basamakta KKMM'yi tavsiye etmektedir.

Meme kanseri olan kadınların yaklaşık olarak %30'u kitlelerini KKMM ile kendileri tespit etmişlerdir (Park et al. 2007). Manascievez (2003), Thomas et al. (2002) ve Smith (2003) çalışmasında kadınların %81,9 unun memedeki tümörü KKMM yaparak tespit ettiklerini belirtmiştir. Meme kanserindeki risk cinsiyet, yaşam biçimi, yaş gibi faktörlerle birlikte artmaktadır. Kadınlar arasındaki meme kanseri riskini arttıran en önemli etkenlerden biri de aile öyküsüdür. Bu risk birinci derece akrabalarda, aile öyküsü olmayan kadınlara göre iki üç kat artmaktadır.

Yaklaşık olarak meme kanseri teşhisi alan kadınların %15-20 sinde aile geçmişi bulunmaktadır. KKMM'yi uygulama ya da uygulamama ile ilgili birçok neden vardır. Bunlardan bazıları sosyodemografik özellikler, sağlık hizmetlerinin sunumu, kişinin meme kanseri ve KKMM konusundaki sağlık inançlarıdır. Ailesinde kanser olan kadınlar arasında KKMM'yi yapma durumunu belirlemek için Sağlık İnanç Modeli Ölçeği iyi bir araçtır. Yapılan literatür taramasında, Türkiye'de aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların KKMM uygulamalarına yönelik bir çalışma ya da gözleme dayalı bir rapor bulunamamıştır.

Bu çalışmada; meme kanseri olan kadınların akrabalarında KKMM'yi uygulama davranışları Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile değerlendirilmiş, bu riskli gruptaki kadınların sağlık inançlarının KKMM uygulamalarına etkisi, meme kanserden korunma ve KMMM uygulamaları geliştirici etkinlikleri belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Bu araştırma 21 Ocak-21 Mayıs 2012 tarihleri arasında, tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır. Çalışma grubu GATA Onkoloji Polikliniğine başvuran ve çalışmayı kabul eden N=140 meme kanserli hasta yakınından oluşmuştur. Katılımcılarda, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak, iletişime engel özrü olmamak, Türkçe konuşabilir ve yazabilir olmak, daha önce kendisinde meme kanseri teşhisi almamış olmak ve hastanın birinci ve ikinci derece yakını olmak şartları arandı.

Literatür taranarak, sosyo-demografik özelliklerle ve diğer değişkenlerle ilgili araştırmacıların tarafından oluşturulan soru formu ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanıldı. Tanımlayıcı form, sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum, medeni durum, iş durumu, sağlık güvencesi, akrabalık derecesi, gelir seviyesi,) kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi durumlarını ve uygulamalarını, kendi kendine meme muayenesi yapmama nedenlerini, klinik meme muayenesi yaptırmama ve yaptırmama nedenlerini belirleyici soruları içermektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Meme kanseri ve taramalarına ilişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ), meme kanserinin erken tanısına yönelik inançlara ilişkin sağlık inanç modeli temel alınarak Champion (1984) tarafından geliştirilmiştir. SİMÖ, sağlığı koruyucu davranışları ve hastalıktan kaçınmanın kişi açısından önemi ve kişinin belirli bir davranışın hastalığı önleme ya da sağlığı iyileştirmeye yol açacağı beklentisi üzerine kurulmuştur. SİM, 1950 yıllarında ilk olarak Hochbaum, Leventhal, Kegeles and Rosenstock tarafından, a) duyarlılık b) ciddiyet c) yarar d) engeller olarak dört kavramdan oluşturuldu. Daha sonra ise orijinal SİM'e sağlık motivasyonu ve öz-etkililik olmak üzere iki kavram daha eklendi. SİM'e göre; eğer kadınlar kendilerinde meme kanseri gelişeceğine karşı duyarlı olur ve meme kanserini ciddi bir hastalık olarak algıarlarsa, KKMM'nin hastalığı engellemede yararlı olduğuna inanırlarsa, kendi sağlığını korumak için daha fazla motive olurlar ve KKMM'yi uygulama ihtimalleri yükselir. Ülkemizde Gözüm ve Aydın (2004) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış "meme kanseri ve taramalarına ilişkin sağlık inanç ölçeğinin KKMM boyutu bu araştırmada kullanılmıştır.

Ölçeğin Türkiye uyarlaması altı alt başlıktan ve toplam 36 sorudan oluşmaktadır: duyarlılık algısı (3 soru), ciddiyet algısı (6 soru), sağlık motivasyonu (5 soru), KKMM'nin yararlılığı (4 soru), kkmm'ye engellilik (8 soru), öz-etkililik algısı (10 soru). Ölçekte, "kesinlikle katılmıyorum" yanıtı 1 puan, "katılmıyorum" 2 puan, "kararsızım" 3 puan, "katılıyorum" 4 puan, "kesinlikle katılıyorum" 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin, sağlık motivasyonu için sağlık motivasyonunun ve öz-etkililik için öz etkililiğin yüksek algılandığını ifade etmektedir.

Bağımlı değişken kendi kendine meme muayenesi, bağımsız değişkenler ise yaş, medeni durum, akrabalık derecesi, sağlık güvencesi, düzenli bir işe sahip olma ve sağlık inançları olarak belirlenmiştir. Çalışma için hastanenin etik kurulundan uygulanabilir onayı alınmıştır. Veriler SPSS 15.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kesikli veriler için sayı ve yüzdelik (%), sürekli veriler için ortalama, minimum ve maximum değerler verilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları tek örnek Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Gruplar arasında kesikli değişkenlerin karşılaştırmasında Ki-kare, sürekli değişkenlerin karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. KKMM yapma üzerine etki eden değişkenlerin çok değişkenli analizinde geriye doğru elemeli lojistik regresyon modeli kullanılmış, $p < 0.05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bulgular : Bu çalışmaya katılanların %70'inin (n=98) birinci derece akrabasında, % 30'unun (n=42) ise ikinci derece akrabasında meme kanseri bulunmaktadır. İki grup arasında sosyo-demografik özellikler, KKMM uygulama durumu ve sağlık inanç modeli altboyut puan ortalamaları arasında bir ilişki olduğu gözlenmemiştir ($p > 0.05$). Örnekleme oluşturan 140 kadının yaş ortalaması $35,24 \pm 12,3$ (min=18, max=70) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %49,3'ü evli ve %42,1 bekâr, %76, 4'ü sekiz yıl ve üzerinde öğrenim görmüştür. Bunlardan %33, 6'sı KKMM 'yi düzenli uygulamamaktadır. Sekiz yıl altı öğretim gören kadınların KKMM yapmama durumu %68,2 dir. KKMM uygulama durumunun öğrenim düzeyi ile ilişkili olduğu gözlenmiştir ($p < 0.05$). Katılımcıların %90,0'nı sosyal güvenceye sahip olup, %54,3'nün düzenli bir işi olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların %45,0'inin geliri giderine denk, %35,0 geliri iyidir. Katılımcılardan %60,7'inin KKMM uyguladığı, %39,3'ünün ise uygulamadığı saptanmıştır. Katılımcılardan KKMM uygulayanların %72,6'sı, KKMM' uygulama tekniğini doğru yanıtlamıştır ve KKMM uygulama tekniğini doğru bilme durumunun KKMM uygulama durumu ile ilişkili olduğu gözlenmiştir ($p < 0.05$).

KKMM uygulama durumu ile SİM alt boyutları değerlendirildiğinde KKMM uygulama durumunun engel algısı alt boyutu ($p = 0.001$) ve öz etkililik alt boyutu ($p = 0.001$) ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılanlardan KKMM uygulayan %61,2'sinin aynı zamanda KMM de yaptırdığı saptanmıştır. KKMM uygulama durumunun KMM yaptırma durumu ile ilişkili olduğu gözlenmiştir ($p < 0.05$). KKMM 'yi uygulamaya etki eden faktörleri belirlemek için logistik regresyon analizi yapılmıştır. Akrabasında meme kanseri olan katılımcıların, öz etkililik alt boyut puan ortalaması yüksek olanlarda (OR=1.119, $p = 0.001$), sekiz yıl ve üzeri öğretim seviyesinde olanlarda (OR=5.287 $p = 0.010$) ve KMM yaptıranlarda (OR=8.290, $p = 0.001$) KKMM yapma durumu ile ilişkili olduğu gözlenmiştir.

Tartışma : Çalışmada katılan kadınların %70'inin (n=98) birinci derece, % 30'unun (n=42) ise ikinci derece akrabasında meme kanseri bulunmaktadır. Chalmers et.all (2002) ve arkadaşlarının meme kanseri olan kadınların kızları ve kız kardeşlerinin bilgi ve destek ihtiyaçlarını belirlemek için yapmış oldukları çalışmada % 79, 9 (n=208) birinci, %20, 3(n=53) ise ikinci derece yakınardan oluşan bir grupta çalışmıştır. Bizim çalışmamız kadınların %60,7'sinin (n=85) KKMM uyguladığını göstermiş, Chalmers çalışmasında kadınların %94,4(n=244)

KKMM uyguladığını bildirmiştir (1). Cohen'in ailesinde meme kanseri olan ve olmayan kadınlarla yapmış olduğu çalışmada ise pozitif aile hikâyesi olanların %60,7 (n=37)'si yapmakta olduğu belirlenmiş ve bizim çalışmamızla benzer sonuç elde edilmiştir (2). Literatürde; bireylerin aile de meme kanserli birisinin bulunması durumunda KKMM uygulama oranlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırması bizim çalışmamızı destekler niteliktedir(1,2).

Çalışmamızda yaş, sosyal güvence, medeni durum, düzenli bir işe sahip olma ile KKMM uygulaması arasında bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. Diğer bir çalışmada bizim çalışmamızın aksine yaş, medeni durum, sağlık güvencelerinin olması, KKMM uygulama durumunu etkilediği görülmüştür (3). Eğitim düzeyi, ailesinde meme kanseri öyküsü olma, KKMM hakkında bilgi sahibi olma ve KMM yaptırmanın KKMM uygulama durumları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda KKMM uygulayan kadınların KMM yaptırma durumları ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuş, KKMM uygulayanların aynı zamanda KMM yaptırdıkları saptanmıştır. KKMM uygulama durumunun SİM Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları ile ilişkisi incelenmiştir. KKMM yapma durumuna göre; KKMM engel algısı yapanlarda düşük, KKMM öz-etkilik algısı KKMM yapanlarda yüksek bulunmuştur.

Bireylerin erken tanıya yönelik istenilen davranışları gösterebilmeleri için engel algısının düşük olması beklenir. KKMM engel algısının düşük olması ile istenilen davranışın uygulanması artacaktır. Canbulat (2008) çalışmasında KKMM engel algısı eğitimi yüksek olanlarda diğer gruplara oranla düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da engel algısının diğer çalışmalardan düşük olması çalışmanın yapıldığı bölge ve eğitim düzeyleri ile açıklanabilir. KKMM öz-etkilik algısının yüksek olması meme kanserinde bilgilendirme durumunun ve meme kanseri tarama davranışlarının uygulanmasının artmasını sağlayacaktır. Bireyin bir davranışı tam ve doğru olarak yapabilmesi için o konuda yeterli bilgiye sahip olması gerekir. Bizim çalışmamızda KKMM öz etkilik algısı, ailesinde meme kanseri olan çalışma grubumuzda eğitim durumu sekiz yıl ve üzeri öğrenim görenlerde KMM yaptırılarda yüksek bulunmuştur.

Sonuç ve öneriler: Sonuç olarak bu araştırmada yakın akrabasında meme kanseri olan kadınların meme kanseri bilgilerinin ve uygulamalarının yeterli olmadığı, meme kanseri bilgisi olanların öz etkililik puanı yüksek, KKMM engellerinin düşük ve KKMM'yi uyguladıkları saptanmıştır. Bununla birlikte sonuçlar ciddiye ve önemlilik algılarının düşük olduğu bir başka deyişle, meme kanserini önemli ve ciddi bir hastalık olarak algılamadıkları, meme kanserine kaderci bir yaklaşım sergilediklerini ve bu durumun KKMM'yi uygulama oranını azalttığını göstermiştir.

Ayrıca meme kanseri olma yönünden diğer kadınlara göre üç kat daha riskli olan çalışma grubumuzdaki kadınlardan, KKMM yapanların aynı zamanda KMM yaptırdıkları da saptanmıştır. Öğrenim yılı arttıkça KKMM yapma sıklığı ve KMM yaptırma doğru orantılı olarak arttığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda tüm kadınlara yönelik meme kanseri ve KKMM eğitim programları düzenlenerek özellikle de riskli gruplara ulaşılması amaçlanmalı ve böylece bireysel duyarlılıkları arttırılarak, sağlıklarını koruma ve sürdürmelerine katkı sağlanabileceği düşünülmektedir.

Anahtar sözcük: meme kanseri, yakın akraba, kendi kendine meme muayenesi, sağlık inanç modeli

Kaynaklar:

1. Chalmers K., Marles S., Tataryn D., Scott-Findlay S.& Sefas K.(2003) Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care* 12, 81-90.
2. Cohen M., (2006) Breast cancer early detection, health beliefs, and cancer worries in randomly selected women with and without a family history of breast cancer. *Psycho-Oncology* 15, 873-883.
3. Oluwatosin O.A., (2010) Assessment of women's risk factors for breast cancer and predictors of the practice of breast examination in two rural areas near Ibadan, Nigeria. *Cancer Epidemiology*.34, 425-428.
4. Canbulat N., Uzun Ö., (2008) Health beliefs and breast cancer screening behaviours among female workers in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*.12,148-156.

MODA'DA OTURAN, 40-69 YAŞLARINDAKİ KADINLARIN, MEME KANSERİ TARAMALARINA KATILIMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ayça Demir Yıldırım¹, Ayşe Nilüfer Özaydın¹

¹Sağlık Bakanlığı Moda ASM, ²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü'nün projeksiyonlarına göre, 2030 yılında dünyada kanser, hastalıklara bağlı ölüm sıralamasında ilk sıraya oturacaktır. 2005'de dünyada insanların %13'ü kanserden ölmüştür. Kansere bağlı ölümlerin %70'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir. Kanser "önlenebilir, erken tedavi edilebilir hastalıklar" grubundandır.

"Tarama prensipleri" bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan korunma için bir araç olarak ilk kez 1968de Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanmıştır. Ardından geliştirilerek 1994de Avrupa Konseyi'nde yayınlanmıştır. Meme kanseri tarama programlarının primer amacı, erken tanı ile meme kanseri mortalitesini azaltmaktır. Mamografinin taramadaki yeri 1960'lardan itibaren ilk New York da yapılan Health Insurance Plan(HIP) çalışması ile sorgulanmış, farklı ülkelerde taramanın etkinliğini araştıran 8 ayrı randomize kontrollü çalışma yapılmıştır. Genel olarak mamografi taramasının mortaliteye katkısı %25-30 oranında bildirilmektedir.

DSÖ'nün, Uluslararası Kanser Araştırmaları Merkezi 2002'den beri, toplum sağlığı politikası olarak yürütülecek olan meme kanseri tarama programları için 50-69 yaş grubuna, iki yıl aralıklı mamografi uygulamasını önermektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nın, "Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartlarında (Temmuz 2004), 50-69 yaş grubundaki kadınların, 2 yılda bir kez mamografi ile taranması önerilmektedir. Ancak mamografik taramalara katılım hala düşük düzeydedir.

KETEM'lerde ücretsiz tarama programları sürdürülmektedir. 2004'den beri topluma dayalı tarama yapılan Balıkesir KETEM' bölgesinde; 1933 kadından %74'ü taramaya katılmıştır. İstanbul'da 2002'de, 3 SO/2 AÇSAP'da yapılan araştırmada 40 yaş kadınların %25'inin en az 1 kez mamografi yaptırdıkları saptanmıştır. İstanbul/Bahçeşehir'de 2008'de yapılan kesitsel araştırmada 40-69 yaş kadınların %49.6'sının son 2 yıl içinde mamografi yaptırdıkları saptanmıştır.

Bu çalışmada, Moda'da yaşayan, meme-kanseri için risk grubunu oluşturan 40-69 yaşlarındaki sağlıklı kadınların, kadın kanserleri arasında ilk sırayı alan meme kanserinin erken tanısı amacıyla, mamografik taramalara katılmalarını etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma topluma dayalı-kesitsel bir araştırmadır. İstanbul'un Anadolu yakası'nda Caferağa Mahallesi'nde (Moda'da) yürütülmüştür. Dişçigil ve arkadaşlarının araştırmalarında saptadıkları 'meme kanseri ile ilgili doğru yanıt verme oranı(%17.6), %2 hata payı, %95 güvenilirlik, %80 power, %50 yanıtlanma olasılığı ile belirlenen örneklemdeki 1725 kadın, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi-2007'den elde edilen araştırma bölgesinde oturan 40-69 yaş grubu kadın listesinden (N=6123), beşerli yaş gruplarına tabakalı olarak seçilmiştir.

Örneklemdeki kadınlarla evlerinde, Eylül 2010-Haziran 2011 tarihleri arasında yüzyüze görüşülerek veri toplanmıştır. Meme Sağlığı Bilgi Formu 6 bölüm ve 135 sorudan oluşmuştur.

Verilerin analizinde, gruplar arası ortalamanın karşılaştırılmasında veriler normal dağılım koşullarını karşıladığında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test), normal dağılım koşullarını karşılamadığında ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında X² testi uygulanmış ve beklenen değerlerin %20'den fazlasının 5'den küçük olması durumunda Fischer kesin ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak "p<0.05" kabul edilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Araştırma süresi içinde, örnekleme seçilen 1725 kadından, 1398 kadının araştırma bölgesinde olduğu saptanmış (298'i taşınmış, 29'u vefat etmişti) ve bunların %91'i ile görüşülmüştür (n=1271,127 red).

Araştırmadaki kadınların median yaşları 54.0'dür (SD:8.2, min:40, max:69), kadınların %15'i "40–44 yaş", %19'u "45–49 yaş", %18'i "50–54 yaş", %18'i "55–59 yaş", %16'sı "60–64 yaş" ve %14'ü "65–69 yaş grubundaydı.

Kadınların %35.4'ü lise, %29.2'si lisans, %28.1'i ilk/ortaokul mezunuyken, %4'ü okuryazar/okuryazar-değildi. Yüzde 3.3'ü lisansüstü eğitimlerini tamamlamıştı.

Kadınların %73'ü her gün, %13'ü arada bir, %6'sı en az haftada bir gazete okumakta iken %8'i hiç gazete okumadıklarını beyan etmişlerdi. Kadınlar kendi gelir gruplarını; %73.6'sı orta, %21.6'sı düşük, %2.6'si üst, %2'si en düşük ve %0.2'si en üst gelir grubunda olarak belirtmişlerdi.

Araştırmada; doktor tarafından kadınların %60'ına herhangi bir kronik hastalık, %2.8'ine meme kanseri tanısı konulduğu beyan edildi.

Araştırmada kadınların %7'si (n=88) birinci derece akrabalarının meme kanseri tanısı aldığını belirtti.

Son 2 yıl içinde; kadınların %59'u herhangi bir sağlık kontrolünden geçmiş, %54'ü mamografi yaptırmıştı.

Araştırmada "50–59 yaş" %58'i son iki yıl içinde mamografi yaptırdıklarını, 40–49 ve 60–69 yaş kadınlar daha az mamografi yaptırdıklarını beyan etmişlerdir [%51,%52, ($\chi^2(2)=4.327$, p=0.115)].

Araştırmadaki kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe, son iki yıl içinde mamografi yaptırmalarının arttığı saptanmıştır [$\chi^2(4)=16.231$, p=0.003] "Okuryazar/ilkokul-mezunlarının %45'i, "ortaokul mezunlarının %46'sı, "lise/yüksek okul mezunlarının %56'sı, "lisans/yüksek lisans ve üzeri mezunların %59'u son iki-yıl içinde mamografi yaptırmıştı.

Araştırmaya katılan kadınlardan, algıladıkları sosyal sınıfı "üst" olarak belirten kadınların %69'unun, "orta" olarak belirten kadınların %54'ünün ve "düşük" olarak belirten kadınların %49'u son iki-yıl içinde mamografi yaptırmıştı [$\chi^2(2)=6.093$, p=0.048].

Araştırmada, kadınların gazete okuma sıklığı arttıkça, son iki yıl içinde mamografi yaptırmalarının arttığı saptanmıştır [$\chi^2(3)=18.525$, p=0.0001]. "Hiç gazete okumayan" kadınların %45'i, "her gün gazete okuyan" kadınların %57'si son iki yıl içinde mamografi yaptırmıştır.

Hanehalkı sayısı 3'ün altında olan kadınların %57'si, hanehalkı sayısı 3 ve üzeri olan kadınların %51'i son iki-yıl içinde mamografi yaptırmıştır [$\chi^2(1)=3.911$, p=0.048].

Aylık ortalama gelir arttıkça son iki yıl içinde mamografi yaptırmalarının artmaktadır [$\chi^2(2)=11.184$, p=0.004]; "2000TL ve altı" geliri olan kadınların %50'si, "2001–5000TL" olan kadınların %56'sı, "5001TL ve üzeri" geliri olanların %68'i son iki-yıl içinde mamografi yaptırmıştır.

"Sosyal güvencesi olmayan/yeşil kart olan" kadınların %40'i, "SSK/BAĞ-KUR"lu kadınların %51'i, "Emekli Sandığı" olanların %61'i, özel sağlık sigortası olan kadınların %71'i son iki-yıl içinde mamografi yaptırmıştır [$\chi^2(3)=14.920$ p=0.002].

Herhangibir meme yakınması olan kadınların %70'i, olmayan kadınların %49'u son iki-yıl içinde mamografi yaptırmıştır [$\chi^2(1)=39.294$, p=0.0001].

Araştırmaya katılan kadınların 12 yaşlarına kadar yaşadıkları yerlerin farklılığına karşın, son iki-yıl içinde mamografi yaptırmaları benzerdi [$\chi^2(4)=4.751$, p=0.314]

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Kadınların farklı medeni durumlarına göre, son iki-yıl içinde mamografi çektirmeleri benzerdi [$\chi^2(1)=2.697$, $p=0.101$].

Birinci derecede akrabasında meme kanseri olan ve olmayan kadınların son iki-yıl içinde mamografi çektirmeleri benzerdi [$\chi^2(1)=2.972$, $p=0.085$, sırasıyla %63 ve %53].

Düzenli kendi kendine meme muayenesi yapan ve yapmayan kadınların son iki yıl içinde mamografi çektirmeleri benzerdi [$\chi^2(1)= 1.252$, $p=0.263$, sırasıyla %55 ve %51).

Tartışma: Bu araştırmada İstanbul/Moda’da yaşayan, meme-kanseri için risk grubundaki sağlıklı kadınların, kadın kanserleri arasında ilk sırayı alan meme kanserinin erken tanısı amacıyla, mamografik taramalara katılımlarını etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır. Topluma dayalı kesitsel bu araştırmada, 40-69 yaşlarındaki 1271 kadın ile yüzyüze görüşülmüştür (%91).

Araştırmada, kadınların yaş ortalaması 54 ± 8.2 yıldır. Özyayın ve ark. (2009), Bahçeşehir’de 40–69 yaş grubundaki kadınların meme kanseri hakkında bilgi düzeylerini, bilgi kaynaklarını ve meme sağlığı uygulamaları ile ilgili yaptıkları araştırmada yaş ortalaması 49.8 ± 7.4 yıldır, Dişçigil ve ark. (2007), Ege bölgesinde 18–78 yaş arası kadınların meme sağlığı ile ilgili bilgi, davranış ve uygulamaları ile ilgili yaptıkları araştırmada yaş ortalaması ise 43.18 ± 10.85 yıldır, Seçginli ve Nahçıvan’ın (2002), 20–70 yaş arası kadınların meme kanseri tarama davranışları ile ilgili faktörlere ilişkin yaptıkları araştırmada yaş ortalaması 36 ± 11.4 yıldır, Araştırmada kadınların yaş ortalaması, meme kanseri ile ilgili yapılan diğer araştırmalara göre daha yüksektir. Bunun nedeni örneklemdaki 50 yaş ve üzerinde ki kadınların daha çok araştırmaya katılmış ve en çok 40–44 yaş grubundaki kadınlardan araştırmaya katılımlarının daha az olmasına, Moda’da görüşülen kadınların yaş ortalamasının daha büyük olmasına bağlı olabilir.

Araştırmadaki kadınların %54’ü son iki yıl içinde mamografi çektirmişlerdi ve bu sonuç Türkiye’de yapılan diğer çalışmalara göre en yüksek mamografi çektirme oranıdır. Dişçigil ve ark.nın (2007) 18–78 yaş arası kadınlarla yaptığı kesitsel araştırmaya göre kadınların %40.6’sının hayatları boyunca en az bir kez mamografi çektirdiğini saptamışlardır. Seçginli ve ark.nın (2006) 20–70 yaş arası kadınlarla yaptığı kesitsel araştırmaya göre kadınların %25’inin hayatları boyunca en az bir kez mamografi çektirdiklerini saptamışlardır. Sönmez’in (2011) çalışmasında da kadınların %52.5’i hayatları boyunca en az bir kez mamografi çektirdiğini saptamıştır.

Araştırmada kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe, mamografi çektirme oranları anlamlı olarak artmış; lisans-mezunu/yüksek lisans ve üstü eğitilmiş kadınların daha çok mamografi çektirdikleri saptanmıştır. Yapılmış olan araştırmalar mamografi çektirme ile eğitim düzeyi arasında farklı sonuçlar bulmuşlardır. Özyayın ve ark.nın (2009) yaptığı araştırmada benzer sonuçlar bulunmuştur. Sönmez (2011) çalışmasında ortaokul mezunu kadınların daha çok mamografi çektirdiğini bulmuştur. Maral ve ark.nın (2009) yaptıkları çalışmada eğitimi olmayan kadınların 1.9 kat daha fazla mamografi çektirmeme riski olduğunu bulmuşlardır. Dişçigil ve ark.nın (2007), Gülten’in (2008) ve Seçginli ve Nahçıvan’ın (2004) araştırmalarında; kadınların eğitim durumu ile mamografi çektirme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Araştırmaların yapıldıkları yerlerin, hedef gruplarının yaş ve eğitim durumlarının farklı olmasının bulgular arasındaki farklılıklara neden olduğu düşünülmektedir. Moda Türkiye’nin genelinden daha eğitilmiş ve daha üst sosyo-ekonomik durumdaki kadınların yer aldığı bir bölgedir.

Araştırmaya katılan kadınların kendi beyanlarına dayanan sosyal sınıfları arttıkça, son iki yıl içinde mamografi çektirmelerinin anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. Benzer şekilde özel sağlık sigortası olanların ve ortalama aylık geliri daha fazla olanların, küçük ailelerde yaşayan kadınlarında anlamlı olarak daha fazla mamografi çektirdikleri saptanmıştır. Seçginli ve Nahçıvan’ın (2006) da yaptıkları araştırmada algılanan sosyal sınıf ile mamografi çektirme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Özyayın ve ark. (2009) İstanbul/Bahçeşehir’de yaptıkları araştırmada sağlıklı kadınların algıladıkları sosyal sınıfı üst grup olarak ifade edenlerin alt gruba göre 2 kat daha fazla mamografi çektirdiklerini bulmuşlardır. Araştırma sonucu Özyayın ve ark. (2009) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada, kadınların gazete okuma sıklıkları arttıkça, mamografi çektirme oranlarının arttığı saptanmıştır. Özyayın ve ark.nın (2009) araştırmalarında da benzer sonuçlar bulunmuştur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırmada 40-44 yaş grubundakilerin %42'si ile görüşülememiş olması araştırmanın kısıtlılığıdır. Araştırma için SAG-C-YLP-031210-0274 proje no ile Marmara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Birimine 20.10.2010 tarihinde başvurulmuş, 03.12.2010 tarihinde proje fonu alınmıştır.

Sonuç ve Öneriler: İstanbul Moda'da oturan ve 40-69 yaş grubunda olan kadınların; eğitim düzeyleri, hanehalkı sayıları, ortalama aylık gelirleri, sosyal sınıfları, sosyal güvence durumları, gazete okuma sıklıkları ve herhangi bir meme yakınmalarının olması gibi faktörler son iki-yıl içinde mamografi çektirmelerini etkilemiş, yaş grupları, medeni durumları, çocukluklarını geçirdikleri yer ve birinci derecede akrabalarında meme kanseri olup-olmaması gibi faktörlerin son iki-yıl içinde mamografi çektirmelerini etkilemediği saptanmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın ücretsiz topluma dayalı meme kanseri tarama etkinliklerinin risk altındaki topluma daha yaygın duyurulması, risk gruplarının tamamının ulaşılabilirliğini artıracak topluma dayalı tarama etkinliklerinin planlanması ve yürütülmesi hizmetlerine ihtiyaç olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Mamografi, Erken Tanı, Korunma,

Kaynaklar:

1. Özyayın NA, Güllüoğlu BM, Ünal PC, Gorpe S, Cabioğlu N, Öner BR, Özmen V. (2009). Bahçeşehirde Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları Ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları, *Meme Sağlığı Dergisi*, Vol:5, No:4.
2. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. (2007). Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. *Marmara Medical Journal*, 20(1);29-36.
3. 5. Seçginli S, Nahçıvan NO. (2006). Factors Associated with Breast Cancer Screening Behaviors in a Sample of Turkish Women: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43; 161-171.
4. Sönmez Y. (2011). Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımı Konusunda Kadınların Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Doç. Dr.) Yaşar Keskin.
5. Maral I, Budakoğlu İ, Özdemir A, Bumin A. (2009). Behaviors Toward Methods of Breast Cancer Early Detection in Women Over 40 Years in a Rural Region of Ankara. Turkey. *Journal of Cancer Education*, 24:127-128.

288

PARK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ EVLİ KADINLARDA GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEM KULLANIMI VE İLGİLİ ETMENLER

Deniz Eren, Nazlı Atak, Kenan Serdal Köse

Giriş ve Amaç: Araştırma, Park Eğitim Sağlık Ocağı (PESO) bölgesinde 15-49 yaş evli kadınlarda, gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve ilgili etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, aile planlaması ve danışmanlık hizmeti verilen ilgili bölgedeki konu ile ilgili mevcut durumu belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem : Araştırma, Mart-Eylül 2010 tarihleri arasında yürütülmüş kesitsel bir araştırma olup, evreni bölgede bulunan toplam 7 sağlık evi nüfusunda yer alan 15-49 yaş evli 1614 kadın oluşturmuştur. Gebeliği önleyici yöntem kullanımının belirlenmesinde örnekleme seçilecek kadın sayısı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre 15-49 yaş evli kadınlarda herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanım sıklığı olan %73 değeri dikkate alınarak 255 kadın olarak hesaplanmıştır (Ergöçmen ve ark., 2009); % 20 katılmama durumu olabileceği düşünülerek örnek büyüklüğü, 307 kadın olarak belirlenmiştir (Sümbüloğlu, 2000). Her bir sağlık evinden örnekleme girecek kadın sayısı, her bir sağlık evinde yer alan 15-49 yaş evli kadın

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

nüfusunun yaklaşık 1/5'ini oluşturduğu için kadınlar, 15-49 yaş kadın izlem formları kullanılarak her bir sağlık evinden 1/5 oranında sistematik örnekleme yöntemi ile seçilmiş ve 400 kadına ulaşılmıştır.

Veriler, kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanım durumunu, sosyodemografik ve doğurganlık özelliklerini içeren ve 47 sorudan oluşan bir soru formu aracılığıyla araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Verilerin toplanmasından önce kadınlar, araştırma konusunda bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Formun ön denemesi 20 kadında yapılmış, forma son hali verilmiş ve bu kadınlar örnekleme dahil edilmemiştir. Çalışmanın bağımlı değişkeni gebeliği önleyici yöntem kullanım durumu olup, bağımsız değişkenleri: sosyodemografik özellikler (yaş, öğrenim düzeyi, meslek, kişi başına yıllık gelir); doğurganlık özellikleri (ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, ilk doğum yaşı, gebelik ve canlı doğum sayısı, düşük yapma durumu, düşük sayısı, düşük tipi, isteyerek düşük yapılan gebelik sırası); kullanılan yöntem ile ilgili özellikler (kullanılan yöntem, yöntem türü, yöntem kullanım süresi); danışmanlık alma durumu; yöntem kullanırken gebe kalma durumu ve kullanırken gebe kalınan yöntem türüdür.

Verilerin girişi ve analizi, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 15.0 paket programı aracılığıyla yapılmıştır. Araştırma grubundaki kadınların yöntem kullanım durumunu etkileyen etmenlerin istatistiksel analizinde ki-kare testi; ilk evlenme, ilk gebelik ve ilk doğum yaşının sosyodemografik özelliklerle olan ilişkisinin değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizi; gebelik, canlı doğum, ölü doğum, düşük, isteyerek düşük ve kendiliğinden düşük sayısının sosyodemografik özelliklerle olan ilişkisinin değerlendirilmesinde Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır.

Veriler, niteliklerine göre frekans dağılım tabloları, ortalama ve standart sapma ve ortanca ile ifade edilmiştir. İstatistiksel analizlerde yanılma olasılığı 0.05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Kadınların %80.0'ı gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmakta olup, kadınların, %57.8'i halen yöntem kullanmakta; %14.2'si yöntem kullanmayı bırakmış; %22.3'ü yöntem kullanmaya yeni başlamış ve %5.7'si hiç yöntem kullanmamıştır. En çok kullanılan yöntemler RİA, geri çekme ve kondom olup, çalışmanın sonuçları, PESO bölgesinde geçmiş yıllarda gerçekleştirilen benzer çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırıldığında geri çekme ve kondom kullanan kadınların sıklığı artmış; RİA kullananların sıklığı azalmış ve yöntemler sıklıkla muayenehaneden temin edilmiştir. Yöntem kullanmaya yeni başlayan kadınlar, geri çekme ve kondom yöntemini kullanmaktadır. En yüksek sıklıkta hap ve RİA yöntemleri, yan etki nedeniyle bırakılmıştır. Kadınların %61.7'si yöntemlere karşı olup, sıklıkla yan etki nedeniyle karşıdır. Hap en fazla sıklıkta karşı olunan yöntemdir. Halen yöntem kullananlar, RİA ve geri çekme; yöntem kullanmaya yeni başlayanlar geri çekme ve kondom kullanmaktadır. Halen yöntem kullanmakta olan kadınların %17.5'i danışmanlık almıştır. Yöntem kullanım durumu yaş, gebelik, canlı doğum sayısı, yöntem kullanım süresi, yaş ve kullanılan yöntem, danışmanlık alma ve düşük yapma durumu, düşük sayısı, isteyerek düşük yapılan gebelik sırası, doğum aralığı ve yöntem kullanılırken gebe kalırsa ne yapılacağı ile ilişkili bulunmuştur.

Tartışma: Gebeliği önleyici yöntem ve modern yöntem kullanan kadınların sıklığı, TNSA 2008 sonuçlarına göre Türkiye ortalamasından fazla olmakla birlikte (Ergöçmen ve ark., 2009), yöntem kullanmaya yeni başlayan kadınlar geleneksel yöntemleri tercih etmekte, yöntem kullanmayı bırakan kadınlar da sıklıkla modern yöntemleri, özellikle hapi yan etki nedeniyle bırakmaktadır.

Bütün yaş gruplarında halen yöntem kullanan kadınların sıklığı, yöntem kullanmaya yeni başlayan ve hiç yöntem kullanmayan kadınlardan fazla olup, hiç yöntem kullanmayanların sıklığının oldukça düşük olması, çocuk sahibi olmak istedikleri için yöntem kullanılmadığını düşündürmektedir.

Halen yöntem kullanan, 3 ve daha fazla sayıda gebeliği olan kadınların, daha yüksek sıklıkta yöntem kullandığı; yöntem kullanmayı bırakan, yöntem kullanmaya yeni başlayan ve hiç yöntem kullanmayan kadınların daha az sıklıkta yöntem kullandığı saptanmıştır. Gebelik sayısı arttıkça, yöntem kullanan kadınların sıklığı da artmaktadır.

Bütün yaş gruplarında, halen modern yöntem kullanan kadınların yüzdesi, yöntem kullanmaya yeni başlayan ve modern yöntem kullanan kadınların yüzdesinden fazladır. Yaş arttıkça, halen modern yöntem kullananların sıklığı da artmaktadır. Yöntem kullanmaya yeni başlayan ve geleneksel yöntem kullanan kadınların sıklığından fazla olup, fark 35 yaşından itibaren geleneksel yöntem kullanan kadınlar lehine artmaktadır. Ancak fark, istatistiksel olarak anlamlı değildir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Halen yöntem kullanan 320 kadının %17.5'i danışmanlık almış olup, bu kadınların %66.7'si halen yöntem kullanmakta, %33.3'ü yöntem kullanmaya yeni başlamıştır. Yöntem kullanmayı bırakan ve hiç yöntem kullanmayan kadınların hiç biri danışmanlık almamıştır. Bu değerlerin düşük olması, kadınların yöntem kullanımında birinci basamağa başvurmadan yöntem kullanmaya başladığı düşüncesini desteklemektedir.

Sonuç ve Öneriler: Aile planlaması hizmeti için başvuranlara mutlaka yeterli danışmanlık verilmesinin; toplumun Birinci Basamak sağlık kuruluşlarına yeterli sıklıkta başvurması konusunda desteklenmesinin; yöntem kullanan genç yaştaki kadınlar sıklıkla geleneksel yöntemleri tercih ettiği için, bu konunun ayrıntılı olarak araştırılmasının; danışmanlık hizmetlerinde doğurganlık çağının sonuna gelmiş kadınlara öncelik verilmesinin ve son olarak danışmanlık hizmetinin düşük düzeyde olmasının Birinci Basamağın tercih edilmemesinden mi kaynaklandığının ve aile hekimleri tarafından verilen bu hizmetlerin ne ölçüde verildiğinin değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: gebeliği önleyici yöntem kullanımı, 15-49 yaş grubu evli kadınlar, ilgili etmenler

Kaynaklar:

1. Ergöçmen BA., Yiğit E, Tunçkanat FH. Aile Planlaması. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2009, Ankara.
2. Sümbüloğlu K ve Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Hatipoğlu Yayınları, Şahin Matbaası, Ankara, 2000. Sayfa: 264

255

POLİGAMİLİ AİLELERDE KADIN CİNSEL FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ali Özer¹, Hasan Ekerbiçer², Özlem Orhan³, Mine Akben⁴, Mustafa Çelik⁵, Mehmet Şahin⁶, Sefa Resim⁷

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ²Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., ³Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D., ⁴Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, ⁵Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Aile Hekimliği A.D.

⁶ Kahramanmaraş Özel Vatan Hastanesi Üroloji Kliniği,

⁷ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji A.D

Giriş ve Amaç: Cinsel fonksiyon bozuklukları, psikolojik, fiziksel ve duygusal kaygılara neden olarak yaşam kalitesinde bozulmalara yol açmaktadır. Cinsel fonksiyon bozukluğu yaygın görülen bir sorundur (Kadınların % 43'ünde, erkeklerin ise % 31'inde görülmektedir) (1).

Bu çalışmanın amacı, poligamili ailelerde kadın cinselliğinin etkilenme durumunu belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Kahramanmaraş il merkezinde yapıldı. Çalışmada kartopu örnekleme yöntemi kullanıldı. Poligamili ailelerden 15-49 yaş arasında, 1. Eş olan 30 kadın ve 2. Eş olan 30 kadına ulaşıldı. Yaş, ailenin geliri, gebelik sayısı ve mesleğin cinsel fonksiyonları etkiyebileceği düşünülerek bu değişkenler açısından benzer eşi tek evli 60 kadın kontrol grubu olarak alındı. Araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 25 sorudan oluşan sosyodemografik form ile Rosen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilen 19 soruluk "Kadın Cinsel İşlev Ölçeği" (FSFI; Female Sexual Function Index) kullanıldı (2). Cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı parametrelerini içeren "Kadın Cinsel İşlev Ölçeği" anketi uygulanarak gönüllülerin son dört hafta içerisindeki cinsel fonksiyonları sorgulandı Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Aygün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (3).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

“Kadın Cinsel İşlev Ölçeği” puanı düştükçe cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranı yükselmektedir. Araştırmada en yüksek puan 36, en düşük puan 2 olup, Cut off değeri 26’dır. 26’nın altında alınan puan cinsel fonksiyon bozukluğu olarak kabul edilmektedir.

Çalışmanın bağımlı değişkeni, “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği” toplam puanı ve alt parametrelerden elde edilen puanlardır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri, poligamili aile olup olmama, yaş, eşin yaşı, ailenin aylık geliri ve kronik hastalık varlığıdır.

Grupların istatistiksel olarak karşılaştırılmasında Ki kare testi, Logistic regresyon analizi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanıldı. Post hoc test olarak Bonferroni düzeltmesi yapılmış Man Whitney U Testi yapıldı. Tüm değerlendirmelerde $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Çalışmaya için, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan izin alındı.

Bulgular: Çalışma grubunun yaş ortalaması 36.7 ± 7.5 olup evlilik durumuna göre grupların yaş ortalamaları benzerdir ($p > 0.05$). Birinci eş olan kadınların % 40.0’ı, 2. eş olanların % 13.3’ü, tek eş olanların ise % 11.7’si ilköğretim altı eğitime sahip olup, 1. eş olan kadınlar anlamlı olarak yüksek oranda ilköğretim altı eğitime sahiptir. Birinci eşin % 63.3’ü, 2. eşin % 40’ı, tek eş olan kadınların ise % 35.0’inin eşleri ilköğretim ve altı eğitime sahiptir. Birinci eş olan kadınların eşleri anlamlı olarak daha yüksek oranda ilköğretim altı eğitime sahiptir ($p < 0.05$).

Birinci eş olan kadınlarda; “Kadın Cinsel İşlev Ölçeğinin” toplam puanı ve alt parametreleri olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrının ortanca değeri diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür ($p < 0.05$).

Çalışma grubunun % 52.5’inde cinsel fonksiyon bozukluğu vardır. Tek eş olan kadınların % 45’inde, ilk eşlerin % 80’inde, ikinci eşlerin ise % 40’ında cinsel fonksiyon bozukluğu olup, ilk eşlerde cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı olarak daha yüksek oranda görülmektedir ($p < 0.05$).

Yapılan logistik regresyon analizinde tek eş olan kadınlara göre 1. eşte 3.9 kat ($p < 0.05$), 2. eşte 1.2 kat ($p > 0.05$) daha fazla cinsel fonksiyon bozukluğu görüldüğü saptanmıştır. Kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre 1.7 kat ($p > 0.05$) daha fazla cinsel fonksiyon bozukluğu görülmektedir.

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler: Erkeklerdeki cinsel disfonksiyon ile ilgili çalışmalar artmasına karşın, kadınlarda cinsel disfonksiyon daha sık görülmesine rağmen çalışmalar sınırlıdır (4). Çalışmamızda kadınların % 52.5’inde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu bulunmuştur. ABD’de yapılan bir çalışmada, kadınların % 43’ünde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu saptanmıştır (5). Ülkemizde yapılan değişik çalışmalarda kadınların % 27 ile % 67.5’inde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (6-9). Sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Sonuç olarak çalışmaya katılan kadınların yarısında, poligamili ailelerde ilk eş olan kadınların % 80’inde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu bulunmuştur. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu yaygın bir sorun olup, sıklığı ve çözüm yolları ile ilgili araştırmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Poligami, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Kaynaklar:

1. Laumann EO, Paik A, Rosen RC: Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors, JAMA 1999; 281: 537–44.
2. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D’Agostino R Jr: The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function: J Sex Marital Ther. 2000 Apr-Jun; 26(2):191–208.
3. Aygün D., Aslan FE. Kadın Cinsel İşlev Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005, 25:393-399
4. Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F: Sexual Medicine. Çeviri Editörleri: Kadioğlu A, Usta MF, Semerci B, Aşçı R, Yaman Ö, Orhan İ, Çayan S: 633, 650–651, 719–721. 2006

5. Anafarta K, Bedük Y, Arıkan N: Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu, Temel Üroloji 3. Baskı, Güneş Kitabevleri 2007; 1053, 1055, 1056.
6. Güvel S, Yayıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H: Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. Türk Üroloji Dergisi, 29 (1): 43–48. (2003)
7. Demirezen E, Erdoğan S, Önem K: Birinci Basamak Sağlık Merkezine Başvuran Kırk Yaşın Altındaki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi. Androloji Bülteni, (25): 177–180. (2006)
8. Öksüz E, Malhan S: Prevalance of Risk Factors for Female Sexual Dysfunction in Turkish Women, J Urol, Feb; 175(2): 654–658 (2006)
9. Kadri N, Mchichi Alami KH, Mchakra Tahiri S: Sexual Dysfunction İn Women: Population Based Epidemiological Study. Arch. Womens Mental Health. October, 5: 59–63 (2002).

322

RAHİM İÇİ ARAÇ (RIA) ve ORAL KONTRASEPTİF (KOK) KULLANAN 18-49 YAŞ ARASINDAKİ KADINLARA VERİLEN PLANLI EĞİTİMİN GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Birsel Canan Demirbağ, Selçuk Kaya, Gamze Çan, İftihar Köksal

Karadeniz Teknik Üniversitesi

GİRİŞ VE AMAÇ: Genital hijyenin sağlanması kadın sağlığı ve üreme sağlığının korunmasındaki en önemli basamaktır. Genital hijyen davranışları ile ilgili Türkiye genelini yansıtan ulusal veriler sınırlıdır. Var olanlar ise daha çok bölgesel özellikleri yansıtmaktadır. Genital hijyen davranışları açısından toplumun genelini yansıtan çalışmalar yapmak güç olduğundan ve bölgesel farklılıklar olabileceği düşünüldüğünden, toplumdaki hijyen davranışları hakkında fikir verebilecek farklı grupların eğitim yönünden incelenmesi önemlidir. Bu çalışmanın amacı, Trabzon Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezine (AÇSAP) gelen, Rahim içi araç (RIA), doğum kontrol hapsi kullanan (OKS) ve hiçbir yöntem kullanmayan (Coitus interruptus) 18-49 yaş arası kadınlara verilen planlı eğitimin genital hijyen davranışlarına etkisini incelemektir.

GEREK VE YÖNTEM: Araştırma bir müdahale çalışmasıdır. Veriler 1 Ekim 2011-15 Şubat 2012 tarihleri arasında toplandı. Çalışma için belirlenen tarihlerde kuruma yaşları 18-49 arasında değişen ve doğum kontrol yöntemi olarak RIA(kontrol) ve OKS kullanan toplam 171 kadın ile 5 prezervatif kullanan kadın geldi. Prezervatif kullanan kadınların sayısı az olduğu için çalışma dışı bırakıldı. Çalışmayı kabul eden 165 kadın ile (81 OKS, 84 RIA) çalışma yapıldı. Aynı tarihlerde AÇSAP'a gelen ve hiçbir yöntem kullanmayan (coitus interruptus) 104 kadından araştırmayı kabul eden 86 kadın kontrol grubu olarak alındı. Kadınlar için araştırmaya girme kriteri olarak yaş, gönüllü olma, görsel ve işitsel kaybının olmaması (eğitim broşürü, soru cevap tekniği, projeksiyon ile eğitim için) dışında hiçbir kural aranmadı. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatüre dayanılarak hazırlanmış demografik ve obstetrik özellikleri içeren anket formu ve Ege ve Eryılmaz (2005) tarafından geliştirilmiş Genel Hijyen Envanteri (GHDE) kullanıldı (1). Her iki gruba da son eğitim yapıldıktan 4 ay sonra GHDE uygulanarak farklılıklar tespit edilirken kontrol grubuna ilk karşılaşmadan 6 ay sonra ölçek uygulandı. Verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanılmış olup değerlendirilmesinde, sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, Paired-t, Ki-kare ve One-way Anova uygulandı. Araştırma öncesinde Trabzon Etik Kurulundan ve çalışma yapılan ilgili kurumdan izin alındı. Tüm kadınlara çalışma hakkında bilgi verilip sözlü onamları alındı.

BULGULAR: OKS kullanan kadınların %34.6'sı 35-49 yaş aralığında, %74.1'i çalışmayan, %19.8'i lise mezunu, %39.5'inin sağlık güvencesi SSK olan ve %49.4'ünün gelir durumu iyi olan kişilerden oluşuyordu. RIA kullanan kadınların %28.6'sı 35-49 yaş aralığında, %78.6'sı çalışmayan, %37'si lise mezunu, %42.9'unun sağlık güvencesi SSK, %60.7'sinin gelir durumu iyi olan kişilerden oluşuyordu. Kontrol grubu kadınların %32.5'i 35-49 yaş aralığında, %42.4'ü çalışmayan, %22.1'i lise mezunu, %48.8'inin sağlık güvencesi SSK, %48.8'inin gelir durumu iyi olan kişilerden oluşuyordu. Gruplar arasında yaş ($X^2:2.761$, $p:0.838$), çalışma durumu ($X^2:6.973$; $p:0.137$), sosyal güvence ($X^2:2.156$; $p:0.905$), aylık gelir ($X^2:5.227$; $p:0.265$) özellikleri yönünden anlamlı bir farklılık

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bulunmadı. Gruplar arasında eğitim seviyesi (χ^2 :24.66; p:0.002) yönünden anlamlı farklılık saptandı (p<0.05). RIA grubunun eğitim seviyesinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu görüldü.

OKS kullanan kadınlarda GHDE ön-test ortalaması 56.97 \pm 4.7; son test ortalaması 92.60 \pm 4.0 olarak tespit edildi. Ön-test ve son-test ortalaması arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu (t=-53.77 p=0.000). RIA kullanan kadınlarda GHDE ön-test ortalaması 55.34 \pm 4.5; son test ortalaması 77.19 \pm 3.4 olarak tespit edildi. Ön-test ve son-test ortalaması arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu (t=-42.37 p=0.000). Kontrol grubu kadınlarda GHDE ön-test ortalaması 48.44 \pm 8.4; son test ortalaması 50.32 \pm 8.2 olarak tespit edildi. Ön-test ve son-test ortalaması arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmadı (t=-0.076 p=4.034). OKS ve RIA ve kontrol grubundaki kadınların, yaş, çalışma durumu, aylık gelir, kullanım süresi ve evlilik süresine göre öntest ve sontest GHDE'den aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05). OKS grubundaki kadınların ön testte GHDE'de işaretledikleri en alt değer 48, en üst değer 73, son testte işaretledikleri en alt değer 83, en üst değer 100 olarak bulunmuştur. RIA grubunda ön testte GHDE'de işaretlenen en alt değer 48, en üst değer 72, son testte işaretlenen en alt değer 71, en üst değer 84 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ön testte GHDE'de işaretlenen en alt değer 46, en üst değer 66, son testte işaretlenen en alt değer 50, en üst değer 68 olarak bulunmuştur. OKS grubundaki kadınların GHDE madde puan ortalaması ön test değeri 2.97 \pm 0.5, son-test değeri 3.55 \pm 0.3, toplam puan ortalaması ön-test değeri 56.97 \pm 4.7, son-test değeri 92.60 \pm 4.0 olarak saptandı (p<0.05). RIA grubundaki kadınların GHDE madde puan ortalaması ön-test değeri 2.03 \pm 0.4, son-test değeri 3.34 \pm 0.8, toplam puan ortalaması öntest değeri 55.34 \pm 4.5, son-test değeri 77.19 \pm 3.4 olarak saptanmıştır (p<0.05). Kontrol grubundaki kadınların GHDE madde puan ortalaması ön-test değeri 2.0 \pm 0.1, son-test değeri 2.18 \pm 0.2, toplam puan ortalaması öntest değeri 47 \pm 0.9, son-test değeri 51.2 \pm 2.4 olarak saptanmıştır (p>0.05). Her üç grubun ön-test puan ortalamaları arasında fark bulunmaz iken (F=1.45 p=0.342), son-testten aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (F=97.4 p=0.000) tespit edildi. RIA ve OKS grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre son testten aldıkları puan ortalamalarının belirgin şekilde yüksek olması, verilen eğitimin etkinliğini göstermektedir.

TARTIŞMA: Bireysel risk faktörlerinden biri olan genital hijyen ile ilgili bilgi eksikliği, genital hijyen davranışlarına etkilidir (2-4). Çalışmamızda, her iki eğitim grubundaki kadınların madde puan ortalamasına göre eğitim öncesi GHDE'de işaretledikleri seçeneklerin daha çok "bazen ve sık sık" seçenekleri arasında yer aldığı ve buna göre kadınların genital hijyen davranışlarının bir kısmını bazen doğru, bir kısmını da sık sık doğru yaptıkları söylenebilir. Eğitim sonrasında ise her iki grup kadınların genital hijyen davranışlarını 'sık sık' doğru uyguladıkları, nadiren de 'her zaman' doğru uyguladıkları belirlenmiştir. Kadınların eğitim sonrası GHDE'de işaretledikleri en alt ve en üst değere paralel olarak madde puan ortalamasının da artması genital hijyen uygulamaları konusunda verilen eğitimin genital hijyen davranışları üzerine etkili olduğunu göstermektedir. Kontrol grubundaki kadınlarda ölçekte değişiklik olmaması eğitim eksikliğinin devam ettiğini ifade etmektedir. Eryılmaz ve Ege 2006 yılında, 100 kadın ile yaptıkları çalışmada, verdikleri eğitimin genital hijyen davranışlarda olumlu değişiklikleri olduğunu tespit etmişlerdir(5). Bir başka çalışma da ise çalışan evli kadınların eğitim sonrası GHDE'den aldıkları puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (6). Bu sonuç verilen eğitimin genital hijyen uygulamalarının daha iyi bir düzeye geldiğini göstermektedir (6).

SONUÇ VE ÖNERİLER: RIA ve OKS grubunda ön-test ve son-test GDHEpuan ortalaması arasında anlamlı fark bulunurken kontrol grubunda fark görülmemiştir.

Bu çalışma genital hijyen konusunda kadınlar da bilgi eksikliğini ve bu eksikliğe yönelik yapılan planlı eğitimin etkili olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki kadınların GDHE puan ortalamasında anlamlı değişikliğin olmayışı ve diğer gruba göre düşük oluşu kadınların genital hijyen davranışlarının yetersiz olduğunu göstermektedir. Diğer kontraseptif yöntemleri kullanan kadınlara yönelik aynı çalışmanın tekrar edilmesinin toplumu yansıtması açısından daha faydalı olacağı inancındayız.

ANAHTAR KELİMELER: Hijyen davranışları, Oral kontraseptif, Planlı eğitim, Rahim içi araç

KAYNAKLAR:

1. Ege, E., Eryılmaz, G.: Genital hijyen davranışları envanterinin (GHDE) geliştirilmesi. Atatürk Üniv Hem. Yük. Derg. 8(3),67-75 (2005)

2. Özkan, S., Demir, Ü.: 15-49 yaş doğurganlık çağı kadınlarda vajinitisin tanımlanmasında hemşirenin etkinliğinin belirlenmesi ve vajinitisin oluşmasına neden olan faktörlerin incelenmesi. Sağlık ve Toplum.12(4),54-61 (2002).
3. Erbil, N., Bölükbaş, N., Kocabaş, E., ve ark.: Evli kadınların genital hijyen davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 6. Ulusal Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara, (2009).
4. Karatay, G., Özvarış, S.B.: Bir sağlık merkezi bölgesindeki gecekondu kadınlarda yaşayan kadınların genital hijyene ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniv. Hem. Yük. Derg. 10(1),7-14 (2006).
5. Ege, E., ve Eryılmaz, G.: Kadınlar verilen planlı eğitimin genital hijyen davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 9(3), (2006).
6. Demirci, H.: Çalışan evli kadınlarda üreme sağlığını koruyucu davranışların geliştirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (2004).

309

RAHİM İÇİ ARAÇ (RIA) ve ORAL KONTRASEPTİF (KOK) KULLANAN KADINLARDA VAJİNAL DUŞ DAVRANIŞLARI İLE GENİTO-ÜRİNER ENFEKSİYON İLİŞKİSİ

Birsel Canan Demirbağ, Selçuk Kaya, Gamze Çan, İftihar Köksal

Karadeniz Teknik Üniversitesi

GİRİŞ VE AMAÇ: Vajinal duş (VD), kadınların temizlik ya da tedavi amacıyla parmak veya başka bir materyal ile vajen içine sıvı uyguladıkları, eski ve geleneksel bir uygulamadır (1-3). VD kadınlar arasında yaygın olan bir davranıştır. Kadınlar genellikle vaginal temizlik, menstruasyon veya cinsel ilişki sonrası, gebelikten korunmak veya dini inanışları nedeniyle VD uygulaması yapmaktadır (4). VD genito-üriner enfeksiyonlara neden olmaktadır (4-5). Yapılan çalışmalar kontraseptif yöntemlerden Rahim içi aracın (RIA) genito-üriner enfeksiyonu tetikleyici nedenler arasında olduğunu tespit etmiştir (5-6). Doğum kontrol hapı kullanma (KOK) ile genito-üriner enfeksiyon ilişkisiyle ilgili çalışmalara literatürde az rastlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, RIA ve KOK kullanan 18-49 yaş arası kadınlarda vajinal duş davranışları ile genito-üriner enfeksiyon ilişkisini değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma tanımlayıcı kesitsel yöntem kullanılarak, Trabzon Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezinde 1 Ekim 2010 -15 Şubat 2011 tarihleri arasında yapıldı. Çalışma için belirlenen tarihlerde kuruma yaşları 18-49 arasında değişen ve doğum kontrol yöntemi olarak RIA(kontrol) ve KOK kullanan toplam 171 kadın ile 5 prezervatif kullanan kadın geldi. Çalışmayı kabul eden 165 kadın ile (81 KOK, 84 RIA) çalışma yapıldı. Prezervatif kullanan kadınların sayısı az olduğu için çalışma dışı bırakıldı. Kadınlar için araştırmaya girme kriteri olarak yaş, son 4 yılda aynı yöntemi kullanma, evli olma, numune alınırken adetsiz olma dışında hiçbir kural aranmadı. Araştırma öncesinde Trabzon Yerel Etik Kurulundan ve çalışma yapılan ilgili kurumdan izin alındı. Tüm kadınlara çalışma hakkında bilgi verilip sözlü onamları alındı. Çalışmada sosyo-demografik anket formu, vajinal duş uygulama davranışlarını sorgulayan anket formu ve kadınlardan alınan idrar kültürü, vajen kültürü örneklerinin test sonuçları ile veriler toplandı. Verilerin analizinde istatistik programı kullanılmış olup, değerlendirmelerde frekans, yüzde, ortalama ve ki-kare yapıldı. $P<0.05$ anlamlılık olarak kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmadaki KOK kullananların %65.4'ü, RIA kullananların %75.0'ı vajinal duş yapmaktadır. Yapılan istatistiksel analizde her iki grup arasında vajinal duş yapma yönünden anlamlı farklılık bulunmadı ($X^2=0.179$ $df=1$ $p=0.120$).

Vajinal duş yapan KOK kullanan kadınların %71.6'sının, RIA kullanan kadınların %55.5'inin vajinal duş sıklığı haftada 2-3 kez olduğunu; KOK kullananların % 43.3'ü bunu yaşlılardan öğrendiğini, RIA kullananların %49.2'si bunu kendi kendine öğrendiğini; KOK kullananların % .69.8'i su+sabun, RIA kullananların %60.3'ü su ile vajinal duş temizliği yaptığını; KOK kullananların %50.9'u daha çok ilişki sonrası, RIA kullananların %49.2'si adet sonrası vajinal duş yaptığını; KOK kullananların % .56.6'sı, RIA kullananların %50.8'i düzenli vajinal duş yaptığını; KOK

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kullanıcıların %43.3'ü, RIA kullanıcıların %26.9'u haftada 3-4 kez ilişki sıklığı olduğunu; KOK kullanıcıların %75.5'i, RIA kullanıcıların %67.7'si VD uygulamasının sağlığa zararlı olmadığını ifade etmişlerdir.

Gruplar arasında taharetlenme ($X^2=0.621$ df=1 p=0.001), kurulanma materyali ($X^2=5.91$ df=1 p=0.011), sürekli ara bezi kullanma ($X^2=18.55$ df=1 p=0.000), rahatsız edici akıntı ($X^2=2.210$ df=1 p=0.001) yönünden anlamlı farklılık bulunurken tuvaletten sonra kurulanma ($X^2=1.494$ df=1 p=0.149), kullanılan iç çamaşırlarının pamuk olması ($X^2=2.414$ df=1 p=0.089) yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır.

İdrar kültürü sonuçlarında KOK grubunun %53.1'inde, RIA grubunun %35.7'sinde üreme görülmüştür. Vajen kültürü sonuçlarına göre KOK grubunun %66.7'sinde ve RIA grubunun %60.7'sinde üreme olmamıştır. İki grup arasında idrar kültürü sonuçları yönünden anlamlı bir farklılık bulunurken ($X^2=5.045$ df=1 p=0.018), vajen kültürü sonuçları açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($X^2=0.631$ df=1 p=0.264). İdrar kültüründe, KOK grubunda en fazla Escherichia coli, RIA grubunda Enterobacter species üremiştir. Vajen kültüründe KOK ve RIA grubunda en fazla Candida üremiştir.

TARTIŞMA: Literatürde vajinal duş prevelansı ile ilgili yeterli bilgi olmamakla birlikte küçük örneklerle yapılan çalışmalar mevcuttur. Ege ve ark.(7) kadınların % 61.5'inin, Çalışkan ve ark. (8) kadınların % 50.2'sinin vajinal duş yaptığını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda RIA kullanıcı kadınlar da vajinal duş uygulaması KOK kullanıcı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çok çalışma RIA kullanımının vajinal enfeksiyonları artırdığını göstermektedir (9-10). RIA kullanıcı kadınlarda enfeksiyon gelişip gelişmemesini etkileyen çeşitli etkenler vardır. Bunlar RIA uygulama tekniği, kullanma süresi, yaş vb.dir. RIA vajinal florayı değiştirerek anaerob bakterilerde artışa yol açmaktadır. Ancak yapılan bir çok çalışma genel hijyen kurallarına dikkat edilerek RIA'nın takılması ve RIA takılı kaldığı sürece kontrollere düzenli gidilmesinin ve hijyen kurallarına uyulmasının genito-üriner sistem enfeksiyonlarını azalttığını göstermektedir (10-11). Bizim çalışmamızda RIA kullanıcı kadınlarda taharetlenme davranışının KOK kullanıcı kadınlara göre daha iyi olduğu gözlemlendiğinde bu durumun KOK kullanıcı kadınlarda idrar kültüründe üreme artışını da etkilediği düşünülebilir. Çalışmamızda KOK ve RIA kullanıcı kadınların idrar kültürü sonuçlarında anlamlı ilişki bulunurken vajen kültürü sonuçlarında anlamlı ilişki bulunmamıştır. VD uygulamasının her iki grupta da belli oranda yapıldığı düşünüldüğünde, akıntının fazlalığının, ara bezi kullanma ve taharetlenme yanlışlığının KOK grubunda daha fazla olmasının enfeksiyon oluşumu daha fazla etkilediği düşünülebilir. Kadının üretrasının kısa oluşu, perinede oluşan mikroorganizmaların mesaneye ulaşmasına yatkınlık oluşturur. Aynı zamanda KOK içerdiği östrojen nedeniyle üropatojenlerin vajen ve ürogenital hücrelerde yerleşimini kolaylaştırmaktadır. Buna ilaveten akıntının varlığı nedeniyle düzensiz antibiyotik kullanımı veya perine bölgesine yönelik yapılan yanlışlıklar da genito-üriner enfeksiyon riskini artırmaktadır (6,10,11). Çalışmamızda KOK kullanıcı kadınların akıntılarının fazlalığı, sürekli ara bezi kullanımı, tuvalet sonrası kurulanma materyalinin evde dikilmiş bez olması, günlük tüketilen suyun az oluşu genito-üriner enfeksiyonları tetiklediğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Çalışmanın sonuçlarına göre;

- KOK kullanıcı kadınlarda idrarda üreme daha fazla oranda görülmektedir
- RIA kullanıcı kadınlar daha fazla oranda VD yapmaktadır.
- KOK kullanıcı kadınlarda daha fazla oranda akıntı tespit edilmiştir.
- KOK kullanıcı kadınlarda sürekli ara bezi kullanımı daha fazla görülmüştür.
- KOK ve RIA kullanıcı kadınlarda idrar kültürü sonuçlarında anlamlı farklılık vardır
- KOK ve RIA kullanıcı kadınlarda vajen kültürü sonuçlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır.
- VD uygulaması ile idrar kültürü sonuçları arasında anlamlı farklılık yoktur.
- VD uygulaması ile vajen kültürü sonuçları arasında anlamlı farklılık vardır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

RIA ve KOK kullanan kadınlarda VD uygulama yönünden farklılık yoktur. Ancak gruplara arasında enfeksiyon oluşması açısından fark vardır. Özellikle kadınlardaki genito-üriner sistem enfeksiyonunu tetikleyen unsurlar bireysel hijyen eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. Ülkemiz sağlık sistemi içinde, özellikle birinci basamak hizmeti veren aile hekimliklerinde kadınlara yönelik hijyen özelliklerinin incelenip, yapılan yanlışlıklar doğrultusunda eğitim verilmesi genito-üriner sistem enfeksiyonlarının azalmasını sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Vajinal Duş, Genito-üriner Enfeksiyon, Rahim İçi Araç, Doğum Kontrol İlacı

KAYNAKLAR:

1. Martino, J.L., Vermund, S.H.: Vaginal douching: Evidence for risks or benefits to women's health. *Epidemiologic Reviews*. 24, 109-124 (2002)
2. Aral, S.O., Mosher, W.D., Cates, W.: Vaginal douching among women of reproductive age in the United States. *Am J Public Health*. 82(2), 210-214 (1992)
3. Mete, S., Gerçek, E.: Vajinal duşun yaygınlığını etkileyen etmenler ve sonuçları. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 55-61(2005)
4. Lichtenstein, B., Nansel, T.R.: Women's douching practices and related attitudes: findings from four focus groups. *Women & Health*.30(4), 117-131 (2000).
5. Yağmur, Y.: Malatya ili Fırat Sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınların genital hijyen davranışları.TSK koruyucu Hekimlik Bülteni. 6(5),325-330 (2007)
6. Çoşkun, A.: Rekürren üriner sistem enf. *Gülhane tıp dergisi*. 50, 226-231(2007).
7. Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Eğri, M., Reeder, S.B.: Türkiye'nin doğusundaki kadınların vaginal duş uygulamaları ve ilişkili davranışlar , 4. Uluslar arası üreme sağlığı ve aile planlaması kongresi sözlü bildiri, Ankara (2005).
8. Çalışkan, D., Çöl, M., Akdur, R., Yavuzdemir, Ş., Yasemin, Y.: Park sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu kadınlarda vajinal duş sıklığı ve etkili faktörler üzerine çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 49 (2), 73-80 (1996)
9. Anh, P.K., Khanh, N.T., Ha, D.T, et al.: Prevalence of lower genital tract infection among women attending maternal and child health and planning clinics in Hanoi. Vietnam, *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 34, 367-373 (2003)
10. Zincir, H., Temel, A.B.: RIA'ya özel danışmanlık ilkesine göre RIA uygulanması, genital hijyen eğitim ve vulvajinal enfeksiyonların görülme ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 19(1), 60-67 (2010)
11. Eroğlu, K., Akkuzu, G., Vural, G., ve ark.: Postplesantal ve Erken Pospartum Rahim İçi Araç (RIA) Uygulamaları İle Postpuerperal ve İnterval RIA Uygulamalarının Etkililik ve Komplikasyonlar Yönünden İncelenmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma projesi, Ankara (2003)

267

SAMSUN İLİ KAMU HASTANELERİ KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMA DURUMU

Kürşat Yurdakoş¹, Yıldırım Beyazıt Gülhan², Demet Ünalın³, Ahmet Öztürk⁴

¹Samsun Kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi, ²Okan Üniversitesi

³Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

⁴Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi biyoistatistik Anabilim Dalı

Giriş ve amaç: Kanser, bütün dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü, dünyada her yıl on milyon kişinin kansere yakalandığını, altı milyon kişinin ise kanserden öldüğünü bildirmektedir. Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Kadınlardaki kanserlerin tümünün %33'ünden ve kanserle

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ilişkili ölümlerin %20'inden sorumludur (1). Yıllar içerisinde meme kanseri görülme sıklığında artış olmakla birlikte erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler sayesinde mortalite oranlarında düşüş görülmektedir (2). Türkiye’de her yıl 30.000 kadın meme kanserine yakalanmaktadır (3). Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca yöntemlerdir (4). Mamografi, KMM ve KKMM uygulamalarını içeren tarama yöntemlerinin hedefi, meme kanserinin erken dönemde tanılanması, etkili/başarılı tedavi ve daha uzun bir yaşam şansının sağlanmasıdır (5).

Bu çalışma, Samsun ili kamu hastaneleri kadın çalışanlarının; KKMM’ne ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL-METOD: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, Ocak – Mart 2012 tarihleri arasında Samsun il merkezinde yer alan, 7 Devlet Hastanesi ve 1 KETEM sağlık kuruluşunda görev yapmakta olan 223 hekim, 982 hemşire, 330 ebe, 314 diğer sağlık hizmetleri sınıfı, 186 genel idari hizmetleri sınıfı olmak üzere toplam 2035 kadın sağlık çalışanı üzerinde yapılmıştır. Çalışmamızda örneklem büyüklüğü; literatürdeki (6) sağlık çalışanlarında her ay düzenli KKMM yapma oranı (% 23.3) referans değer alınarak, $\alpha=0.05$, güç $(1-\beta) = 0.80$ ve etki büyüklüğü $(0,23,3*0,10=0.023)$ olması durumunda 550 çalışan olarak hesaplandı. Çalışmada olasılıklı örnekleme yöntemlerinden tabakalı ve basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Evreni oluşturan çalışanların mesleklerine göre tabakalara ayrılmış ve her tabakadaki eleman sayısı evrendeki eleman sayısına bölünerek tabaka ağırlığı bulunmuştur. Tabaka ağırlıkları örneklem alınacak toplam eleman sayısı ile çarpılarak her tabakadan kaç eleman alınacağı hesaplanması sonucunda çalışma örneklemini; 61 (%11.0)’ini hekim, 265 (%48.3)’ini hemşire, 89 (%16.2)’unu ebe, 85 (%15.5)’ini sağlık teknisyeni/teknikeri, 50 (%9.1)’ini genel idari hizmetler sınıfında çalışan olmak üzere toplam 550 kadın çalışan oluşturmuştur.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür ışığında oluşturulan 58 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Birinci bölüm 32 soru; sağlık çalışanlarının sosyo demografik özelliklerini ve meme kanseri tarama davranışlarını (KKMM yapma durumu, KKMM metodu bilme durumu, KKMM yapma sıklığı, Mamografi çekirme durumu, Meme muayenesi için düzenli olarak hekime gitme durumu), ikinci bölüm 20 soru; meme kanseri bilgi değerlendirmesi ve üçüncü bölüm 6 soru olup meme kanseri riskinin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Samsun İl Valiliği ve İl Sağlık Müdürlüğü ile ilgili sağlık kurumlarının idarelerinden, gerekli yazılı izinler alınmıştır.

Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 17.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılması için Ki-kare testi kullanıldı. $P < 0.05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR: Çalışanların % 42.5’i 30 - 39 yaş grubunda, %78.0’ı evli, %42.5’i önlisans mezunu olup %38.3’ünün meslekte çalışma süresi 10 - 19 yıl idi. KKMM yapma oranı % 78.2 olup, uygulamayı her ay düzenli yapanların oranı ise % 23.7 idi. 40 – 49 yaş grubu çalışanların % 52.1’i düzenli olarak her ay KKMM’ni yapmakta olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Hemşirelerin % 51.6’sı KKMM yapmakta olduğu belirlenmiş olup, bu oran diğer meslek mensuplarındaki orana göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.001$). Meslek gruplarını incelediğimizde, hekimlerin % 71.7’sinin, hemşirelerin % 84.0’ının, ebelerin % 84.3’ünün, DSHS’nin % 59.5’inin, GİHS’nin % 76.0’ının KKMM yaptıkları ve bu uygulamayı yine hekimlerin % 37.0, hemşirelerin % 24.8, ebelerin % 30.7, DSHS’nin % 34.6 ve GİHS’nin ise % 10.0 oranında düzenli olarak her ay uyguladıkları belirlenmiştir.

Mamografi çekirmeyenlerin % 50.4’ünün, meme ultrasonu çekirmeyenlerin %51.1’inin ve hekime meme muayenesi olmayanların % 48.8’inin hemşire oldukları saptanmıştır. Meslekler karşılaştırıldığında; hekimlerin % 11.2’ si, ebelerin % 15.9’ u, DSHS’nin % 16.6’ sı ve GİHS’ nin % 5.9’ u mamografi, yine; hekimlerin % 12.2’ si, ebelerin % 15.7’ si, DSHS’nin % 16.0’ ı ve GİHS’nin % 5.0’ ı meme ultrasonu çekirmemişlerdir.

Çalışmamızda hekimlerin % 12.6’ sı, ebelerin % 16.7’ si, DSHS’nin % 16.4’ ü ve GİHS’ nin % 5.6’sı klinik meme muayenesi yaptırmamıştır.

Çalışanların; % 14.9’u şikayeti olmadığı için önemsememe, % 13.5’i unuttuğu için, KKMM yapmadıklarını belirtmişlerdir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışmamızda, KKMM'ni bilme oranı % 95 olarak belirlendi. Çalışmamızda hekimlerin % 98.4'ü, hemşirelerin % 96.1'i, ebelerin % 97.7'si, DSHS'nın % 85.4'ü ve GİHS'nın ise % 95.8'inin KKMM ile ilgili bilgilerinin oldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin KKMM'yi bilme durumu (% 48.7) diğer mesleklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05).

TARTIŞMA:Çalışmamızda, KKMM yapma oranı % 78.2 olup, uygulamayı her ay düzenli yapanların oranı ise %23.7'dir. Hekimlerin % 71.7'sinin, hemşirelerin % 84.0'ünün, ebelerin % 84.3'ünün, DSHS'nın % 59.5'inin, GİHS'nın % 76.0'ünün KKMM yaptıkları ve bu uygulamayı yine hekimlerin % 37.0, hemşirelerin % 24.8, ebelerin % 30.7, DSHS'nın % 34.6 ve GİHS'nın ise % 10.0 oranında düzenli olarak her ay uyguladıkları belirlenmiştir. Çavdar ve ark. (7), hemşirelerin %72.1'inin, hekimlerin %65.5'inin KKMM yöntemini uyguladığını ve bu uygulamayı düzenli olarak yapanların oranının %25 olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamızın sonuçlarından hareketle KKMM'nin gerekliliği konusunda bilinç seviyesi yüksek olmakla birlikte, her ay düzenli olarak KKMM'nin sağlık çalışanlarında daha yüksek olması, o kişilerin konunun önemini belki de çalışma ortamlarının da sağladığı bir bilinçlenme ile yüksek olduğu düşünülebilir.

Hemşirelerin % 58.1'i KKMM'ne 20 – 29 yaş arasında başladıkları, % 52.5'i KKMM'ni bazen/ aklına geldiği zaman yaptıkları, % 50.4'i mamografi yaptırmadıkları, %51.1'i meme ultrasonu yaptırmadıkları ve % 48.8'i hekime meme muayenesi olmadıkları saptanmıştır. Hemşireler diğer meslek gruplarına göre yüksek oranda KKMM'ni yaptıklarını ifade etseler de KKMM'ni bazen/ akıllarına geldiği zaman yaparak, mamografi ve ultrason yaptırmayarak, hekime klinik meme muayenesi olmayarak meme kanserinde erken tanı ve korunma adına tarama davranışlarına duyarlı olmadıkları görülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Meme kanseri erken tanısı açısından kadınların erken yaşlarda bilgi ve bilinç seviyelerinin artırılması, uygun tekniklerin öğretilmesi, gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarının bile yeterince bilinçli olmaması, bilgisi olsa bile davranışa dönüştürülmemesi bu konuda ciddi bir sağlık probleminin oluşma riskini doğurduğu aşikardır. Her kesimdeki kadınların konu ile ilgili bilgi ve bilinçlilik seviyesine ulaştırılması gereklidir.

Bu sonuçlar ışığında sağlık çalışanlarının meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda istenilen düzeyde olumlu sağlık davranışları sergilemesine ve hizmet verdikleri gruba bu davranışları aktarmaları için aşağıdaki öneriler yapılabilir:

- Sağlık personelinin kanserden korunmada önemi büyük olup bu personel her fırsatta kadınlara meme kanseri konusunda birincil ve ikincil korunmada eğitim vermeleri konusunda duyarlı hale getirilmelidir. Bu yönde kalıcı ve köklü çözüm noktasında, sağlık çalışanlarına eğitimler verilerek farkındalık yaratmanın yanısıra, Sağlık Bakanlığının birinci basamak ve hastane bünyelerinde Evde Bakım Hizmetleri Birimi, Sigarayı Bıraktırma Polikliniği vb. birimler gibi, “KKMM Birimi” de kurularak bu konuda profesyonel bayan sağlık çalışanları yöneticileri yetiştirip, meme kanseri erken tanı uygulamaları konusuna gereken önem verilmeli ve buna ilişkin demonstrasyon yöntemi kullanılarak kişilerin daha iyi öğrenmeleri sağlanmalıdır.
- Eğitim- öğretim kurumlarının müfredatında “meme kanserinde erken tanının önemi ve korunma” konusuna geniş yer verilmelidir.
- Türkiye’de değişik bölgelerdeki farklı il’lerde aynı anda sağlık çalışanlarını kapsayan daha büyük gruplar üzerinde meme kanseri erken tanı uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları incelenmelidir.

ANAHTAR KELİME: Meme kanseri, sağlık çalışanları, meme muayenesi, mamografi

KAYNAKLAR :

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun M.J. Cancer Statistics, CA Cancer J Clin 2009;225-249.
2. Tuncer M. Türkiye de Kanserin Önemi, Hastalık Yüğü ve Kanser Kontrol Politikaları, Onur Yayınları, Ankara, Türkiye, 2008: 5- 9.
3. Alpteker H, Avcı, A. Kırsal Alandaki Kadınların Meme Kanseri Bilgisi ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Durumlarının Belirlenmesi, The Journal of Breast Health 2010;6(2), 74.

4. Karakuş F. Malatya İl Merkezinde Bulunan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, 2008.
5. Akyolcu N., Altun Uğraş, G. Kendi Kendine Meme Muayenesi: Erken Tanıda Ne Kadar Önemli?, The Journal of Breast Health, 2011;7(1), 10- 11.
6. Yelen Akpınar Y. Çorum İl Merkezinde Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi 2008.
7. Çavdar İ., Akyolcu, N., Özbaş, A., Akyüz, N., Öztekin, D., Çelikel, I. Hekim ve Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Konusunda Duyarlılıklarının Saptanması, 2. Uluslararası, 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, Antalya, Türkiye, 2003:403.

949

SAĞLIK EĞİTİMİ ALMIŞ KİŞİLERDE VAGİNAL DOĞUM KORKUSU

Bilge Burçak Annagür¹, Fatih Kara, Ayşegül Kuzucuoğlu²

¹Selçuk Üniversitesi, Tıp Fak, Psikiyatri AD

²Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Gebelik kadın hayatının en önemli olaylarından biri olup, psikolojik, biyolojik ve duygusal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Kadınlar gebelik ve doğum ile ilgili hayatını kaybetme korkusu da dahil birçok korku yaşamaktadırlar. Doğum sırasında ölüm korkusu endişesi hamilelikten önce oluşur ve bu korku çok şiddetli boyutlara ulaşabilir. Antenatal korkular doğum boyunca sıkıntı ve ağrıya, acil sezaryen ve doğum sonrası dönemde de ağır duygulanım bozuklukları riskinde artışa neden olabilmektedir. Bununla birlikte, doğum korkusu nedeniyle birçok kadın isteğe bağlı sezaryen ile doğum yapmak istemektedir.

Biz bu çalışmada sağlık çalışanları ve tıp eğitimi almış kişilerin vajinal doğum konudaki düşüncelerini araştırmak ve tercih ettikleri doğum yöntemleri ile anksiyete düzeyleri ve anksiyete duyarlılıkları arasındaki ilişiyi saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışma Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri ve araştırma görevlileri üzerinde Şubat-Nisan 2012 tarihleri arasında yapıldı. Veriler katılımcıların onayı alındıktan sonra sosyodemografik veri formu, kişilerin anksiyete özelliklerini saptamak amaçlı STAI durumluluk sürekli kaygı ölçeği, Wijma doğum beklentisi ölçeği, yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. STAI Durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger (1970) tarafından geliştirilmiş olan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Türkçeye Öner ve LeCompte (1985) tarafından uyarlanmıştır. Her bir ifadeye 1 den 4 e kadar puan verilir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Wijma ölçeği doğum esnasındaki stres ve korkuyu ölçen 33 ifadeden oluşan likert tipte bir ölçektir. Her bir ifadeye 1 den 6 ya kadar puan verilir. Ölçeğin cut-off değeri 84 tür. Puan yükseldikçe stres ve korku artmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Körükçü ve Kukulu (2009) tarafından yapılmıştır. STAI durumluluk sürekli kaygı ölçeği ve Wijma doğum beklentisi ölçeği puanları bağımlı, sosyo demografik özellikler bağımsız değişken olarak alındı.

Veriler ortalama \pm standart sapma ve yüzde olarak özetlendi. Gruplar arası karşılaştırmalar Mann Whitney U Testi ile yapıldı. Anlamlılık seviyesi 0.05 olarak alındı.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 26.2 ± 2.7 idi. Çalışmaya katılanların % 40.0'ı intern, % 60.0'ı araştırma görevlisiydi. Araştırmaya katılanlardan 9'u çocuk sahibi olup, 5 kişi sezaryen, 4 kişi normal vajinal doğum yapmıştı. Çalışmaya katılan kadınların STAI durumluluk sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması 88.7 ± 14.1 , Wijma doğum beklentisi ölçeği puan ortalaması 73.5 ± 22.9 bulundu.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

STAI durumluluk sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları araştırma görevlilerinde 90.5 ± 14.8 , son sınıf tıp öğrencilerinde 85.8 ± 12.6 , evli olanlarda 86.1 ± 16.8 , bekar olanlarda 90.1 ± 13.1 idi. Kaygı puanı doğum yapanlarda 87.4 ± 13.6 , doğum yapmayanlarda 87.7 ± 14.1 , doğumunu sezaryenle yapanlarda 93.8 ± 9.9 , normal vajinal doğum yapanlarda 71.5 ± 3.5 , planlanan doğum şekli sezaryen olanlarda 93.8 ± 9.9 planlanan doğum şekli vajinal doğum olanlarda 78.9 ± 18.2 idi.

Kaygı puanı, yaşamının herhangi bir döneminde kan yada enjeksiyon fobisi olmayanlarda 88.3 ± 14.5 iken, kan yada enjeksiyon fobisi olanlarda 89.4 ± 13.4 olup gruplar arasında fark tespit edilemedi ($P>0.05$).

Daha önce psikiyatrik problem yaşayanlarda STAI durumluluk sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması 92.3 ± 15.0 , daha önceden psikiyatrik problem yaşamayanların ortalama puanına göre 81.8 ± 10.6 daha yüksek bulundu ($P=0.028$).

Wijma doğum beklentisi ölçeği puan ortalamaları araştırma görevlilerinde 71.5 ± 22.8 , son sınıf tıp öğrencilerinde 76.0 ± 23.6 bulundu. Doğum yapanlarda doğum beklentisi puan ortalaması 73.7 ± 21.1 , doğum yapmayanlarda 72.4 ± 23.8 , doğumunu sezaryenle yapanlarda 79.6 ± 20.7 , normal vajinal doğum yapanlarda 66.3 ± 22.0 , planlanan doğum şekli sezaryen olanlarda 81.0 ± 18.8 planlanan doğum şekli vajinal doğum olanlarda 64.8 ± 26.5 idi. Doğum beklentisi ölçeği puan ortalamaları daha önce psikiyatrik problem yaşayanlarda 72.8 ± 24.7 , daha önceden psikiyatrik problem yaşamayanlarda 68.9 ± 23.2 , yaşamının herhangi bir döneminde kan yada enjeksiyon fobisi olmayanlarda 71.6 ± 23.2 , kan yada enjeksiyon fobisi olanlarda 82.6 ± 20.3 olup gruplar arasında fark tespit edilemedi ($P>0.05$). Wijma doğum beklentisi ölçeği puan ortalaması evli olanlarda 62.5 ± 28.3 , bekar olanlarda 81.0 ± 15.5 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($P=0.022$). Normal vajinal doğumdan korkma sebepleri sorulduğunda ise % 40.0 ile ağrı ilk sırada yer alırken, % 20.0 ile ikinci sırada bilgi eksikliği ve ön yargı, %12.5 ile üçüncü sırada epizyotomi ve kanama yer almaktaydı.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Daha önce psikiyatrik problem yaşayanlarda kaygı durumu daha yüksektir.

Bekar olanlarda doğum beklentisi ölçek puanı evli olanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Normal doğumdan korku sebeplerinin başında ağrı gelmektedir. İkinci sırada ise bilgi eksikliği ve önyargı gelmektedir.

Bizim çalışmamızda Wijma doğum beklenti ölçeği ortalama 73.5 bulunurken İstanbulda yapılan bir çalışmada 85.6 ± 13.8 bulunmuştur (1). Bu çalışmada ölçek puanının bizim çalışmamızdan daha yüksek çıkması çalışmanın bir devlet hastanesine gelen 3. trimester gebeler olmasından kaynaklanabilir.

Doğum eylemi ve doğum analjezisi konusunda yapılacak bilgilendirme doğum sırası ve sonrasında oluşabilecek korkuları giderebilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum korkusu, sezaryen, sağlık çalışanı, vajinal doğum, intern

Kaynak:

1.Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2009;40(2):57-62.

410

SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİNE İLİŞKİN İNANÇ VE UYGULAMALARI

Semra Ay, Emre Yanikkerem, Nicole Piro

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş : Meme kanseri dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir halk sağlığı sorunu olup, kadınlarda en sık rastlanan kanser tipidir. Meme kanserinde erken tanı, tedaviyi kolaylaştırmakta ve hastanın yaşam süresini uzatmaktadır. Meme kanserinin erken tanısında, mammografi, klinik meme muayenesi ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) önerilmektedir. Düzenli aralıklarla ve doğru olarak yapılan KKMM, meme kanserinin erken tanısında basit, ekonomik bir yöntemdir. İnançlar, sağlık davranışları üzerinde etkin olduğu için KKMM çalışmalarının kuramsal çatısını oluşturmada Sağlık İnanç Modeli (SİM) kullanılmaktadır (1,2). Sağlık ekibi içinde yer alan hemşireler, hastalarla sürekli iletişim içerisinde oldukları için KKMM öğretiminde önemli pozisyondadırlar. Hemşireler kadın hastalarla sürekli iletişim içerisinde oldukları için KKMM öğretiminde önemli pozisyondadırlar. Eğer kadınlar KKMM’ni düzenli ve doğru uygularlarsa meme kanserine ilişkin farkındalığı artırarak mamografi ve klinik meme muayenesinin de düzenli olarak yaptırılmasını sağlayacaktır (2). Bu çalışmanın amacı, sağlık inanç modeline göre hemşirelerin meme kanseri ve KKMM ilişkin inançları ile bilgi, tutum ve davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte planlanan bu çalışma, Aralık 2011- Haziran 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Manisa kent merkezinde bulunan Aile Sağlığı ve Toplum Sağlığı Merkezleri, Manisa Devlet Hastanesi, Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Celal Bayar Üniversite Hastanesi, Özel Hastaneler, Ağız-Dış Sağlığı Merkezi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapan 818 hemşire oluşturmaktadır. Bu araştırma için örneklem seçilmemiş evren içinden gönüllülerden oluşan çalışma grubunu oluşturmıştır (n=493).

Anket formu üç bölümden oluşmakta, ilk bölüm, sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu, ikinci bölüm meme kanseri risk değerlendirme formundan oluşmaktadır. Bu form yaş, ailesel meme kanseri öyküsü, kişisel meme kanseri öyküsü, çocuk doğurma yaşı, menstrüel öykü ve beden yapısını inceleyen soruları içermektedir. Bu form puanı, 200 ve altı ise düşük risk, 201-300 ise orta risk, 301-400 ise yüksek risk, 400 ve üstü puan en yüksek risk olarak değerlendirilmiştir (3,4).

Son bölümde Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ) kullanılmıştır. CSİMÖ, Victoria Champion tarafından (1984) geliştirilmiş olup, Gözüm ve Aydın (2003) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır (1). CSİMÖ; sağlık inanç modelinde ele alınan kavramlara yönelik boyutlardan oluşan meme kanseri ve KKMM’ne ilişkin inançları ölçmek için geliştirilen ölçek, altı alt boyut ve 52 madde içermektedir. Ölçekten alınabilecek en az- en çok puanlar sırasıyla şöyledir: Duyarlılık 3-15, Önemseme/ciddiyet 6-30, Sağlık Motivasyonu 5-25, KKMM Yararları 4-20, KKMM Engelleri 8-40, Öz-etkililik 10-50, Mamografi Yarar Algısı 5-25, Mamografi Engel Algısı 11-55 puandır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1’den 5’e kadar değişen 5’li likert tipi ölçekleme “kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4), “tamamen katılıyorum” (5) yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin her boyutu ayrı ayrı değerlendirilir (1). Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin, sağlık motivasyonu için sağlık motivasyonunun ve öz-etkililik için öz etkililiğin yüksek algılandığını ifade etmektedir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; hemşirelerin yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çalıştığı kurum, gelir algısı, aile tipi, sigara-alkol kullanma durumu, beden kitle indeksi, adet görme durumu, doğurganlık öyküleri (gebelik, doğum yapma durumu), çocuğunu emzirme durumu, hormon kullanma durumu, beslenme alışkanlığı, düzenli spor yapma durumu, ailede meme kanseri öyküsü ve meme kanseri risk değerlendirme sorularıdır. Araştırmanın bağımlı değişkeni CSİMÖ alt boyutları toplam puanıdır.

Veriler, SPSS paket programı kullanılarak tanımlayıcı analizler yapıldıktan sonra t testi, Mann-Whitney U, One way ANOVA ve Kruskal Wallis analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırmada anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular:

Kadınların Tanıtıcı Özellikleri: Araştırmaya katılan hemşirelerin %52.1’i 30-39 yaş grubunda olup; yaş ortalaması 33.9±7.4 (18-59)’dür. Hemşirelerin %71.6’sı evli, %40.6’sı üniversite mezunu, %56.8’inin BKİ’i normaldir Hemşirelerin birinci derece akrabalarının %7.3’ünde, ikinci derece akrabalarının %5.0’ında meme

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kanseri vardır. Hemşirelerin %18.5'i düzenli olarak jinekolojik muayene, %62.7'si herhangi bir sağlık kontrolü yaptırdığını belirtmiştir. Hemşirelerin %11.4'ü mamografi, %17.2'si meme ultrasonografisi, %15.0'i pap-smear testi yaptırmıştır. Hemşirelerin %75.3'ü KKMM yaptığını, %27.0'ı düzenli olarak (ayda bir kez), yaptığını belirtmiştir. Düzenli olarak spor yapanların oranı ise %20.5'tir.

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği arasındaki ilişki: Hemşirelerin 18-29 yaş grubundaki duyarlılık puan ortalaması 6.8 ± 2.8 , 30-39 yaş grubundakilerin 7.5 ± 2.5 , 40-49 yaş grubundakilerin 6.8 ± 2.8 , 50-59 yaş grubundakilerin 7.9 ± 2.5 'tir. Hemşirelerin yaş grupları ile duyarlılık alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Duyarlılık alt boyutu puan ortalaması evli hemşirelerde bekar hemşirelere göre yüksektir. KKMM'nin yararları ve özetkililik puan ortalaması hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça yükselmektedir ($p < 0.05$).

Hemşirelerin gelir düzeyi arttıkça, önemseme-ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM'nin yararları alt boyutlarının puan ortalaması da artmaktadır. Geniş ailede yaşayan hemşirelerin KKMM engelleri ve mamografi engelleri puan ortalamaları daha yüksektir. Sigara içenlerde sağlık motivasyonu, KKMM'nin yararları puan ortalaması içmeyenlere göre daha düşüktür. Sigara kullananlarda mamografi engelleri puan ortalaması yüksektir ($p < 0.05$).

Daha önce gebe kalan, et ağırlıklı/yağlı beslenen ve birinci derece akrabalarında meme kanseri olan hemşirelerde duyarlılık puan ortalaması yüksektir. Hormon tedavisi gören hemşirelerde KKMM özetkililik puan ortalaması yüksektir. Mamografi engelleri hormon tedavisi görenlerde görmeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Düzenli olarak jinekolojik muayene yaptıran hemşirelerde KKMM özetkililik puan ortalaması yüksek, KKMM engelleri ve mamografi engelleri puan ortalamaları ise düşüktür. KKMM özetkililik puan ortalaması son iki içerisinde herhangi bir sağlık kontrolü yaptıran hemşirelerde yaptırmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Son iki yıl içerisinde mamografi yaptıranların, mamografi engelleri puan ortalaması yaptırmayanlara göre düşüktür ($p < 0.05$).

Meme ultrasonografisi yaptıran hemşirelerde KKMM'nin yararları ve özetkililik puan ortalaması yüksek, KKMM engelleri puan ortalaması ise düşüktür. Son iki yıl içerisinde pap-smear testi yaptıran hemşirelerde mamografi engelleri puan ortalaması düşük bulunmuştur ($p < 0.05$).

KKMM yapan hemşirelerde sağlık motivasyonu, KKMM'nin yararları, KKMM özetkililik ve mamografi yararları puan ortalamaları yüksek, KKM engelleri ve mamografi engelleri düşük saptanmıştır. Düzenli olarak KKMM yapanlarda duyarlılık, KKMM'nin yararları, KKMM özetkililik puan ortalamaları yüksek, KKMM engelleri ise düşük bulunmuştur. Meme kanseri risk değerlendirme formu ile CSİMÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tartışma: Bu çalışmada, sağlık inanç modeline göre hemşirelerin meme kanseri ve KKMM'ne ilişkin inançları ve uygulama durumları ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Araştırmada, hemşirelerin %27'sinin her ay düzenli olarak KKMM yaptığını belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda KKMM yapma sıklığı 4.3 ile 47.2 arasında değişmektedir (2,5,6).

Çalışma sonuçlarına benzer olarak Karayurt ve arkadaşları (2008) KKMM uygulayan hemşirelerde duyarlılık algısını uygulamayan gruba göre daha yüksek bulmuştur. Meme kanseri kadının yaşamını fiziksel, psikolojik, sosyal yönleriyle etkileyen ciddi bir durumdur. Meme kanserine karşı duyarlılık algısının yüksek olması, meme kanserine yakalanmada algılanan tehlikenin bireyi olumlu sağlık davranışına yönlendirmesiyle açıklanabilir.

Yapılan bir çalışmada bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak, eğitim düzeyi ile birlikte KKMM yapma oranının da arttığı gözlenmiştir (2). Bu durum hemşirelerin üniversite ve yüksek lisans eğitimleri sırasında koruyucu ve sağlıklı geliştirici davranışlar kazanmalarıyla açıklanabilir.

KKMM özetkililik puan ortalaması daha önce hormon tedavisi gören hemşirelerde, düzenli olarak jinekolojik muayene yaptıranlarda, son iki yıl içerisinde herhangi bir sağlık kontrolü ve meme USG'ü yaptıran, düzenli

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

KKMM yapanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerde özetkililik algısının yüksek olması, hemşirelerin sağlığın sürdürülmesine yönelik davranışları olumlu yönde etkilemektedir.

Eğitim durumu yüksek olan ve düzenli KKMM yapan hemşirelerde mamografi yararları alt boyutu puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Önemseme-ciddiyet puan ortalaması hemşirelerin gelir düzeyi arttıkça yükselmektedir. Gelir düzeyi yüksek olan, sigara içmeyen, düzenli KKMM hemşirelerde sağlık motivasyonu puan ortalaması yüksektir. Sağlık motivasyonunun yüksek bulunması hemşirelerin olumlu sağlık davranışlarını göstermesi ile ilişkilendirilebilir. Hemşirelerin düzenli olarak KKMM yapmaları için KKMM'nin yararlılığına inanmaları ve bu konuda sağlık inançlarını geliştirmeye gereksinim olduğu bu çalışma sonuçlarında görülmektedir. Hemşireler toplum sağlığına hizmet veren ve kadınlar ile sürekli iletişim içinde bulunan sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle de meme kanserinin erken tanısı ve tedavisinde kadınlara KKMM'ni öğretmede ve bu konuda farkındalık yaratmada önemli bir pozisyona sahiptir. Hemşirelerin KKMM'inin yararına inanması ve uygulaması kadınların sağlık eğitiminde daha etkin ve başarılı olmalarını sağlayarak, meme kanserinin erken tanısı yardımcı olacaktır.

Diğer çalışmalara paralel olarak, bu çalışmada KMMM uygulayan grupta yarar algısının yüksek, engel algısının düşük olması hemşirelerin KKMM'ne ilişkin olumlu yönleri yüksek, olumsuz yönleri düşük olarak algılaması ile açıklanabilir. KKMM'ni uygulayan hemşirelerde güven algısının uygulamayanlara göre yüksek bulunması KKMM uygulama becerisinde algılanan yeterliliğin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (2).

Sonuç ve Öneriler: Sağlık inanç modeline göre hemşirelerin 50-59 yaş grubunda, evlilerde, lisans-yüksek lisans mezunu, çekirdek ailede yaşayan, daha önce gebelik geçirmiş olan, gelir algısı yüksek, beslenme, birinci derece akrabalarında meme kanseri olanlarda, düzenli olarak jinekolojik muayene yaptıranlarda, son iki yıl içerisinde herhangi bir sağlık kontrolü ve meme USG'ü yaptıran, düzenli olarak KKMM yapanlarda sağlık inançlarının sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Hemşirelerin KKMM ilgili olumlu tutum ve davranışları meme kanseri konusunda toplumun sağlığını yükselterek, kadınlara daha etkin hizmet sunmalarını sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Meme Kanseri, Hemşire-Ebe, Kendi Kendine Meme Muayenesi, Sağlık İnançları, Champion'un Sağlık İnanç Modeli.

Kaynaklar:

- 1.Gözüm, S. Aydın, İ. Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi - 2004/1, 2:71-85.
- 2.Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. "Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları ve Uygulama Durumu". Meme Sağlığı Dergisi 2008 4(1):15-20
- 3.Spence WR. Health EDCO. A Division of WRS Group, Inc., Waco, Texas, 2000, s.4.
- 4.Ulusal Aile Planlaması, Rehber , 3.Baskı Damla Matbaası, Volume 1,Ankara 2000, s.97
5. Tastan S, İyigün E, Kılıc A, Unver V. "Health Beliefs Concerning Breast Self-examination of Nurses in Turkey. Asian Nursing Research 2011, 5(3):151-156
- 6.Avcı İ.İ. "Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community" European Journal of Oncology Nursing 2008, 12(2):127-133

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ayşe Akın¹, Bahar Güçüz Doğan², Şevkat Bahar Özvarış², Sare Mıhçıokur¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Türkiye’de, isteyerek düşük 1983 yılından beri yasaldır. İsteyerek düşük hizmetlerinin maliyeti özel sektöre kıyasla kamu sektöründe oldukça düşük olmasına rağmen (1-3), ülke düzeyinde, uygulanan isteyerek düşük hizmetlerinin sadece %20’si kamuda gerçekleştirilmektedir. Bunun temel nedeni, kamu sağlık kuruluşlarında çalışan kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının iş yüklerinin fazla olması ve cerrahi düşük müdahalesinin zaman alması olarak açıklanmaktadır. Cerrahi bir müdahale olmayan tıbbi düşük hizmetinin sunulmasıyla, özellikle hekimlerin cerrahi iş yükü azaltılarak ve düşük hizmetlerinde çalışan sağlık personeli havuzu genişletilerek bu gereksinimin karşılanması sağlanabilir. Tıbbi düşük yöntemi güvenli, etkili ve cerrahi düşüğe kıyasla kadınlar tarafından daha çok kabul edilmektedir (4-7).

Günümüzde, tıbbi düşük halen Türkiye’de rutin sağlık hizmetleri kapsamında uygulanmamakta ve tıbbi düşüğün uygulanması ile ilgili protokoller ve uygulama kılavuzu bulunmamaktadır. Diğer taraftan, mifepristone henüz Türkiye’de ruhsatlı değildir. Ne var ki bazı raporlar kimi hekimlerin misoprostol uygulayarak tıbbi düşük hizmeti sunduklarını göstermektedir. Aşağıda kısaca özetlenecek olan araştırma, düşük yaptırma hizmeti sunan sağlık personelinin genel anlamda düşük ve özellikle tıbbi düşük hakkındaki bakış açıları ve algılamalarını araştırmak amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Türkiye’nin coğrafi, kültürel, sosyal özellikleri farklı yörelerinde çalışanlarla da ilgili fikir sahibi olabilmek için Ankara, İzmir, Manisa ve Van illerinde kamu ve özel sektörde çalışan sağlık personelleri listelerinden Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları (KDU), Pratisyen Hekimler (PH) ve hemşire/ebeler (H/E) seçilmişlerdir.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmış olup toplam 919 sağlık personeli (187 KDU, 268 PH ve 464 hekim dışı sağlık personeli) Aralık 2010 ve Nisan 2011 tarihleri arasında anket formunu doldurmuştur.

Araştırmanın tanımlayan değişkenleri yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek (KDU, PH, H/E), çalıştığı yerdir (kamu/özel). **Araştırmanın tanımlanan değişkenleri** ise “güvenli” ve “tıbbi” düşük konusundaki bilgiler ve görüşler, hizmet sağlayıcıların düşük yöntemi tercihleri, gelecekte düşük hizmetlerinin sağlanmasına ilişkin görüşleridir.

Kantitatif veriler proje merkezinde deneyimli bir operatör tarafından kişisel bilgisayara girilmiş ve kontrol edilmiştir. Açık uçlu soruların yanıtları araştırma yürütücüleri tarafından gruplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmış, bulgular tek boyutlu ve iki boyutlu tablolar ile sunulmuştur.

Bulgular : Araştırmaya katılan hizmet sunucuların %20’si KDU, %29’u PH, %51’i de H/E’dir. KDU’nun ortalama yaşı 44±11, PH 40±9, H/E’in 31±9’dur. Hekimlerin üçte ikiden fazlası kamu sektöründe çalışmaktadır. Katılımcıların çoğu evlenmiştir. PH ve H/E ile karşılaştırıldığında, KDU’nun ortalama çalışma süresi daha yüksektir *Tıbbi düşük konusundaki bilgiler:*

Araştırma sonuçlarına göre; Her ne kadar tıbbi düşük rutin üreme sağlığı hizmetleri içinde yer almamaktaysa da hizmet sunanların çoğu bu yöntemden haberdardır. Düşük yöntemlerini sıralamaları istendiğinde, KDU’larının %60’ı, PH’in %47’si, H/E’lerin de %24’ü tıbbi düşüğü belirtmişlerdir, ancak bütün gruplarda tıbbi düşük, cerrahi düşükten daha az bilinmektedir.

Cerrahi ve tıbbi düşük hizmetleri:

KDU’larının %4’ü, PH’lerin %60’ı ve H/E’lerin %36’sı hiçbir düşük yönteminin uygulaması konusunda deneyimi olmadığını belirtmiştir. Beklenmedik kadar yüksek bir yüzde ile (%60) KDU’ları tıbbi düşüğü uyguladıklarını belirtmiştir; kullanılan ilaç çoğunlukla tek başına misoprostoldür.

Cerrahi düşüğe göre tıbbi düşüğün avantaj ve dezavantajları :

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcılara cerrahi düşüğe göre tıbbi düşüğün avantaj ve dezavantajları konusundaki görüşleri sorulmadan önce, anket formunda her iki düşük yöntemine ilişkin kısa bir açıklama yapılmıştır. Hem kamu, hem de özel sektörde çalışan birçok hizmet sunanın her iki yöntem ile ilgili, özellikle de tıbbi düşük ile ilgili yanlış ve eksik bilgi sahibi olması çok çarpıcıdır. Örneğin, KDU'larının %27'si ve PH'lerin %19'u uterus perforasyonunu tıbbi düşük yönteminin komplikasyonu olarak belirtmiştir.

Hizmet sunanlar tarafından tıbbi düşüğün en sık belirtilen avantaj ve dezavantajları sorulduğunda, Daha az invazif olması, cerrahi müdahale olmaması ve anestezi gerekmemesi tıbbi düşüğün en sık belirtilen avantajlarıdır. Genel olarak, hizmet sunanlar cerrahi düşüğün tıbbi düşüğe göre daha güvenli olduğunu düşünmektedir.

Hizmet sunanların gelecekte tıbbi düşük uygulamaya ilişkin eğilimleri :

Her ne kadar çalışanların büyük çoğunluğu tıbbi düşüğün daha yaygın olarak ulaşılabilir olması yönünde görüş bildirirse de KDU'larının ve PH'lerin yalnızca dörtte biri yöntemi kendilerinin uygulamaları konusunda istekli olduklarını belirtmiştir. KDU'larının yaklaşık yarısı, PH'lerin %59'u, H/E'lerin %62'si, tıbbi düşük uygulamayı ve/veya uygulamayı asiste etmeyi istememektedir. Gelecekteki uygulamalar ile ilgili olarak bu tutumun nedenlerinin araştırılması gereklidir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu tıbbi düşük için reçete yazma yetkisinin KDU'larında olması gerektiği yönünde görüş bildirmiştir. KDU'larını takiben, üreme sağlığı konusunda bir yıl klinik eğitim alan aile hekimliği uzmanlarının bu konuda yetkilendirilmesini KDU'larının dörtte biri ve PH'lerin yarıya yakını uygun görmektedir.

Tıbbi düşük yapan kadının ikinci ilacı (misoprostol) evde ya da klinikte alabilmesi için seçenek sunulması gerektiğini KDU'larının yalnızca üçte biri, PH'lerin %25'i ve H/E'lerin %23'ü düşünmektedir. KDU'larının ve PH'lerin üçte birinden fazlası cerrahi düşüğün tıbbi düşükten daha pahalı olması gerektiği kanaatindedir.

Katılımcıların %25'inden fazlası cerrahi ve tıbbi düşüğün fiyatının aynı olması gerektiğini vurgulamıştır.

Katılımcıların genel olarak düşük, özellikle tıbbi düşükle ve Türkiye'de düşük konusundaki mevcut olan mevzuat düzenlemeleri ilgili bilgilerinin zayıf olduğu belirlenmiştir. Şöyle ki, düşüklerin hangi yıl yasallaştığı, hangi durumlarda eş imzasının gerekli olduğu gibi konularda ciddi bilgi eksikliği olduğu saptanmıştır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Çalışmanın sonuçları Türkiye'de genel olarak üreme sağlığının geliştirilmesi ve düşük hizmetlerinde karşılanmamış gereksinimin en aza indirilmesi ile ilgili gelecekteki izlenmesi gereken stratejilerin altını çizmiştir.

İncelenen gruplarda tıbbi düşükten haberdar olanların yüzdesi beklenenden fazladır. Bu durum, 1999 yılından bu yana ülkede yürütülmüş olan klinik araştırmalara ve politika yapıcılar ve tıp camiasının katıldığı geniş katımlı sunum toplantılarına bağlı olabilir (5-7). Aynı zamanda konu ile ilgili bilimsel makaleler yayınlanmış ve ulusal olarak düzenlenen üreme sağlığı ile ilgili toplantılarda savunuculuk amacıyla konu sunulmuştur. Bu farkındalığa karşın, katılımcıların genel olarak düşük, özellikle tıbbi düşükle ve Türkiye'de düşük konusundaki mevcut olan mevzuat düzenlemeleri ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulguları, hekimlerin düşük dâhil üreme sağlığı konularındaki eğitimlerinin iyileştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Her ne kadar hemşire ve ebelerin yalnızca danışmanlık hizmeti vermesi beklenmekteyse de araştırmanın birçok bulgusu, bu personelin bazı bilgilerinin düşük konusunda hastalara uygun danışmanlık vermeleri için yeterli olmayacağını göstermektedir. Bu nedenle, bu personelin eğitim programlarında da bu konuların da ele alınması gerekmektedir.

Araştırma konuları ile ilgili eksik ve yanlış bilgi hizmet sunanlar arasında yaygındır. Türkiye'de düşük ile ilgili koşullar personelin birçoğu tarafından bilinmemektedir ki bu da hizmete erişimde ciddi bir bariyer oluşturabilir. Personel, genel olarak düşüğe karşı değildir. Katılımcıların çoğunluğu düşük hizmetleri konusunda

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

destekleyicidir; Araştırma sonuçlarına göre Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tıbbi düşük yönteminin sağlanmasında daha büyük rol oynayacaktır.

Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu da, hizmet sunucularının “toplumsal baskı”yı (aile ve dini baskılar dâhil), mali konuları ve kadının statüsünün düşük olmasını, isteyerek düşük hizmetlerinin kullanılmasının önünde ciddi engeller olarak bildirmesidir. Bu gerçekten yola çıkarak, yukarıda belirtilen bütün hususlar üreme sağlığı hizmetlerinin verilmesinde göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç : Türkiye’de, uzun yıllar kadın sağlığını geliştirme konusunda çok büyük çaba sarf edilmiştir. İsteyerek düşüklerin yasallaşmasından önce, güvenli olmayan düşükler kadınların başta gelen ölüm nedenlerindendi. Doğru bir nüfus politikası ve doğru stratejilerin uygulanmasıyla bu sorunun üstesinden gelinmiştir. **Düşüğün 1983 yılında yasallaşmasından bu yana yasal/güvenli olmayan düşüklerle bağlı kadın ölümleri hemen hemen ortadan kalkmıştır. Ancak ulusal çalışmaların sonuçlarına göre günümüzde “düşük hizmetlerinde karşılanamayan gereksinim” önemli derecede yüksektir. Türkiye, “üreme hakları”nı insan haklarının bir parçası olarak görmekte ve bu konuda oluşturulan bütün uluslararası belgeleri çekincesiz olarak gereğini yerine getireceğini taahhüt ederek imzalamıştır.** 1994 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de düşük konusunda karşılanmayan gereksinimin ortadan kaldırılmasına yönelik olarak tıbbi düşük yönteminin ulusal sağlık hizmetlerinde sunulması için yöntem ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmayı istemektedir. Türkiye’de ilk tıbbi düşük araştırmasından bu yana birçok engellerin üstesinden gelinmiştir. Öncelikle yöntem, kadınlar kadar uygulayıcılar tarafından da bilinmemektedir (4-7).

Kadınların hizmet gereksinimlerinin karşılanması, karşılanmayan hizmet gereksinimlerinin en aza indirilmesi için Türkiye’de tıbbi düşük yönteminin sunulmasını kolaylaştıracak olan mifepriston’un ruhsatlandırılması ve misoprostol’un endikasyonlarının da genişletilmesinin sağlanması gerekmektedir. **Bu çalışmanın ve önceki klinik çalışmaların sonuçları Türkiye’de yöntemin uygulanması için gelecek vaat edici ve yüreklendiricidir. Bu bağlamda tıbbi düşük yöntemi ile ilgili bilimsel kanıtlara dayalı olarak savunuculuk aktiviteleri sürdürülmelidir.**

Anahtar Sözcükleri: düşük, güvenli düşük, tıbbi düşük, medikal abortus

KAYNAKLAR:

1. Ergor G, Akin A. “Abortion in Turkey” Chapter in “Contraception abortion and maternal health services in Turkey”, “Results of further analysis of the 1993 Turkish Demographic and Health Survey”, Akin A, Bertan, M (eds), Ministry of Health of Turkey, General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, Hacettepe University Public Health Foundation, Ankara, Turkey, Calverton, Maryland USA, and Macro International Inc., Ankara 1996.
2. Akin A. “Cultural and psychosocial factors affecting contraceptive use and abortion in two provinces of Turkey.” In: Abortion in the developing world. Mundigo AI, Indriso C (eds). World Health Organization, Vistaar Publications 1999, pp. 191-211.
3. H.U Institute of Population Studies “Turkey Demographic and Health Survey 2003” and “Turkey Demographic and Health Survey 2008”, MOH MCH-FP GD, SPO and EU.2004, 2009 Ankara Turkey.
4. Akin A, Kocoglu G, Akin L, “Study supports the introduction of early medical abortion in Turkey”. Reproductive Health Matters 2005;13 (26):101-109.
5. Akin A, Blum J, Ozalp S.et al “Results and lessons learned from a small medical abortion clinical study in Turkey”. Contraception 2004; 70:401-06.
6. Akin A, Dabash R, Dilbaz B, Aktün H, Dursun P, Gökurt S, Aksan G, Doğan B, Winikoff B. Increasing Women’s Choices In Medical Abortion: A Study Of Misoprostol 400 µg Swallowed Immediately or Held Sublingually Following 200 Mg Mifepristone. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, June 2009; 14(3): 169–175.
7. Akin A, Guciz Dogan B, Bahar Ozvaris S, Mihciokur S. Introducing medical abortion in Turkey: perspectives of physicians (in Press, International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2012).

TUNCELİ KENT MERKEZİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ GRUBU KADINLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Çalmaz¹, Süleyman Erhan Deveci²

¹Tunceli Devlet Hastanesi, ²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrolü ve sağlık statüsüne uygun olumlu davranışları seçebilmesi ile gerçekleşir. Kadınlar, toplumun genelinin yaşadığı sağlık başta olmak üzere her alandaki sorunları yaşamalarının yanı sıra, “kadın” olmalarından dolayı cinsiyete bağlı olarak da fazladan sosyal olumsuzluklarla ve sağlık yükleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Kadınların yaşamında, üreme fonksiyonlarının en yoğun olarak yaşandığı 15-49 yaş dönemi, en önemli sağlık sorunlarıyla karşılaşılan ve toplumsal baskının aktif olarak yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemin zorlukları karşısında kadının göstermiş olduğu sağlıklı ilgili olumsuz davranışlar daha sonraki yaşam tarzıyla ilgili hastalıkların oluşması riskini artırmaktadır. Kadın sağlığının geliştirilmesi; sağlıklı olumsuz yönde etkileyecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit edilmesi, topluma sağlıklı yaşam bilincinin kazandırılması ve sağlıksız davranışların sağlıklı geliştirme davranışlarıyla yer değiştirmesinde etkili olabilir. Bu nedenle kadınların sağlık davranışları incelenmesi ve eksik oldukları konularda desteklenmesi toplum sağlığı açısından önemlidir. Bu araştırma, Tunceli Kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların sağlık, sosyal, demografik özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Tunceli kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş kadın nüfus (6511 kişi) oluşturmuştur. %95 güvenirlilik aralığında %4 sapma ile örnekleme alınacak kişi sayısı 540 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada örnekleme alınacak kişiler; Tunceli kent merkezinde bulunan 9 aile hekimliği biriminde mevcut kayıtlardan sistematik örnekleme ile seçilmiştir. Her aile hekimliği bölgesi nüfusu oranında örnekleme temsil edilmiştir. Çalışma grubuna dahil edilme kriteri 15-49 yaş kadın olmaktır. Çalışmadan hariç tutulma kriterleri ise; kooperasyon sağlanamayacak derecede bir bedensel hastalığı olmak, iletişime engel olacak kadar işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu olmak, üç kez gidildiği halde ulaşılamamak ve görüşmeyi kabul etmemektir.

Veriler araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatürler değerlendirilerek hazırlanan bir anket ile toplanmıştır. Anketin uygulanması gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınların 511’ine ulaşılmış, böylece cevaplılık oranı %94.6 olmuştur. Uygulanan anket iki bölümden oluşmuştur. Anketin birinci bölümünde kadınların sağlık, sosyal ve demografik özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği düşünülen bazı faktörlerin değerlendirilmesi ile ilgili sorular yer almıştır. İkinci bölümü ise Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) oluşturmaktadır. SYBDÖ; 1987’de Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Esin tarafından ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin kişilerarası destek, beslenme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi ve kendini gerçekleştirme olmak üzere 6 alt boyutu vardır. Ölçek toplam 48 sorudan oluşmuştur. Ölçeğin en küçük puanı 48, en yüksek puanı 192’dir. Ölçekteki sorular, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığını geliştiren davranışlarını ölçer. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir.

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsanlar Üzerinde Yapılacak Araştırmalar Etik Kurulu ve Tunceli Sağlık İl Müdürlüğü’nden gerekli izinler alındıktan sonra araştırmanın saha çalışması 15 Eylül 2010- 4 Mart 2011 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Elde edilen veriler istatistik paket programına kaydedilerek hata kontrolleri, tabloları ve istatistiksel analizleri bu program aracılığıyla yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testleri kullanılmış, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi uygulanmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş (Ort.±SS), P<0.05 istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 32.52±8.72 (min:16, max:49 yaş), %72.8'i evli, %45.6'sı ilköğretim mezunu ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Kadınların ifadelerine göre aile bütçesine bir ayda gelen aylık gelir miktarı ortalaması 1227.94±877.87 TL (min:20 TL, max:6000 TL) olup, %29.7'si asgari ücret ve altı gelir düzeyine sahiptir. Kadınların %76.7'si ev hanımı olduğunu, %22.7'si gelir getirici herhangi bir işte çalıştıklarını, %0.6'si ise emekli olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların %63.4'ü ailede alınan kararlara katıldığını, %43.2'si Tunceli iline herhangi bir nedenle göç ile geldiğini bildirmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %31.9'unun yaşadıkları konutlarda oda sayısı 1-2 oda olup, %38.6'sının birlikte yaşadığı kişi sayısı 5 ve üzeridir. Kadınların %35.6'sı halen günde en az bir tane olmak üzere sigara içtiğini, %46.0'ı değişik sıklıkta alkollü içki kullandığını, %43.2'si yaşamları boyunca, %24.7'si ise son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Evlenmiş olanların ilk evlilik yaşı ortalamaları 20.54±3.78 (min:12, max:35) olup, gebelik geçirenlerin %31.8'i 4 ve üzeri gebelik yaşamıştır. Kadınların %35.4'ü kendi sağlık durumlarını iyi, %49.7'si orta, %14.9'u ise kötü olarak algıladıklarını bildirmişlerdir.

Kadınların SYBDÖ genel ortalaması 116.95±23.04 (min:48, max:192) olarak saptanmıştır. Kadınların SYBDÖ alt bileşenlerine ait puan ortalamaları; Beslenme Alışkanlığı: 15.76±3.99, Kendini Gerçekleştirme: 35.58±7.95, Sağlık Sorumluluğu: 21.53±6.62, Egzersiz Alışkanlığı: 8.00±3.10, Kişilerarası Destek: 19.68±4.32, Stres Yönetimi: 16.37±4.61 olarak bulunmuştur.

SYBDÖ ortalama puanının; kendileri ve eşleri lise ve üzeri eğitim alanlarda, sosyal güvenceye sahip olanlarda, gelir getirici bir işte çalışanlarda, aylık gelir düzeyi yüksek olanlarda, yaşadığı yere göç ile gelmemiş olanlarda, konut sağlığı göstergeleri genel olarak olumlu olanlarda, alkollü içki kullanmayanlarda, yaşamları boyunca ve son bir yıl içerisinde herhangi bir şiddet türüne maruz kalmayanlarda, gebelik sayısı 3 ve altı olanlarda, 3 ve altı yaşayan çocuğa sahip olanlarda, hastanede doğum yapanlarda, kendi sağlık durumlarını orta ve iyi olarak değerlendirenlerde, kronik bir hastalığı olmayanlarda, egzersiz yaptığını ve düzenli beslendiğini ifade edenlerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05). SYBDÖ puanı; kadınların yaş gruplarına, medeni durumlarına ve sigara içip içmemesine göre değişmemektedir (p>0.05).

Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe SYBDÖ tüm alt gruplarının puanlarının arttığı belirlenmiştir (p<0.05). Bekârların ve çalışanların egzersiz alışkanlığı ile stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu, evde kişi sayısının az oluşu ve aylık gelir düzeyi artışı ile kendini gerçekleştirme puanlarının arttığı, göç ile gelmeyen kadınların beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Alkollü içki kullanmayanların beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu, yaşamları boyunca ve son bir yıl içinde şiddete maruz kalmayanların kalanlara göre kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve stres yönetimi puanlarının arttığı, hastanede doğum yapanlar ile gebelik sayısı 3 ve altı olanların sağlık sorumluluğu, stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.05). Yine kendi sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirenlerin beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, egzersiz alışkanlığı ve stres yönetimi puanlarının arttığı saptanmıştır (p<0.05). Ayrıca egzersiz yapanların stres yönetimi puanlarının yüksek olduğu, düzenli beslenme ile beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu puanlarının arttığı belirlenmiştir (p<0.05).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırma kapsamında yer alan kadınların SYBDÖ puan ortalaması 116.95±23.04 olarak saptanmıştır. SYBDÖ'nden alınabilecek en üst puan 192'dir. Konu ile ilgili olarak Türkiye'de yapılan çalışmalarda SYBDÖ puanı; 15-49 yaş grubu kadınlarda 112.7±20.8 (1), hemşirelerde 125.96±16.99 (2), öğretmenlerde 134.49±17.94 (3) olarak saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları meslek, sosyo-ekonomik ve kültürel yapı ile coğrafi bölgelere göre değişebilir.

Bu çalışmada kadınların eğitim düzeyleri artışına paralel olarak SYBDÖ puanı ve alt gruplarındaki davranış puanlarının arttığı saptanmıştır. Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; sağlık personelinin eğitim durumu artışı ile SYBDÖ ve kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme alışkanlığı, kişilerarası destek,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

stres yönetimi puanlarının arttığı bildirilmiştir (4). Özkan ve Yılmaz'ın hemşireler arasında yaptığı çalışmada; lisans ve üzeri eğitim alanların egzersiz alışkanlığı, stres yönetimi ve kişilerarası destek puanlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (2). Araştırma sonuçları eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olumlu yönde etki yaptığı şeklinde yorumlanabilir.

Kadınların gelir durumları arttıkça ile SYBDÖ ve kendini gerçekleştirme davranış puanlarının yükseldiği saptanmıştır. Altıparmak ve Koca Kutlu'nun çalışmalarında gelir durumunu "iyi-orta" olarak nitelendiren kadınların kendini gerçekleştirme puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (1). Yüksek gelir seviyesi de güven duygusunu yükselten bir belirteç olarak değerlendirilebilir.

Araştırmada kadınlardan betonarme evde oturanların, evde banyosu bulunanların, evlerinde 4 ve üzeri odaya sahip olanların SYBDÖ puanı daha yüksek bulunmuştur. Koçoğlu'nun Konya kent merkezinde yaptığı çalışmada; katılımcılardan evdeki oda sayısının 4 ve üzeri olanların, 2-3 odalı olanlara göre SYBDÖ puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (5). Konut özelliklerinin iyileşmesinin, bireylerin iyilik-esenlik potansiyelini artırarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirebileceği söylenebilir.

Araştırmamıza katılan kadınlardan gebelik sayısı 3 ve altı olanların, 4 ve üzeri gebelik olanlara göre SYBDÖ toplamı, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi davranışları puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Altıparmak ve Koca Kutlu'nun 15-49 yaş grubu kadınlara yönelik çalışmasında, kadınlardan 2 ve altı gebelik yaşayanların SYBDÖ, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi puanlarının, 2 üzeri gebelik yaşayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (1). Kadınlarda üreme sağlığı açısından önemli bir yere sahip olan gebelik sayısının fazlalığı sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Sonuç olarak; bu araştırmada Tunceli kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel puanı orta düzeyde bulunmuştur. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek boyutları sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en yüksek puan ortalamalarına, egzersiz alışkanlığı ise en düşük puana sahiptir. Elde edilen bulgular kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen sağlık, sosyal ve demografik faktörlerin varlığını göstermektedir. Bu bağlamda; kadınların sağlık davranışlarını etkileyen bireysel, ailesel ve çevresel olumsuzlukların en aza indirilmesi ve önlenmesi için gerekli girişimler yapılmalı, sağlıklarını geliştirmek ve korumak için genel eğitim düzeyleri yükseltilmeli ve sağlıkla ilgili konularda eğitim programları oluşturulmalı, toplumun, dolayısıyla kadınların sahip olduğu sosyoekonomik farklılıklar giderilmeli, kadınların üreme sağlığı davranışları ve kadının statüsünü etkileyen faktörler geliştirilmeli ve iyileştirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Tunceli, 15-49 yaş kadın, sağlıklı yaşam biçimi davranışları.

Kaynaklar:

1. Altıparmak S, Koca Kutlu A. 15-49 yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2009; 8 (5): 421-426.
2. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3 (7): 89-105.
3. Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (6): 421-426.
4. Yalçinkaya M, Özer Gök F, Karamanoğlu Yavuz A. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (6): 409-420.
5. Koçoğlu D. Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Mesut Hamidanoğlu, İbrahim Koruk¹

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

GİRİŞ VE AMAÇ: Aile planlaması yöntemleri, doğun aralıklarının ayarlanması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve buna bağlı olarak ana çocuk sağlığı düzeyinin yükseltilmesi açısından çok önemli temel sağlık hizmeti faaliyetidir. Ancak bu uygulama için yeterince bilgi sahibi olmak, sağlık hizmetine ulaşmak, karar verebilir durumda olmak gerekmektedir. Toplumlar da aile planlaması hizmetlerinin kullanılabilmesi için toplumun ihtiyaçlarının, hizmetin kullanım düzeyinin ve kullanımın önündeki engellerin bilmesi gereklidir.

Bu araştırmada, Şanlıurfa'da aile planlaması kullanım düzeyini, herhangi bir zamanda kullanılan ve bilinen yöntemleri, modern yöntem temin edilen yerleri, aile planlaması kullanmama nedenlerini saptamak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın saha çalışması Ekim 2009-Nisan 2010 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma için Şanlıurfa Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onay alınmıştır.

Şanlıurfa'da 2009 yıl ortası nüfus tespitine göre 374 908, 15-49 yaş grubu kadın bulunmaktadır. Araştırmaya 15-49 yaş grubunda olan evli kadınlar alınmıştır. Örneklem seçiminde 30 küme örnekleme tekniği kullanılmıştır. Sonuçların güvenilirliğini arttırmak amacıyla sayı artırılarak her kümede 10 kişiye ve toplamda 300 kişiye ulaşılmıştır. Sağlık ocağı bölgelerinde bulunan sokaklar küme olarak kabul edilmiştir. 92 sağlık ocağı bölgesinden küme seçimi nüfusa orantılı olarak yapılmıştır. Küme olarak seçilen sokaklar bölgedeki tüm sokaklar içinden ve her sokakta başlangıç hanesi sokakta bulunan hanelerden rastgele yöntemle seçilmiş ve 10 kişiye ulaşılan kadar devam edilmiştir.

Veri toplamak için yapılandırılmış bir anket oluşturulmuş ve yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Anket, sosyo-demografik bilgiler ile aile planlaması yöntemi bilme, her hangi bir zamanda kullanma ve halen kullanılan yöntemle ilişkin bilgiler, aile planlaması yöntemi temin edilen yer, aile planlaması yöntemi kullanmama nedenlerini içeren bilgileri sorgulamaktadır. Hanenin iş/mesleğe dayalı sosyal sınıfı, Prof. Dr. Korkut Boratav'ın kentsel ve kırsal sosyal sınıf şemasına göre belirlenmiştir.

Verilerin analizinde SPSS 11.5 istatistik programı kullanılmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistiklerden ortalama, standart sapma ve yüzde kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Kadınların yaşı 32.3 ± 8.1 , evlenme yaşı 20.1 ± 4.4 , gebelik sayısı 4.7 ± 2.9 , çocuk sayısı 3.8 ± 2.4 , kendiliğinden düşük sayısı 0.5 ± 0.9 , istemli düşük sayısı 0.09 ± 0.3 , ölü doğum sayısı 0.1 ± 0.5 olarak saptanmıştır.

Gelir sağlanan işler incelendiğinde; % 20.7'si işçilik, %17.9'u çiftçilikle uğraşırken %23.7'si işsizdir. Boratav'ın sosyal sınıflar şemasına göre ise, kadınların ailelerinin %74.0'ı işsiz ve alt sosyal statüdedir

Kadınların %59.4' ü, eşlerinin %25.3'ünün ilkökul altı öğrenim düzeyindedir. Evde en çok konuşulan dil %41.7 ile Kürtçe'dir.

Şanlıurfa'da toplum düzeyinde aile planlaması yöntemi kullanımı %68.7'dir. Modern yöntem kullanımı % 51.7, etkisiz yöntem kullanımı %17.0 iken yöntem kullanmayanlar %31.3 olarak saptanmıştır.

Son bir yıldır en uzun süre kullanılan modern aile planlaması yöntemleri; sırası ile kondom(%19.3), RiA(%15.3), hap(%9.3) ve tüp ligasyonudur(%6.3).

En çok bilinen modern yöntemler sırası ile hap(%89.0), RiA(% 85.7), kondom(%85.3), enjeksiyon(%72.3) iken her hangi bir zamanda en çok kullandıkları modern yöntemler kondom(%35.7), RiA(%31.7), hap(%26.3), enjeksiyondur(%10.0). Etkisiz yöntemler içinde geri çekme en çok bilinen(%65.0) ve en çok kullanılmış olan(%38.7) yöntemdir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Modern yöntem temin edilen yer sırası ile % 60.6 sağlık ocağı, %13.6 ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, %10.4 devlet hastanesi/ doğumevidir.

En sık aile planlaması kullanmama nedenleri sırası ile, eşinin istememesi(%27.4), cinsel ilişki olmaması(%16.1), gebe kalamıyor/kısır %14.5, kaderci(%12.9), menapoz/histerektomidir(%11.3).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Evlenme yaşı, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA) 20.8 ile benzerlik göstermektedir(1). TNSA 2008'e göre toplam doğurganlık hızı Türkiye için 2.16, iken GAP ya da Güneydoğu Anadolu Bölgesi için 3.47 olması doğurganlığın bu bölgede oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada Şanlıurfa'da yaşayan çocuk sayısı(3.8) 2008 TNSA Türkiye ortalamasından(2.3) yüksek olması Şanlıurfa'da doğurganlığın oldukça yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Şanlıurfa'da gebelik sayısı 4.7±2.9, kendiliğinden düşük sayısı, istemli düşük sayısı ve ölü doğum sayısı sırası ile 0.5±0.9, 0.09±0.3, 0.1±0.5, Bingöl'de saptanan 2.7±1.6, 0.07±0.35, 0.02±0.18 ve 0.06±0.31 değerlerinden yüksektir(2). Şanlıurfa'da bu değerlerin daha yüksek olması muhtemelen çok yüksek olan doğurganlık düzeyinden kaynaklanmaktadır.

Sosyal sınıf profiline bakıldığında en sık gelir sağlanan işlerde % 20.7 işçilik ilk sırada yer alırken % 23.7 oranında işsizlik olması dikkat çekici bir unsur olarak değerlendirilmiştir. Şanlıurfa, Kahramanmaraş, Hatay illerinde yapılan bir çalışmada il genel meclis üyelerine en çok talep % 24.6 ile işsizlik şikayeti olmuş ve bu araştırma ile paralellik göstermektedir(3).

Kadınlar için belirtilen ilkököl ve üzeri eğitim düzeyi TNSA–2008 GAP bölgesi için belirtilen %47.1 sonucundan da daha düşük düzeydedir. Bu sonuçlar, Şanlıurfa'daki kadınların eğitim düzeyinin GAP bölgesi ortalamasından daha düşük olduğunu göstermektedir. Kadınların eşlerinin %25.3'ünün ilkököl altı düzeyde eğitim aldıkları tespit edilmiş ve kadınların eşlerinin kendilerinden daha eğitilmiş oldukları görülmektedir. Bu durum muhtemelen kız çocuklarına yönelik olumsuz toplumsal cinsiyet bakiş açısından kaynaklanmaktadır.

Bu araştırmada saptanan modern yöntem kullanımı TNSA 2008'de Güneydoğu Anadolu Bölgesi için belirtilen %37.9 değerinden daha yüksektir. Bu farklılığın birinci nedeni bu araştırmalar arasındaki yaklaşık 5 yıllık süreden kaynaklanmaktadır. İkincisi ise Şanlıurfa'da aile planlamasına yönelik yapılan özel ve kamu kaynaklı projeler ve birinci basamak çalışmalarında bu konuya yönelik daha fazla çaba gösterilmesinden kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada kadınların son 1 yıldır en uzun süre kullandıkları ilk üç modern aile planlaması yöntemi sırası 2008 TNSA'da Güneydoğu Anadolu Bölgesi için belirtilen (RİA %13.5, kondom %9.3, hap %5.4) sıralamadan farklıdır. Yeterli veri toplanılmamış olmakla birlikte bu durum RİA sertifikalı personel sayısı ile ilgili olabilir.

Şanlıurfa'da kadınların en çok bildikleri modern yöntemler(hap %89.0, RİA % 85.7, kondom %85.3, enjeksiyon %72.3) aynı zamanda her hangi bir zamanda en çok kullandıkları modern yöntemlerdir(kondom %35.7, RİA %31.7, hap %26.3, enjeksiyon %10.0). Bu sıralama 2008 TNSA'da belirlenenlerle benzerdir. Bu yöntemlerin çok bilinmesi ve kullanılmasında muhtemelen kamu sağlık kurumları tarafından ücretsiz olarak sağlanmasının etkisi çok büyüktür.

Şanlıurfa'da en çok modern yöntem temin edilen yer 2008 TNSA'da da belirtildiği gibi sağlık ocaklarıdır. Şanlıurfa'da ise yöntem temin etmek için sağlık ocağı kullanımı Türkiye genelinden yaklaşık 2 kat daha fazladır. Bu durum aile planlaması hizmeti sunumu için birinci basamak sağlık kurumlarının Şanlıurfa için vazgeçilemez olduğunu ortaya koymaktadır.

Şanlıurfa'daki aile planlaması kullanmama nedenleri incelendiğinde 2008 TNSA Türkiye genelinden en önemli farklılık ilk sırada "eşinin istememesi"dir. Bu özellikle toplumdaki kalabalık aile- güçlü aile algısı ile ilgili olabilir. Bu durum aile planlaması çalışmalarında erkeklerin de mutlaka hedeflenmesinin gereğini ortaya koymaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Aile planlaması, kontraseptif yöntem, kadın

KAYNAKLAR:

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2008
2. Kaya H.ve arkadaşları Bingöl İli Uydukent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi F.Ü. Sağ. Bil. Derg. Elazığ, 2008; 22 (4): 185-191
3. Haluk A. ve arkadaşları, yerel siyaset bağlamında il genel meclisleri: Kahramanmaraş, Şanlıurfa, Hatay örnekleri, hukuk ve iktisat araştırmaları dergisi, 2010; 2(1): 36-39

683

ŞANLIURFA'DA KADIN SAĞLIĞINI GELİŞTİRMEK İÇİN GELİŞTİRİLEN LİDER KADIN EĞİTİM PROGRAMININ ETKİ DEĞERLENDİRMESİ

Zeynep Şimşek

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Şanlıurfa

Giriş ve Amaç: Son yıllarda toplum sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılması için, sağlığı tehdit eden faktörler üzerinde bireylerin ve toplumların kontrollerini arttırmayı sağlayan bir süreç olarak kabul edilen sağlığı geliştirme stratejilerinin kullanılması önerilmektedir.¹ Sağlığı geliştirme stratejileri genel olarak, bireysel güçlendirme, toplumu güçlendirme, sağlık sistemini güçlendirme, sağlıklı toplum politikaları inşa etmek için sektörler arası işbirliği ve sağlığı geliştirme kapasitesini arttırmayı ifade etmektedir.² Toplumu güçlendirme, ortak ilgileri olan insan gruplarının yaşamları üzerinde kontrollerini arttırma süreci olarak tanımlanan bir toplum organizasyonu yöntemidir.³ Toplumu güçlendirmede temel strateji liderliği geliştirmedir.⁴ Hedeflenen grubun bulunduğu yerden başlayarak yaşamları ile ilgili kararlara aktif katılımlarını sağlamak için bilinçlendirme, sorun çözme kapasitelerini artırma, sosyal sermayeyi geliştirme izlenen temel adımlardır. Bu çalışmada, 15-49 yaş grubu kadınlarda toplumu güçlendirme stratejisinin sağlıklı yaşam biçimi kazandırma davranışlarına ve karar mekanizmalarına katılmaya etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın tipi çift kör müdahale araştırmasıdır. Birleşmiş Milletler – Sabancı Ortak Programı kapsamında, Şanlıurfa Belediyesi ve ilgili kurum ve kuruluşların işbirliği ile 2009-2010 yıllarında yürütülmüştür. Toplam 67 mahalleden muhtarlık ve okulların önerileri ile seçilen 700 kişiden rastgele yöntemle belirlenen 350 kişi müdahale, 350 kişi kontrol grubunu oluşturmuştur. Müdahale ve kontrol grubuna atanan kadınlar arasında bazı sosyo-demografik özellikler açısından farklılık olmadığını incelemek üzere homojenite testi yapılmış, analiz sonucunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Müdahale grubuna katılma hızı %88.9'dur. Müdahale grubuna 5 günlük sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitimi (adölesan evlilik, akraba evliliği, üreme sağlığı, bulaşıcı ve kronik hastalıkların kontrolü, erken tanı), liderlik eğitimi ile sağlık, eğitim, sosyal hizmet ve yardımlar, adli yardım ve iş bulmayı içeren kamu hizmetleri konularında eğitim verilmiştir.

Eğitim programı araştırmacı tarafından hazırlanmış, programda 12 üniversite öğretim elemanı, 7 Sağlık Müdürlüğü doktor ve hemşiresi, 1 avukat, 1 İŞKUR müdür yardımcısı, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü müdür yardımcısı, Millî Eğitim Müdürlüğü temsilcisi, Kadın Meclisi Başkanı, Yerel Eşitlik Birimi Sorumlusu ve Şanlıurfa Belediyesi çalışanları olmak üzere 27 eğitimci görev almıştır. Eğitimlerde davranış geliştirme teorileri kullanılmış, bütün konuları kapsayan '*Kadın El Kitabı*' hazırlanmış ve bütün konular alanında uzman akademisyenler ile kamu kurumlarının temsilcileri tarafından verilmiştir. Program kapsamında kadınların sorunlarını belirleme, çözme ve birlikte hareket etme yeteneklerini geliştirmek için; ilin karar mekanizmaları tanıtılarak bu mekanizmalara kadınların katılmalarını özendirici eğitimler verilmiştir. Programın etkisini değerlendirmede, eğitimden 3 ay sonra müdahale ve kontrol gruplarına seçilen kadınlara, araştırmacı tarafından geliştirilen ve 81 sorudan oluşan, hedeflenen davranışları ve bilgi düzeylerini ölçen soru formları eğitim almış 4 görüşmeci

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmış ve karar mekanizmalarına katılma durumları saptanmıştır. Kontrol grubuna seçilen kadınlara ise herhangi bir eğitim verilmemiş, yalnız ilin karar mekanizmalarını ve çalışma düzenlerini tanıtan birer yazı gönderilmiştir. Veri girişi ve analizlerde SPSS 11.5 istatistik programı kullanılmış, gruplar arası farkı değerlendirmede ki-kare ve t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Müdahale grubu ve kontrol grubuna katılan kadınların özellikleri; sırasıyla; yaş ortalaması $32\pm 7,8$; $33,6\pm 9,8$; ortalama çocuk sayısı $4,5\pm 2,1$; $4,2\pm 2,2$; akraba evliliği %50,9; %54,9; hiç okula gitmeme %27,4; %32,6; okur-yazar olma %13,6; %14,4, ilkokul mezunu olma %26,1; %30,4; ortaokul ve üstü öğrenime sahip olma %33,1; %31,2'dir. Belirtilen değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Her iki grup seçilmiş sağlık bilgisi ve davranışları açısından karşılaştırılmıştır. Müdahale grubunda adölesan evliliğin zararlarını doğru bilme %100, adölesan evliliğin zararlarını çevresine aktarma %67,7, son 3 ayda yakınlarında adölesan evlilik sıklığı %12,3, beslenme kurallarını doğru bilme %92,2, iyotlu tuz kullanma %90,8, evde sigara içilme davranışı %14,9, meme muayenesi yapma %63,3, smear aldırma %43,7, mamografi yaptıрма %20, sık doğumun zararlarını anlatma %70,8; gebeliği önleyici yöntem kullanma %65,9, ruh sağlığı yardımı için yönlendirme %40, şiddete tanık olduğunda ne yapacağını bilme %89,9, yürüyüşe başlama %60, bebeğin cinsiyetinin kim tarafından belirlendiğini bilme %100, kadının haklarını doğru bilme %93,8, İŞKUR'a yönlendirme %59,7, sosyal hizmetlere başvuru %41,7, ailede en az bir toplumsal cinsiyet eşitsizliği %10,9 iken kontrol grubunda sırasıyla; %28,1; %28,2; %37,1; %34,4; %66,3; %78,2; %18,5; %8,7; %7,6; %34,8; %32,8; %21,7; %45,3; %26,1; %22,5; %36,3; %19,8; %13,6; %42,5'dir. Belirtilen bilgi ve davranışlar açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Müdahale grubundaki kadınların %100'ü eğitimin 'çok yararlı olduğunu' bildirmişlerdir. Kadınlara eğitimin hangi açılardan yararı olduğu sorulduğunda birden fazla yanıt vermişlerdir. %98.3'ü 'kendime güvenim arttı', %80'i 'haklarımı öğrendim', %58.5'i hizmet veren kurumları öğrendim', %23.1'i 'eşimle yakınlarımla aram düzeldi' şeklinde bildirimde bulunmuşlardır. Kadınların %92.3'ü öğrendiği her şeyi yapabildiğini, diğerleri ise maddi yetersizlikler, eşin, aile büyüklerinin izin vermemesi gibi nedenlerle yapamadığını ifade etmiştir. Kadın el kitabını okudun mu? sorusuna %95.4'ü okuduklarını/okuttuklarını, tamamı kitabın çok yararlı olduğunu, %75.4'ü arkadaşlarına, yakınlarına okumaları/okutmaları için verdiklerini, %43.1'i ise sorumluluklarının arttığını ifade etmiştir. Eğitim alan kadınlara, kadınların ve kız çocuklarının yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi için neler yapılmasını istedikleri sorulduğunda; %83.6'sı sağlık başta olmak üzere eğitim verilmesini, bu eğitimin en beğendikleri yanı sorulduğunda; %86.9'u 'kadına ait her şeyin yer aldığını' ifade etmişlerdir.

Programın sosyal sermayeye etkisi incelendiğinde, müdahale grubundan seçilen 91 kadın (%29,3) Kent Konseyi Kadın meclisine, 51 kadın (%16,4) mahallesinin temsilcisi olmaya aday olmuş, 42 (%13,5) kadın ise mahallerinde bulunan kadın destek merkezlerinin yönetim kurullarına üye olmuştur. Kontrol grubundan ise 3 Kadın Kent Konseyi'ne, 1 kadın ise mahalle temsilcisi olmak istemiştir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Sağlığı geliştirme stratejilerinden 'toplumu güçlendirme' stratejisi kapsamında 15-49 yaşları arasındaki kadınlarda mahallelerde lider kadınlar yetiştirmenin kadınların sağlıklı yaşam biçimi geliştirmelerinde, toplumsal kaynaklara erişimi sağlamada ve karar mekanizmalarına katılmada etkili olduğu saptanmıştır. Literatürde de liderliği geliştirme yoluyla toplumu güçlendirme yaklaşımının taramalar, çocuk sağlığı programları, madde kullanımı, kadına yönelik şiddetin önlenmesi gibi pek çok toplum sağlığı programında etkili olduğu saptanmıştır.⁵⁻⁹ Bu araştırmanın temel sınırlılığı 3. ayda bir değerlendirme yapılmış olması ve liderlik eğitiminin bölgede öncelikli sağlık sorunlarına etkisinin belirlenmiş olmasıdır.

Sağlığın geliştirilmesi stratejileri kapsamında toplumda liderliği geliştirme çalışmalarının etkisini değerlendiren araştırmaların yapılmasının ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'nin 27. maddesinde yer alan 'Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki' çalışmaları içerisinde ele alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Toplumu güçlendirme, kadın sağlığı, sağlıklı yaşam biçimi

Kaynaklar:

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

1. Keleher H, MacDougall C, Murphy B. Approaching Health Promotion. Understanding Health promotion, (Eds:Keleher Helen, MacDougall Colin, Murphy Berni.) Oxford University Press.2007; 3-14.
2. Lin V, Pettersson B, Brink E, Annette D, Agarwal Sharad. Part I. Health Promotion and Global Health. The 7th Global Conference On Health Promotion Promoting Health And Development; Closing The Implementation Gap. The Global Health Promotion Conference in Nairobi 2009, 4-14.
3. World Health Organization. Health promotion; Track 1: Community empowerment. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/index.html>
4. Minkler M, Wallerstein NB. Improving health through community organization and community building. Chapter thirteen. Health Behavior and Health Education; Theory, Research and Practice. (Eds: Noreen M. Clark, Karen Glanz, Barbara K. Rimer, Frances Marcus Lewis). 3rd edition. Jossey Bass A Willey Imprint, San Francisco. 2002;279-311.
5. Saroj P, Rajesh, K, Indarjeet, Arun KA. Reproductive Health Education Intervention Trial. Indian Journal Pediatrics 2005;72:287-92.
6. Champion V, Skinner C, Foster J. The effects of Standard care counselling or telephone /in-person counseling on beliefs knowledge and behavior related to mammography screening. Oncology Nursing Forum 2000; 27(10):1565-71.
7. Fernández ME, Gonzales A, Tortolero-Luna G, Williams J, Saavedra-Embese M, Chan W, Vernon SW. Effectiveness of Cultivando la Salud: a breast and cervical cancer screening promotion program for low-income Hispanic women.Am J Public Health. 2009 May;99(5):936-43.
8. Garza MA, Luan J, Blinka M, Farabee-Lewis RI, Neuhaus CE, Zabora JR, Ford JG. A culturally targeted intervention to promote breast cancer screening among low-income women in East Baltimore, Maryland.Cancer Control. 2005 Nov;12 Suppl 2:34-41.
9. Wiggins N. Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. Health Promotion International, 2011;2-16.

760

İLERİ YAŞ GEBELİKLERDE BİYOPSİKOSOSYAL SORUNLAR VE YAKLAŞIMLAR

Büşra Cesur, Şükran Ertekin Pınar, Özlem Duran

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Gebelikler; “19 yaş altı, 35 yaş üzeri, 4 ve daha çok sayıda, 2 yıldan az aralıklarla” olduklarında yüksek riskli gebelik olarak nitelendirilmektedir. Yüksek riskli gebelikler; anne, fetüs ve yenidoğanın doğumdan önce, doğum sırasında ve sonrasında morbidite veya mortalite riskinde artışlara neden olmaktadır (1, 2, 3). Türkiye’de gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaşın altında ve 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır. TNSA-2008’den önce yapılan araştırmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızına sahip yaş grubu 20-24 iken, TNSA-2008’de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda gözlenmektedir (4).

Ulusal Anne Ölümleri Çalışması incelendiğinde yaşa göre gebeliğe bağlı ölüm oranı 20-24 yaş aralığındaki kadınlarda yüz bin canlı doğumda 15.7 iken, 40-44 yaş aralığındaki kadınlarda yüz bin canlı doğumda 149.1, 45-49 yaş aralığındaki kadınlarda yüz bin canlı doğumda 146.7; yaşa göre anne ölüm oranı ise 20-24 yaş aralığındaki kadınlarda yüz bin canlı doğumda 10.2 iken 40-44 yaşta yüz bin canlı doğumda 99.6, 45-

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

49 yaşta yüz bin canlı doğumda 146.7 olarak tespit edilmiştir. Bu veriler doğrultusunda görülmektedir ki ileri yaşlardaki kadınlar arasında ölüm riski yüksektir. Bu durum gebe kadınlar için önemli bir tıbbi risk faktörü olarak kabul edilmektedir (1).

Ülkemizde sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyi düşük bölgelerde aşırı doğurganlığın ileri yaşlarda devam etmesi, etkin aile planlaması yöntemlerinin kullanılmaması, ikinci evliliklerin artması, kadınların çalışma ve sosyal hayat içerisinde daha fazla yer almaları, öğretim sürecinin uzaması, kariyer çalışmaları, ekonomik zorunluluklar, infertilite tedavilerinde sağlanan başarılar sonucu ortalama gebelik yaşı ilerlemiştir (2,5, 6). Anne yaşının ileri olması anne ve bebeğe çeşitli yönlerden zarar vermektedir. Yaş ilerledikçe “ovum kalitesi” düşmekte, bu da sperm fertilizasyon yeteneğinin azalmasına neden olmaktadır. Yaşla birlikte kromozomal anomali sıklığının artması sonucu ileri yaş anne adaylarında abortusa yaklaşık 4 kat daha fazla rastlanmakta, çoğul gebelik, ektopik gebelik, sezaryen oranlarında artış olmakta, gestasyonel hipertansiyon, gebeliğe bağlı diyabet, preterm erken membran rüptürü, uzamış eylem, yenidoğanın düşük doğum ağırlıklı olması, prematürite, antepartum ve intrapartum fetal kayıp ve neonatal mortalite gibi kötü obstetrik sonuçların insidansı yükselmektedir (2,6,7).

Gebelik ve doğum kadının yaşadığı özel deneyimlerden birisi olup fizyolojik ve psikososyal yönden ciddi değişimlerin yaşandığı süreçlerdir. Kadınlar, gebelik döneminde oluşan fizyolojik değişimlere bağlı olarak yorgunluk, bulantı, kusma, mide yanması, konstipasyon, uyku bozuklukları gibi birçok problem yaşamaktadır. Normal gebeliklerde dahi gebeler bu problemlerle karşılaştıklarında ambivalan duygular yaşayabilmekte ve bu sorunları tolere etmekte güçlük çekebilmekteyken 35 yaş üstünde gebe kalan kadınlarda farklı problemlerin de bu fizyolojik yakınmalara eklenmesi sonucu daha sıkıntılı, riskli bir gebelik süreci yaşayabilmektedirler (4).

Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ve gebeliğe özgü fizyolojik ve hormonal değişiklikler; psikolojik değişikliklerin de kaynağını oluşturmaktadır. Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu bildirilmiştir. İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyumlu ilgilidir. Kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler ve gereksinimler bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir. Gebeliğin başlangıcında görülebilen bitkinlik, bulantı ve kusmalar aşırı olursa, gebelik hakkında ambivalansı temsil eden psikolojik kökenli bir durum olarak düşünülmektedir. Ancak bu durumda biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkileşiminin nasıl olduğu açık değildir. İkinci trimesterde fetüsle olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir. Üçüncü trimesterde ise doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar (5). Gebelikte önemli diğer bir faktör de kadının duygu durumunu doğrudan etkileyen, eşin tutumu ve içinde yaşadığı psikososyal çevredir. Gebe kadın kendisinden başka çevresinde bulunan ve onun için önem taşıyan kişilerce de gebe olduğunun bilinmesi ve istenmiş olduğundan emin olmak ister (9). İleri yaşlarda meydana gelen gebelikler sonrası eş, çocuklar ve çevreden alınan olumsuz geribildirimler sonucu stres, anksiyete, korku, utanma duygusunun artması gibi nedenlerle, gebelikler sonlandırılabilir. Güler ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmada istenmeyen gebelik nedeni ile 35 yaşın altındaki gebelerin sadece %15.3'ünde küretaj öyküsü saptanırken, yaşlı gebelerde bu oranın %54.5'e yükseldiğini tespit etmişlerdir (5).

Toplum sağlığı için gebe sağlığının ön planda tutulması, sağlıklı gebelikler, sağlıklı doğumlar ve sağlıklı yenidoğanların hedeflenmesi gerekmektedir. Bu hedeflere ulaşabilmek için;

İleri yaş gebelere düzenli izlem ve ayrıntılı prenatal bakım sağlanmalıdır. Kapsamlı bir prenatal bakım programı ile, olası komplikasyonların koruyucu girişimlerle önlenmeye çalışılması, gelişebilecek komplikasyonlara karşı hazırlıklı olunması ve erken dönemde tedbir alınması sağlanabilir.

İleri yaş gebeliklerde anne ve bebek yönünden sağlık risklerinin olması nedeniyle eş, aile, arkadaş desteğinin yanı sıra sağlık profesyonellerinin desteğine de ihtiyaç duyulmaktadır. Genellikle gebeliğin biyolojik ve fizyolojik değişimlerine odaklanan sağlık personeli; annenin fiziksel çevredeki etkilenimlerini olduğu kadar psikososyal çevredeki etkilenimleri açısından da gebeyi değerlendirmelidir. Gebenin endişelerini dinlemek, deneyimlerini paylaşmak ve onlarla konuşmak için zaman ayırmak, önemli girişimler arasında değerlendirilmektedir. Bu gebelerde ortaya çıkan veya çıkabilecek olan fiziksel ve psikososyal sorunlar, gebe ve ailesinin riskli gebeliğe uyumları ve bu süreçte ihtiyaç duydukları bakım ve yardım gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığı sağlık personeli tarafından sürekli olarak değerlendirilmeli ve bu amaçla uygulanan girişimlerin etkinliği izlenerek, gebe ve ailesinin sorunlarla başa çıkma becerileri artırılmalıdır. (10)

İstenmeyen ileri yaş gebeliklerin yaşanmaması için etkin kontraseptif yöntemlerin doğru bir şekilde kullanılmasını sağlayacak girişimlerde bulunulmalı, 35 yaş üstü gebelik planlanıyor ise kromozomal anomali riski ile ilgili çiftlere genetik danışmanlık hizmeti verilmeli, kromozom anomalilerinin prenatal tanısı için gerekli testlerin uygulanma durumu (serum marker testleri, CVS, amniyosentez vb.) değerlendirilmeli, ileri yaş gebelerde distozi ve diğer komplikasyonların gelişme riski yüksek olduğundan donanımlı bir kuruluştaki doğum yapmaları önerilmelidir.(7)

Anahtar Sözcükler: Yüksek riskli gebelik, ileri yaş gebelik, Biyopsikososyal sorunlar

Kaynaklar:

1. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ), Üreme Sağlığı Programı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Bilimleri Enstitüsü. 2005. Ankara.
2. Şahin M, Gebelik Yaşının Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkilerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
3. Çetinoğlu E.Ç, Canbaz S, Ağlan Z, Peşken Y. Samsun İl Merkezi 2004 Yılı İleri Yaş Gebelik Prevalansının Saptanması ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 13(3): 167-170.
4. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2008. Ankara.
5. Güler SA, Gürel H, Şimşek Y. İleri Yaş Gebeliklerinde Sosyodemografik Özellikler ve Kontraseptif Kullanımı. Perinatoloji Dergisi 1996; 4 (2): 123-125.
6. Özçelik S, Kale A, Karaman O, Bayhan G, Yayla M. Kırk Yaş ve Üzeri Gebeliklerin On Yıllık Retrospektif Analizi, Perinatoloji Dergisi 2004; 12(4):179 – 183.
7. James K.D., Steer P.J., Carl P.W., Gonik B, Çeviri editörü: Güner H, Yüksek Riskli Gebelikler, 3. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008; s.29-33
8. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2001; 23 (1): 61-64.
9. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 5. Baskı. Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık 2003, s. 199-366.
10. Oskay O.Y, Yüksek Riskli Gebelerde Hemşirelik Bakımı, Perinatoloji Dergisi 2004; 12(1)

534

İSTANBUL'DA BİRİNCİ BASAMAKTA ERKEKLERİN RİA KONUSUNDA BİLGİ VE YAKLAŞIMLARINA İLİŞKİN NİTELİKSEL ÇALIŞMA

Fatih Torlak, Seyhan Hıdıroğlu, Melda Karavuş, Abdurrahman Fatih Özbay, Osman Görkem Muratoğlu, Feridun Elmas, Merter Gümüşel

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Aile planlaması, bireylerin ve çiftlerin istedikleri sayıda ve zaman aralığında çocuk sahibi olmalarına ve bu durumun önceden belirlenmesine olanak verir.

Bir kontrasepsiyon yöntemini sunarken yöntemin etki mekanizması, var olan hizmet veren sistemlerle nasıl uyduğu ve yöntemi kullananların yöntem hakkında neler düşündüğü konularında bilgi edinilmesi gereğinden dolayı niteliksel araştırmaların yapılması gereklidir.

RİA, ülkemizde en çok kullanılan modern aile planlaması yöntemi olmasına karşın bu konuda erkek ve kadınlar üzerine yan etkileri, toplumun bilgi ve mitleri, tecrübe ettikleri veya duydukları avantajları hakkında yapılmış araştırmaların sayısı oldukça azdır

Kalitatif yöntemli bu araştırmanın amacı İstanbul ilindeki bir ilçede ASM'ne ve AÇSAP'a 2012 yılı nisan ayı içerisinde başvuran erkeklerin aile planlaması ve RİA hakkında bilgi ve yaklaşımlarını öğrenmektir

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma 2012 yılı nisan ayı içerisinde İstanbul ilindeki bir ilçede ASM ve AÇSAP'a başvuran erkeklerin, aile planlaması ve RİA hakkındaki bilgi ve yaklaşımlarını araştırmak üzere yapılmıştır.

Araştırma, ASM ve AÇSAP'a başvuran erkekler arasından gelişigüzel seçilen örneklerle derinlemesine görüşme şeklinde yapılmıştır. İlk aşamada erkeklerin sosyodemografik özellikleri yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış olup ikinci aşamada kişilerin her biri ile yarı yapılandırılmış görüşme rehberi kullanılarak katılımcıların cevap sürelerine uygun görüşmeler yapılmıştır, tekrarlayan sonuçlar alınıncaya kadar yeni örneklerle görüşmelere devam edilmiş ve sonuçta 20 erkekle görüşülmüştür. Bu çalışmanın kalitatif olarak planlanmasının nedeni erkeklerden konu hakkında derinlemesine bilgi edinebilmektir. Görüşmeler bir moderatör tarafından yönlendirilmiş olup gerekli hallerde notlar alınmıştır. Teyp kayıtları araştırmacılar tarafından çözümlenip tüm

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

konuşmalar-görüşmeler sırasında gözlemci tarafından tutulan notlardan da faydalanılarak yazıya dökülmüştür. Metinde yer alan ana ve ara temalar görüşme rehberindeki soruların altına yerleştirilerek gruplandırılmış ve analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 47,85'dir. Araştırmaya katılanların 3'ü bekar olup diğerleri evlidir. İki ve üzeri çocuğu olan 13 kişi vardır. Öğrenim durumu açısından değerlendirildiğinde katılımcıların %25 'si ilkokul mezunu,%15'i ortaokul mezunu,%35'i lise mezunu,%25'i üniversite mezunudur. İki ve daha fazla çocuğu olanların %40'ını ilkokul mezunları oluşturmaktadır.

Tema1: Aile Planlaması Nedir? Bu Konu Hakkındaki Bilgilerinizi Bizimle Paylaşabilir Misiniz?

Aile planlaması hakkında erkeklerin büyük kısmı "Aile planlaması anne babanın bakabileceği yetiştirebileceği cocuğa sahip olmasidir" şeklinde görüş belirtmiştir.

"Aile planlaması iste cocugun, fazla istiyorsan gerek yok heralde kullanmaya. Ama az istiyorsanız... kullanmıyoruz mesela."(43yaş,memur,ortaokul mezunu)

"Aile planlaması anne babanın bakabileceği yetistirebileceği cocuga sahip olmasidir."(58yaş,emekli,üniversite mezunu)

"Aile sahibi olmayla ilgili. Çocukların beslenmesiyle,büyümesiyle felan ilgili yani."(53yaş,memur,ortaokul)

"Ya işte korunma yöntemleri ile alakalı bir şey herhalde. Yani erkek de korunabiliyor kadın da korunabiliyor yani o şekilde biliyorum."(39yaş,serbest meslek,lise)

Katılımcıların bir kısmı ise aile hekimliği ile aile planlamasının aynı şeyler olduğunu düşünmektedir;

"Aile planlaması güzel. Altı doldurulursa doktorlara imkan verilirse güzel birşey.(araştırmacı:Neyi hedefler aile planlaması onu biliyor musunuz?) Doktor birebir hastasını iyi tanır,iyi takip eder,tedavisini veya hastayı ona göre yönlendirir o açıdan görüyorum."(54yaş,emekli,lise)

Tema2: Bildiğiniz Aile Planlaması Yöntemleri

Görüşülen erkeklerden büyük çoğunluğu kondom ve doğum kontrol hapları varlığından haberdarlar. Kondom kadar olmasa da spiral kullanımı da yine erkekler tarafından bilinen bir yöntem. Bazı katılımcılar ise kadınların bir şey taktıklarını fakat ismini bilmediklerini ifade ettiler.

"Yok hanim kullaniyor.(moderatör:ne kullanıyor?)RIA takildi.(moderatör:çevrenizde bu yöntemlerden baska kullanılan var mi?)İlac kullanan var, dogum haplari kullananlar var, erkeklerden kullananlar da var arkadaslardan. Var yani hepsinden edinmiş insanlar."(43yaş,memur,ortaokul)

"Spiral, kondom onlari biliyoruz yani genelde. (moderatör:baska bildikleriniz var mi?) dogum kontrol hapi var. ama dogum kontrol hapi ileride kisirliga sebep olabiliyor. yani seyleri, kanallari tikayabiliyor. biz de kullandik 1-2 kere. ondan sonra tupler tikaniyor, sebep de dogum kontrol hapi. onun icin ondan vermiyolar. kondom ya da en guzeli spiral veriyolar, dogal yontemler yani."(38yaş,tıbbi mümessil,üniversite)

"Yani yöntemleri duyuyoruz tabi de yani tabi onlar biraz mahremiyete girer. Yani prezervatif dedikleri erkeklerin o iste.(moderatör:Baska hangi yöntemleri biliyorsunuz?)rahim baglamasi var, iste kadin kontrol haplari var."(65yaş,emekli,ilkokul)

Tema3: Siz Hangi Aile Planlaması Yöntemini Kullanıyorsunuz?

Katılımcılarımızdan 3 tanesi RİA kullandıklarını ifade ettiler

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

“Spiral. (moderatör:şuan hangi yöntemi kullanıyorsunuz peki?)şuan gerek yok.Tüpleri bağlandı zaten.”(53yaş,memur,ortaokul)

“Şunu kullandım: Kadınların aybaşı şeysi vardır. Sadaece yedi gün mü öyle birşey vardı.”(65yaş,emekli,ilkokul)

Katılımcılarımızdan 3 tanesi akfit cinsel yaşantıları olmadığı için 3 tanesi ise eşi menapoza girdiği için ve bir tanesi de eşi infertil olduğu için doğum kontrol yöntemi kullanmadıklarını ifade ettiler.

Tema4: Spiral Nedir?

Bu soruyla katılımcıların RİA hakkında bilgileri öğrenilmeye çalışılmıştır. Katılımcıların bir çoğu RİA(spiral)’ı aile planlamasında kullanılan yöntemlerden biri olarak değerlendirmiş ve kadınların kullanabileceğini söylemiştir.

“Valla benim bildiğim kadarıyla kadının vajına bölgesine yerleştiriliyor.Tüp şeklinde.”(54,Emekli Astsubay ,Lise)

“Bildiğim kadarıyla vajinanın içine bir madde bir cisim gibi bir şey takılıyor ve bu tamamıyla döllenenin önlüyor diye biliyorum yanlış mı biliyorum bilmiyorum da spermlerin yumurtalığa ulaşmasını engelliyor diye biliyorum.” (25,Tıbbi Mümessil,Üniversite)

“Duydum. Rahme takılan bir telmiş galiba bir plastik mi tel mi tam ne olduğunu bilmiyorum ama onlardan da birçok kişiden duyduğumda bu içte kayma yapıyor ağrı falan yapıyormuş genelde kadınlardan duyduğum ondan sonra ya da çok kilo yapıyor diye şu anda galiba herhalde öyle bir şey.”(26,Eczacı kalfası,Lise)

“Bu konu hakkında konuştunuz mu kimseyle?”

“Yok canım yok. Konuşacak durumumda yok çünkü evli değilim evli olsam şey olurdu da ki kalkıp bu konuları annemizle babamızla da konuşacak durumda değiliz yani onun için bu kadar yani. Sağlık sektöründe olduğumuz için sağlık ocaklarında RİA uygulaması yapılır diye ister istemez bir kulak misafiri olduk yani.”(25yaş ilaç mümessili,lisans)

Tema5: Spirali Kimler Kullanır? Nasıl Takılır? Nerelerden Elde Edilir?

Spiral hakkında bilgilerinin olduğunu söyleyen ve spirali bir yerlerden duyduğunu belirten katılımcıların bir kaçı spirali erkeklerin de kullanabileceği ya da sadece bayanların kullanabileceğine yönelik bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir.

“Erkeklerin kullandığı da var, kadınlar da hekim kontrolünde bunu kullanabiliyor.”(58,Emekli,Üniversite)

“Aile planlamasında falan kullanılabilir.(Erkekler mi kadınlar mı?)Erkekler kullanıyor.”(52,Kaynakçı,İlkokul)

“Bence bayanlar kullanır.”(25,mümessil,üniversite)

Spiralin nerelerden elde edebileceğine ve kimlerin takabileceğine yönelik sorulara ise farklı cevaplar verilmiştir.

“Genellikle eczanelerden alınır.”(52,Kaynakçı,ilkokul)

Ya sağlık ocağından ya da eczaneden alırlar diye tahmin ediyorum.(25,Mümessil,Üniversite)

“Bayan doktorlar yani aile planlamasındaki bayan doktorlar (Spiral nasıl temin edilir?) Nerden elde ediyorlar yani spirallerin temini mi? Herhalde sağlık bakanlığından geliyordur. Bağlı bulunduğu doktora gidip yani ya da

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bir kadın doğuma gidebilir. Kadın doğum şeyler vardı o aile planlamasındaki kadın doğumla ilgilenen doktorları..."(26,Eczacı kalfası ,Lise)

Tema6: Spiralin Avantaj Dezavantajları Nelerdir? Yan Etkileri Nelerdir? Erkek Veya Kadın Üzerinde Yan Etkileri Nelerdir?

"Valla kullandıktan sonra bir olumsuzluğunu görmedik. Böyle durumlarda amaç neydi? fazla çocuk olmasını engellemek. Düşünmüyorduk. Koruması iyi. Negatif bir yönü yok." (45, Özel güvenlik görevlisi, lise)

"Avantajı, kimyasal bir madde içmeye gerek kalmıyor. bu var yani, vücut sağlıklı kalıyor. Ama memnun kalıp da yani 3-5 senedir 10 senedir kullanan bir sürü de arkadaşımız var. Onlar spiral taktirdi çok da memnunlar. Senede 1 mi 3 senede 1 mi yeniliyorlarmış. Memnun olan daha çok yani, yüzde 1-2 memnun degildir yüzde 98 memnundur bence." (38, Tıbbi mümessil, üniversite)

"Tabi. Bazılarında kanama fazla oluyor. Bazılarında kilo alıyor, kilo verme oyle etkileri olabiliyor." (43, Memur, Ortaokul)

"Şimdi avantajı dezavantajı var. Orgazm olma ve çiftlerin kendini tatmin etmelerinde bir olumsuz etkisi olduğunu düşünüyorum." (58, emekli, üniversite)

Tema7: Spiralin Diğer Yöntemlere Göre Koruyuculuğu Nasıldır? Koruyuculuk Süresi Ne Kadardır?

RIA'nin koruyuculuğu hakkındaki düşünceleri, diğer yöntemlerle karşılaştırma esas alınarak soruldu.

"Ben RIA'yi ilk basta koruyorum. İlk önce tercih edilmesi gereken." (43, memur, ortaokul)

"En çok koruma yine spiraldir. Prezervatifte patlama oranı var ve de patlıyor da çoğunluğunda. Ondan sonra haplarda unutulabilir aldığını sanabilir almamıştır ihtimal bazı unutkan kadınlar da olabiliyor unutuyorlar bazen bakıyorlar ihtimal çocuk olmuş prezervatif de takmış oluyor ama spiral daha iyi bir koruyucu." (26, eczacı kalfası, lise)

"En iyisi kondomdur." (38, gemici, lise)

Tartışma ve Sonuç: Bu araştırmada erkeklerin aile planlamasını genel olarak insanların bakabileceği kadar çocuk yapması şeklinde algıladıkları gösterilmiştir. Ayrıca erkeklerin bir kısmının da aile planlaması ile aile hekimliği kavramlarının karıştırdığı gösterilmiştir.

Aile planlaması yöntemlerinden kondom ve oral kontraseptif erkeklerin tamamına yakını tarafından bilinmektedir. Rahim içi aracı ise genellikle eşleri ria kullanan erkeklerin bildiği tespit edilmiştir. Bazı erkekler ise geri çekme yöntemini erkeğin kendisini bilmesi gerektiğini düşünerek daha iyi olduğunu savunmaktadır.

Mistik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre ¹%54,4'ü kontraseptif yöntem kullandıklarını söylemiş,katılımcıların %66,5'i bu yöntemleri aile planlaması nedeniyle kullandıklarını belirtmişlerdir.Yine bu çalışmada erkeklerin %26,8'i eşlerinin kontraseptif yöntemleri kullanmalarını istemediklerini belirtmişlerdir.

Kulczycki A'nın yaptığı çalışmaya² göre Türkiye geri çekme yönteminin en yüksek oranda kullanıldığı ülkelerden biridir.1998 verilerine göre her dört erkekten biri bu yöntemi kullanmaktadır.Sonuçların yaşadığı bölge,kültür ve eğitim düzeyine göre değişiklik gösterdiği bulunmuştur.

RIA hakkında erkeklerin bilgi ve tutumuna yönelik çok fazla araştırma olmayıp çalışmalar daha çok kadınlar üzerine yoğunlaştırılmıştır. TNSA 2008'e göre hem evlenmiş hem evli kadınların %91 inin en az bir kez aile planlaması yöntemi kullanmış olduğunu göstermektedir.

Devid K'nın 1002 kadın katılımcıyla yaptığı çalışmaya göre RİA'ı acil kontrasepsiyonda kullananların oranı da az değildir.(%12.8)³

neriler: Bu araştırma eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük bir ilçede yapılmıştır. Katılımcıların büyük kısmı ilkokul ve ortaokul mezunlarından oluşmaktadır. Aynı araştırma eğitim düzeyi daha yüksek bir gruba yapılırsa daha farklı sonuçlar ortaya çıkabilir.

Anahtar Kelimeler: Rahim İçi Araç, Aile Planlaması,

Kaynaklar:

1. Mistik S, Naçar M, Mazicioğlu M, Cetinkaya F. Married men's opinions and involvement regarding family planning in rural areas. Family Medicine Department, Erciyes University Medical Faculty, 38039, Kayseri, Turkey.
2. Kulczycki A. The determinants of withdrawal use in Turkey: a husband's imposition or a woman's choice? Department of Maternal and Child Health, University of Alabama at Birmingham, 320 Ryals Public Health Building, 1665 University Boulevard, Birmingham Contraception. 2003 Feb;67(2):133-7.
3. David K. Turok, Shawn E. Gurtcheff, Erin Handley, Sara E. Simonsen, Christina Sok, Caren Frost, Patricia A. Murphy. A survey of women obtaining emergency contraception: are they interested in using the copper IUD? Contraception. 2011 May;83(5):441-6

476

İZMİR İLİ BALÇOVA İLÇESİ'NDE YOKSUL KADINLARIN MEME KANSERİ ERKEN TANISINA YÖNELİK UYGULAMALARINDAKİ ENGELLER

Nihal Gördes Aydoğdu, Zuhul Bahar

Dokuz Eyll Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Meme kanserinde erken tanı morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkin yöntemidir ve yoksul kadınlarda sağlığını koruma ve geliştirme açısından önemlidir. Dünyada tüm kadın kanserleri içinde %23 oranında görülen meme kanseri 2002 yılında 1.15 milyon olarak bildirilmektedir (Anderson ve Jakesz, 2008). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılı verilerine göre kadınlarda kanser türleri içinde ilk sırada yer alan meme kanseri oranı yüz binde 35,47'dir (Sağlık Bakanlığı, 2005). Meme kanseri önemli bir halk sağlığı sorunu olup erken tanıldığında bireyin hayatta kalma şansı artmaktadır. Meme kanserinin erken tanılanamadığı durumlarda ise hastalığın prognozu kötüleşmekte, yaşam yitimiyle sonuçlanmakta ve sağlık bakım giderleri yüksek olmaktadır. Dolayısıyla meme kanseri erken tanı çalışmaları oldukça önemli olup kullanılan yöntemler ise oldukça basit ve tedavi giderleriyle kıyaslandığında ekonomik yöntemlerdir. Ülkemizde yoksul kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarında bulunmaları oldukça düşük olup bunun nedeni hakkında bilgiler ise sınırlıdır. Bu nedenle kadınların erken tanı davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, belirlenen engellere yönelik olarak kadınların meme kanserine yönelik bilinçlendirilmesi ve modeller kullanılarak uygulanacak hemşirelik girişimlerinin bu verilere göre planlanıp hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı; yoksul kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik uygulamalarında engelleyici faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Bu alışma; odak grup görüşmesi yöntemi ile kalitatif olarak Haziran 2010-Ocak 2012 tarihleri arasında İzmir İli, Balçova İlçesi'nde Eğitim ve etin Emeç Mahallelerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Balçova Blęesi, Eğitim ve etin Emeç Mahallelerinde yaşayan 20-60 yaş grubu 7645 kadın oluşturmuştur. Örnekleme seçiminde ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ölçüt rnekleme için belirlenen kriterler; yoksul

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

olmak ve 20-60 yaş grubunda olmaktır. Çalışmada yoksulluk kriteri gıda-kalori yaklaşımına göre hesaplanan 'mutlak yoksulluk ölçümü' yapılarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 41.25±8.66'dır. Gelirleri ortalama 454.25±273,72 TL olup evde yaşayan birey sayısı ortalaması 4.6±1.12'dir. Kadınların %60'ı ilkokul mezunu, %82.5'i evlidir ve %87.5'inin sosyal güvencesi vardır. Veriler sekiz sorudan oluşan ve 5 uzman kişi tarafından değerlendirilen yarı yapılandırılmış soru formu kullanılarak, katılımcı sayılarının 6-9 arasında değiştiği toplam 5 odak grup görüşmesi ile toplanmıştır. Odak grup görüşmeleri tek oturumda yapılmış ve en az 45, en fazla 65 dakikada tamamlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kurul onayı alınmıştır. Görüşmelere, çalışmanın amacı açıklanarak katılmayı kabul eden bireyler dahil edilmiştir.

Bulgular: Odak grup görüşmelerinden elde edilen veriler, bireysel tutum ve inançlar, sağlık hizmetlerinin sunumu ve kültürel faktörler temaları altında incelenmiştir. Çalışmada bireysel tutum ve inançlar teması; bilgi eksikliği, duyarlılık ve öz-etkililik algılarının düşük olması, önceliklerin farklı olması, korku, sağlığa önem vermeme, utanma ve kadınların evde bakımından sorumlu oldukları bireylerin (çocuk ve yaşlı) olması şeklinde belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların meme kanseri belirtileri ve risk gruplarına, erken tanı yöntemleri ve bu yöntemlerin nasıl uygulanacağına ilişkin bilgi eksikliği bulunmaktadır. Kadınların bazıları meme kanseri belirtilerine yönelik yanlış bilgileri nedeniyle erken tanıya yönelik davranışları gösteremediklerini ifade etmişlerdir.

Katılımcıların meme kanserine ilişkin duyarlılık algısı ve öz-etkililik algısının düşük olduğu saptanmıştır. Genellikle kadınlar meme kanserine yakalanma risklerinin düşük olduğunu, bu nedenle erken tanı yöntemlerini uygulamadıklarını ifade etmişlerdir. Görüşmelere katılan kadınlar Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) yapma konusunda engelleri arasında, neyi bulmaları gerektiğini bilmediklerini, muayene sırasında hissettiklerinin normal olup olmadığını anlamadıklarını belirtmişlerdir.

Önceliklerin farklı olması, kadınların meme kanseri erken tanı uygulamaları engelleri arasında yer almaktadır. Katılımcılar; maddi sıkıntılar, ailevi sorunlar, çocukların bakımı, toplumda kadının statüsü ve buna bağlı olarak yerine getirilmesi zorunlu olan görevler nedeniyle kendi sağlıklarını ihmal ettiklerini belirtmişlerdir.

Odak grup görüşmelerinde en fazla ön plana çıkan engeller arasında korku yer almaktadır. Kadınlar, KKMM yaparken eline bir kitle gelmesinden, klinik meme muayenesi ve mamografi sonucunun kötü çıkmasından korktuklarını belirtmişlerdir. Kanser olma ihtimalinin getirdiği korkuyu yaşamak yerine, erken tanı uygulamalarını erteleme ve bilmeden yaşayarak ölmeyi tercih etmektedirler.

Beş odak grup görüşmesinin ikisinde meme kanseri erken tanı uygulamaları engelleri arasında kadınların sağlığa önem vermemeleri yer almaktadır. Kadınlar, kendilerini rahatsız edecek bir şikâyetleri olmadığı sürece sağlıklı olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca çevrelerinde yaşayan ve meme kanseri tanısı alan kadınların olmasının kendi sağlıklarına daha fazla önem vermelerini sağladığını ancak bu durumun etkisinin çok kısa sürdüğünü belirtmişlerdir.

Katılımcılar, meme ve kadın vücudu mahrem olarak görüldüğü için utanma duygusunun yaşandığını ve bu nedenle kendilerinin taramalara katılmadıklarını ya da katılmakta isteksiz olduklarını vurgulamışlardır. Hekimlerin kadın olmasının taramalara katılmalarını kolaylaştıracağını düşünen ve öneren kadınlar bulunmaktadır. Kadınlardan bazıları ise taramalara katılmalarında hekimin kadın veya erkek olmasının kendilerini rahatsız etmediğini belirtmişlerdir.

Katılımcılar, erken tanı davranışı ve özellikle klinik meme muayenesi ve mamografi çekirme konusunda bakımından sorumlu oldukları kişilerin engel oluşturduğunu belirtmişlerdir. Kadınlar genellikle çocuk bakımı üzerinde durmuşlar ve hastaneye gitmenin zamanlarının çoğunu aldığını, bu süre içerisinde çocuklarını bırakacak bir yer olmadığını söylemişlerdir. Bu duruma yönelik olarak, alışveriş merkezlerinde olduğu gibi hastanelerde de çocuklarını bırakabilecekleri bir yer olması önerisinde bulunmuşlardır.

Sağlık hizmetleri sunumu teması içerisinde maddi olanakların sınırlı olması özellikle katılımcı grubun yoksul olması nedeniyle, tüm odak grup görüşmelerinde en fazla tartışılan engeller içerisinde yer almaktadır. Ayrıca

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kadınların sosyal güvencelerinin olmaması, muayene ve tetkikler için ücret ödeme zorunluluğunu getirmektedir. Sosyal güvencesi olan bireyler ise; bazen hastaneye gitmek için paralarının olmadığını belirtmiştir.

Kadınlar muayene için randevu alamamanın hizmet alınımını engellediğini belirtmiştir. Katılımcılar, hastanelerin çok kalabalık olduğunu, bu nedenle randevuların uzun zaman sonrasına verildiğini ifade etmişlerdir. Erken tanının önemli olduğunun söylenmesi ve buna rağmen erken dönemde tetkiklerin yapılmamasının birbirine zıt durumlar olduğunu da belirtmişlerdir.

Hastanede uzun bekleme zamanı, tetkiklerin kısa sürede tamamlanamaması bir diğer engelleyici faktör olarak grup içerisinde tartışılmıştır.

Katılımcılar sağlık personelinin iletişiminin de hizmet almayı engellediğini ifade etmişlerdir. Sağlık personelinin yoğunluk nedeniyle işlemleri hızlı yapmak istemesi, yeterince ilgilenmemeleri, kadınların yapılan muayeneden memnun olmamaları, bazı personelin kötü iletişimi nedeniyle kadınlar erken tanı uygulamaları için hastaneye başvurmamaktadır. Ayrıca bireyler sağlıklı iken hastaneye gitmenin sağlık personelinin tutumu nedeniyle kendileri için engel oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Sağlık personelinin önerisinin olmaması da bir diğer engelleyici faktör olarak belirtilmiştir.

Meme kanseri erken tanı davranışlarına etki eden engelleyici faktörlerden bir tanesi de kültürel yapıdır. Görüşmelerde katılımcıların üzerinde durduğu konu kadercilik yaklaşımıdır. Kadınlar meme kanseri nedeniyle veya başka bir nedenle bir gün öleceklerini belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcılar toplumdaki kültürel inanışların engelleyici bir faktör olduğunu 'Mememde kitle hissettim, komşularım canın bir şey yemek istemiştir, kendiliğinde geçer dediler' şeklinde ifade etmişlerdir.

Tartışma: Bireysel tutum ve inançlar, sağlık hizmetlerinin sunumu ve kültürel faktörler yoksul kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarını uygulamalarında engelleyicidir ve bu bulgu literatür sonuçlarını desteklemektedir. Literatürde yoksul kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarında algıladıkları engeller arasında; taramalara yönelik bilgi eksikliği, önceliklerin farklı olması, meme kanseri belirtilerinin olmaması, sağlık güvencesinin olmaması, maliyetin yüksek olması, meme kanseri teşhisi alma korkusu, dil engeli, sağlık hizmetlerine ulaşım yetersizliği, sağlık personelinin önerisinin olmaması ve zaman kısıtlılığı yer almaktadır (Fernandez ve ark., 2005, Lyttle ve Stadelman, 2006; Ogedegbe ve ark., 2005; Tejada ve ark., 2009; Wu&Bancroft, 2006). Türkiye'de değişen sağlık politikaları ile kişi başına düşen sağlık personelinin ve hemşire sayısının yetersiz olması, nüfusun kalabalık olması nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli önemin verilmemesine neden olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşirelerin en önemli fonksiyonlarından birisi olan ev ziyaretlerinin istendik düzeyde yapılamaması, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik uygulamaların yetersiz olması, hizmet kullanımının düşük olduğu yoksul kadınlara ulaşmakta sorunlar yaşanmasına ve meme kanserine yönelik bilgilerinin yetersizliğine neden olmuş olabilir. Bu çalışmada kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak yaşadıkları başarısız deneyimlerini ifade etmeleri ve dışsal motivasyonlarının yetersiz olması öz-etkililik algılarında yetersizliğe neden olarak erken tanı davranışlarını göstermelerini engellemektedir. Ayrıca kadınların herhangi bir belirti olmadığı sürece, kendilerini sağlıklı olarak görmeleri ve erken tanıyı hastalık belirtisinin ortaya çıktıktan sonra yapılan işlemler olarak görmeleri erken tanı davranışlarını engellediği düşünülmektedir. Bazı kadınların, yaşanan olayları kendi iradesinden başka bir iradenin yönlendirdiğine ve insan iradesiyle ne kadar çaba harcarsa harcasın, sonucun değişmeyeceğine ilişkin algıları, erken tanı uygulamalarına katılmalarını engellemektedir.

Sonuç ve Öneriler: Yoksul kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik algıladıkları engeller bireysel tutum ve inançlar, sağlık hizmetlerinin sunumu ve kültürel faktörler olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yoksul kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarında algıladıkları engellere yönelik olarak sağlık personelinin, özellikle birinci basamakta çalışan halk sağlığı hemşirelerinin farkındalıklarının artırılması,
- Yoksul kadınların meme kanseri ile bu kanserin erken tanısına yönelik bilgi eksikliğinin olması nedeniyle sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve sürekliliğinin sağlanması,
- Özetkililik algısının kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarının oluşumunda önemli bir etmen olması nedeniyle eğitimler sırasında kadınların özetkililik algılarını geliştirmeye yönelik aktif yöntemler (meme maketi ve bireysel eğitim) kullanılması,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- Kadınlar da utanma nedeni ile sağlık kuruluşuna başvurmadıkları göz önünde bulundurularak, kültüre özgü girişimlerin planlanması,
- Sağlık kuruluşlarını erken tanı için kullanmayan kadınların nedenleri arasında uzun bekleme zamanları, randevu alamama, sosyal güvencenin olmaması gibi faktörlerin olması nedeniyle, kadınların erken tanı için başvurabilecekleri kurumlar hakkında bilgilendirilmesi,
- Çalışmanın yapıldığı bölgede belediyenin halka hizmet sunmak için poliklinik hizmeti sunmasının kadınların erken tanı davranışlarını olumlu yönde etkilediği göz önünde bulundurularak, hemşirelerin çalıştıkları bölgede yerel yönetimler ile iş birliği yapması ve bu tür hizmetlerin her bölge için ücretsiz olacak şekilde yaygınlaştırılması,
- Halk eğitimlerinin önemli olmasına karşın davranış değişiminde yeterli olmaması nedeniyle kadınlarda davranış değişimini sağlamak ve kadınların erken tanı davranışları engelleri arasında ifade ettikleri unutkanlık faktörünün ortadan kaldırılmasına da katkı sağlaması açısından eyleme geçirici olarak telefon ve ev ziyaretleri ile hatırlatma yapılması,
- Yoksul kadınların sosyal çevrelerinden etkileşimlerinin yüksek olması nedeniyle Balçova Belediyesi Semt Evleri'nde erken dönemde tespit edilerek meme kanseri tanısı almış kadınların olumlu deneyimlerini paylaştığı toplantıların planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri erken tanısı, yoksulluk, algılanan engeller, hemşirelik.

Kaynaklar:

Anderson, B. O., Jakesz, R. (2008). Breast cancer issues in developing countries: an overview of the Breast Health Global Initiative. *World Journal of Surgery*, Vol:32, No:12/ December.

Fernandez M, Palmer RC, Leong-Wu C. Repeat mammography screening among low-income and minority women: a qualitative study. *Cancer Control* 2005; November:77-83.

Lyttle N, Stadelman K. Assessing awareness and knowledge of breast and cervical cancer among appalachian women. *Preventing Chronic Disease* 2006; 3(4):1-9.

Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, ve ark. Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *Journal of the National Medical Association* 2005; 97(2):162-170.

Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. (2005). Türkiye kanser istatistikleri.Erişim: 10.08.2010.<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-44481/h/kanser-istatistikleri.xls>

Tejeda S, Thompson B, Coronado GD, Martin DP. Barriers and facilitators related to mammography use among lower educated Mexican women in the USA. *Social Science & Medicine* 2009; 68(5): 832-839.

Wu TY, Bancroft J. Filipino American women's perceptions and experiences with breast cancer screening. *Oncology Nursing Forum* 2006; 33(4):71-78.

590

İZMİR İLİ BORNOVA İLÇESİNDE DİSMENORE SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER: TOPLUM TABANLI BİR ARAŞTIRMA

Raziye Özdemir¹, Ummahan Yücel, İbrahim Gülhan, Esin Ceber², Sultan Eser¹

¹İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü

²Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Dismenore, kadınların adet döneminde karın ve bel bölgelerinde kramp şeklinde ağrıya neden olan en yaygın jinekolojik sorunlardan biridir. Toplum tarafından yeterince önem verilmeyen bir durum olan dismenore, kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemesinin yanı sıra, altta yatan ciddi jinekolojik hastalıkların habercisi de olabilmektedir. Ülkemizde dismenore sıklığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmaların büyük bölümü adolesan yaş grubuna odaklanmaktadır. Toplumdaki gerçek dismenore prevalansının belirlenebilmesi için, adet gören tüm kadınları kapsayan araştırmaların gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu gereklilikten yola çıkarak toplum tabanlı olarak planlanan bu çalışmada, İzmir'in Bornova ilçesine bağlı Kızılay, Mevlana ve Merkez mahallelerinde ikamet eden 10-49 yaş grubundaki adet gören kadınlar arasında dismenore sıklığının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte tasarlanan araştırmanın evrenini, Bornova'nın Kızılay, Mevlana ve Merkez mahallelerinde ikamet eden 10-49 yaş arası toplam 12 974 kadın oluşturmuştur. Araştırma bölgesindeki 10-49 yaş grubundaki kadınların nüfusu, Bornova Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü'nden elde edilmiştir. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde Epi İnfó 3.5.1 programı kullanılmıştır. Ülkemizde dismenore sıklığının belirlenmesine yönelik toplum tabanlı olarak gerçekleştirilen bir çalışma temel alınarak prevalans %70 olarak kabul edilmiş (1), % 05 hata payı ve % 95 Güven Aralığı (GA) kriterlerine göre örnek büyüklüğü 315 olarak saptanmıştır. Bölgelerdeki 10-49 yaş kadın nüfusuna orantılı olarak her mahalleden kaç kadına ulaşılacağı hesaplanmıştır. Çalışmaya katılmaya onay vermeyen ve adet görmeyen 32 kadın çalışma kapsamı dışında tutulmuş ve toplam 283 kişiye (% 89.8) ulaşılmıştır.

Veriler, araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanan bir anket kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anket, kadınların demografik özelliklerine, doğurganlık öyküsüne, adet dönemine ve dismenore ile baş etme yöntemlerine ilişkin özelliklerin sorgulanmasını hedefleyen 23 sorudan oluşmuştur. Anketler, veri toplama konusunda eğitilmiş olan dokuz anketör tarafından kadınların evde ziyaret edilmesi yoluyla doldurulmuştur.

Dismenore sıklığı belirlenirken ağrının varlığına ve şiddetine göre üç grup tanımlanmıştır:

1. *Dismenore Yok:* Adet döneminde herhangi bir rahatsızlık/ağrının olmaması
2. *Hafif Dismenore:* Günlük aktivitelerin yerine getirilmesini *etkilemeyecek* biçimde rahatsızlık/ağrının olması
3. *Şiddetli Dismenore:* Günlük aktivitelerin yerine getirilmesini *etkileyecek* biçimde rahatsızlık/ağrının olması

Çalışmanın veri toplama aşaması 10.06.2011- 28.07.2011 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veriler, SPSS 16.0 ve Epi İnfó 3.5.1 programları kullanılarak değerlendirilmiştir. Kadınlara ait tanımlayıcı veriler yüzde dağılımı ve ortalama \pm standart sapma şeklinde sunulmuş, verilerin analizinde ki-kare testi ve logistik regresyon uygulanmıştır.

Çalışmanın yürütülebilmesi için E.Ü. İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Araştırma ve Danışma Komisyonu'ndan ve Bornova Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Ayrıca çalışma kapsamındaki kadınlardan anketin uygulanmasından önce sözlü onay alınmıştır.

Bulgular: Çalışma kapsamındaki kadınların yaş ortalaması 28.7 ± 7.7 , menarş yaşı ortalaması 13.2 ± 1.3 'tür. Her dört kadından üçü (% 79.9) evli olup, % 76.7'si en az bir kez doğum yapmıştır.

Çalışmada yaklaşık olarak her beş kadından üçünün (% 63.6) dismenore şikayeti olduğu belirlenmiştir. Dismenoresi olan kadınların % 61.7'si hafif, % 38.3'ü şiddetli ağrısı olduğunu; % 14.4'ü ağrının 48 saatten daha uzun sürdüğünü; %32.8'i ağrı veya dismenoreden kaynaklanan diğer şikayetlerle daha önce sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtmiştir. Kadınlar, dismenore ile baş etme yolu olarak en fazla ağrı kesici kullanımına başvururken (% 71), en az fiziksel egzersiz (%11.7) yapmaktadırlar.

Dismenore, bekar ($X^2= 6.45, p= 0.010$), adet kanamasının miktarı fazla olan ($X^2= 35.16, p= 0.000$) ve anne/kız kardeşinde dismenore olan ($X^2= 9.74, p= 0.001$) kadınlarda anlamlı olarak yüksek iken; yaş grubu, beden-kitle endeksi, menarş yaşı, doğum sayısı, son bir yıl içinde oral kontraseptif kullanma, adet düzeni, adetler arası süre, adet süresi, dismenoreye neden olabilecek patolojik durumlar ve sigara kullanımı ile anlamlı ilişki göstermemektedir.

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, dismenore riski anne/kız kardeşinde dismenore olan kadınlarda, olmayan kadınlara göre 2.25 kat ($GA= 1.34-3.79$); kanama miktarı fazla olan kadınlarda, az ve normal olan kadınlara göre 8.84 kat ($GA= 2.53-30.82$) arttığı belirlenmiştir. Lojistik regresyon uygulanan diğer değişkenler olanyaş grubu, medeni durum, menarş yaşı, beden-kitle endeksi, doğum yapma durumu, son bir yıl içinde oral kontraseptif kullanma, adet düzeni, adetler arasındaki süre, dismenoreye neden olabilecek patolojik durum ve sigara kullanımı ile dismenore arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada, İzmir'in Bornova ilçesinin üç mahallesinde yaşayan 10-49 yaş grubu kadınlarda dismenore sıklığı ve etkileyen faktörler belirlenmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular, dismenorenin kadınlar arasında yaygın bir sorun olduğunu, riskin anne veya kız kardeşinde aynı şikayet bulunan ve adet kanamasının miktarı fazla olan kadınlarda arttığını göstermektedir.

Çalışmada, dismenore sıklığı % 63.6 olarak tespit edilmiştir. Bu konudaki literatür incelendiğinde, incelenen grubun ve değerlendirme kriterlerinin çeşitliliğine bağlı olarak araştırmalarda çok farklı sonuçların elde edildiği görülmüştür. Kronik pelvik ağrının farklı tipleri ile ilgili gerçekleştirilmiş araştırmaların incelendiği bir meta analizde, dismenore sıklığının % 2'den %97'ye kadar değiştiği, incelenen 178 çalışma içinde yalnızca % 23'ünün yeterli kalitede olduğu, kaliteli çalışmalar arasında saptanan dismenore sıklığının ise % 17-81 arasında olduğu saptanmıştır (2). Ülkemizde Kayseri'de gerçekleştirilen toplum tabanlı bir araştırmada sıklık %70 olarak tespit edilmiştir (1). Bu çalışmada elde edilen sıklığın, Kayseri'de bulunan değere yakın olduğu görülmektedir.

Dismenore sıklığında olduğu gibi, etiolojisinde etkili olan faktörler konusunda yapılan çalışmalar da birbirinden farklı sonuçları içermektedir. Bu çalışmada, yaş, son bir yıl içinde oral kontraseptif kullanma, sigara içme gibi değişkenlerin dismenore riski ile ilişkili olmadığı belirlenmiş iken, Kanada'da gerçekleştirilen bir çalışmada genç yaş, sigara içme, dismenorenin risk faktörleri arasında tanımlanmış, oral kontraseptif kullananlarda dismenore sıklığının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (3). Bu çalışmanın bulgularına göre doğum yapıp yapmama durumu dismenore riski ile ilişkili değildir. Kayseri'de ise doğum yapmayanlarda sıklığın daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı araştırmada, bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde oral kontraseptif kullanma, menarş yaşı, adet düzeni ve sigara kullanımı ile dismenore riski arasında ilişki saptanmamıştır (1). Bu çalışmada, kadınların medeni durumuna göre yapılan ki-kare analizinde, dismenorenin bekar kadınlarda evlilere göre anlamlı olarak fazla görüldüğü belirlenmiştir. Ancak lojistik regresyon analizinde herhangi bir ilişki saptanmaması, ki-kare analizinde bulunan anlamlılığın karıştırıcı faktörler nedeni ile ortaya çıktığını düşündürmektedir.

Çalışmada, gerek ki-kare gerekse lojistik regresyon analizinde aile öyküsü ile dismenore arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Dismenore riski, Annesinde veya kız kardeşinde dismenore olan kadınlarda olmayanlara göre yaklaşık iki kat, adet kanaması fazla olan kadınlarda, kanaması az ve normal olan kişilere göre yaklaşık dokuz kat artmaktadır. Bangladeş ve ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalarda da ailede dismenore öyküsünün bulunmasının önemli risk faktörü olduğu bildirilmiştir (4, 5). Aile öyküsü ile dismenore arasındaki nedensel ilişkinin tam olarak anlaşılabilmesi için ileri araştırmalara gereksinim vardır.

Adet miktarının fazla olmasının dismenore riskini önemli ölçüde arttırmaktadır. Aşırı kanama, altta yatan başka bir jinekolojik sorundan kaynaklanabileceği için bu kadınlar sekonder dismenore açısından değerlendirilmelidir.

Çalışmada, dismenore ile baş etme yolu olarak en sık kullanılan yöntemin ağrı kesici kullanımı olduğu belirlenmiştir. Dismenorenin tedavisinde farmakolojik yöntemlerin yanı sıra farmakolojik olmayan yöntemler de önem taşımaktadır. Herhangi bir patolojiye bağlı olmayan primer dismenore, özellikle genç kadınların adet döneminine ilişkin olumsuz algılarına bağlı olarak gelişebileceği için, öncelikle bu dönemde gerçekleşen fizyolojik olaylar hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Diyetle B1 ve E vitaminlerinin alınması, alt karın bölgesine sıcak uygulama yapılması, egzersiz gibi yöntemler denendikten sonra farmakolojik tedaviye başvurulması yararlı olabilir. Sekonder dismenore, altta yatan başka bir sorun nedeni ile oluştuğu için, kadınların bu açıdan yönlendirilerek gerekli değerlendirilmeler yapılmalıdır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bu çalışmanın  açıdan kısıtlılığı bulunmaktadır. Birincisi, herhangi bir jinekolojik sorunun belirlenebilmesi amacıyla muayene yapma olanağı olmadığı için veriler, araştırma kapsamındaki kişilerin beyanına dayanmıştır. Bu nedenle, dismenorenin değerlendirilmesinde primer ve sekonder ayrımı yapılamamıştır. İkinci kısıtlılık, çalışmanın kesitsel tipte tasarlanmasına bağlı olarak neden-sonuç ilişkisi değerlendirilememiştir. Diğer kısıtlılık ise çalışmanın Bornova ilçesindeki kentsel nitelikteki  mahallede gerçekleştirilmesidir. Daha geniş bir örneklem ile çalışılması yararlı olacağı gibi, kadınların adet dönemine ilişkin algıları ve uygulamaları değişiklik gösterebileceği için kırsal bölgelerin dahil edilmesi halinde farklı boyutta bulguların ortaya çıkması da olasıdır.

Sonuç ve neriler: Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, dismenorenin kadınlar arasında çok yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir. Ülkemizde, gerek dismenore gerekse diğer jinekolojik sorunlar konusunda kadınların farkındalık düzeylerinin yükseltilmesinde, izlenmesinde ve yönlendirilmesinde kilit personel ebelerdir. Ebelerin, kadınlara yönelik verdiği hizmetler desteklenmeli ve geliştirilmelidir. Bunun yanı sıra kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından özellikle altta yatan bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan dismenore konusunda kadınların bilgilendirilmesine ve belirtiler açısından sorgulanmasına önem verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Bornova, dismenore, sıklık, etkileyen faktörler.

Kaynaklar:

1. Aykut M, Günay O, Gün İ, Tuna R, Balcı E, zdemir M, ztrk Y. Biyolojik, Sosyo-Demografik ve Nutrisyonel Faktörlerin Dismenore Prevalansına Etkisi Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal) 2007;29(5):393-402.
2. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity BMC Public Health 2006, 6: 1-7.
3. Burnett MA, Antao V, Black A, Feldman K, Grenville A, Lea R, Lefebvre G, Pinsonneault O, Robert M. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 2005, 27(8):765-70.
4. Begum J, Hossain AM, Nazneen SA. Menstrual Pattern and Common Menstrual Disorders among Students in Dinajpur Medical College, Dinajpur Med Col J 2009 Jul; 2 (2):37-43.
5. nsal A, Ayrancı , Tozun M, Arslan G, alık E. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students, Upsala Journal of Medical Sciences, 2010; 115: 138-45.

13-Çocuk Sağlığı

613

0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN, YÜKSEK ATEŞE YÖNELİK BİLGİ DURUMLARI İLE UYGULAMALARI

Hatice Bebiş, Sabahat Coşkun, Cengizhan Açikel, Serpil Özdemir

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Giriş ve Amaç: Yüksek ateş, çocukluk çağında özellikle 6 ay-5 yaş arasında çok sık görülen, basit febril konvüziyonlar açısından risk yaratan acil servise gitmeyi gerektiren bir şikayettir. Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre dünyada acil ünitelerine getirilen ateşli çocuk oranının % 20-30 olduğu, ülkemizde ise bu oranın % 71'e kadar yükseldiği belirlenmiştir.

Ateşin doğal bir savunma mekanizması olduğunun bilinmesine karşın, çocuk bakımında aileleri en çok tedirgin eden ve korkutan önemli bir konudur. Aileler gereksiz korku ve panik ile çocuk sağlığına zarar verebilecek ateş düşürme yöntemlerine başvurabilmektedir. Bu yöntem ve uygulamalar çocuklarda ölüme kadar giden komplikasyonlara neden olabilmektedir. Ateşi olan çocuğa yaklaşımda gereken önlemler ve zamanında yapılacak girişimler büyük önem taşımaktadır. Literatürde annelerin büyük bir kısmının vücut ısısının normal değerini bilmediği, evinde termometre olmadığı ve termometre kullanmayı bilmediği tespit edilmiştir.

Bu araştırmada, 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırmanın evrenini, Nisan -Mayıs 2012 tarihleri arasında, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GATF), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 0-6 yaş grubu çocuğu olan 400 anne oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise belirtilen tarihte GATF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran 0-6 yaş grubunda çocuğu olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 150 anne oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü; Power and Sample Size paket programı ile, annelerin yüksek ateş konusundaki bilgi ve uygulama düzeyi başarıları %60 olduğu tahmin edilerek, \pm (artı-eksi) %6 hata payı ve %95 güven aralığında 157 anne olarak hesaplanmıştır. Katılımcılardan 7'si görüşme sırasında çeşitli nedenlerle (çocuğun huysuzlanması, tıbbi işlem zamanının gelmesi vs.) soruları yanıtlamadığı için araştırma dışında kalmıştır.

Veri toplama formu, literatür incelemesi sonucu araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, anne ve çocuğa ilişkin tanıtıcı özellikler ile annelerin ateş konusunda bilgi ve uygulamalarını belirleyen (çocuğunun ateşini nasıl fark ettiği, evde derece bulundurup bulundurmadığı, ateşin ölçüm yeri, normal ve yüksek ateş bilgisi, ateş hakkında bilgi kaynağı, ateş yönetimi bilgisi, ateş düşürücü ilaç kullanımı ile ilgili dozu, sıklığı, temin şekli vs.) 28 soru bulunmaktadır.

İkinci bölümde; annelerin yüksek ateş konusundaki bilgi ve çocukları ateşlendiğinde evde yaptıkları uygulamalara ilişkin 30 soru yer almaktadır. Katılımcılar her bir soruyu "doğru, yanlış ve bilmiyor " şeklinde cevaplamıştır. Doğru cevaplar 1 puan, yanlış ve bilmiyor yanıtı verenler 0 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Alınan cevaplar değerlendirilerek, annelerin yüksek ateş konusundaki bilgi ve uygulama puanları; düşük seviyede (0-10 puan), orta seviyede (11-20), iyi seviyede (21-30) şeklinde sınıflandırılmıştır.

Bu çalışmada bağımlı değişken olan, annelerin ateş konusundaki bilgi ve uygulama durumları ile bağımsız değişkenler arasındaki istatistiksel ilişkiyi belirlemek için Ki-Kare testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler ortalama, standart sapma(SS), frekans dağılımları ile değerlendirilmiştir ve % 95'lik güven aralığı, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Çocukların yaş dağılımlarına bakıldığında yarısından fazlasının (%67.3,n=101) 0-36 aylık olduğu ve yaklaşık yarısını (%50.7,n=76) kız çocukları oluşturmaktadır. Annenin yaş dağılımı ise; %92'si 21 yaş ve 40 yaş arası, %6'sı 41 yaş üstü ve %2'si ise 20 yaş ve altıdır.

Annelerin ateş konusundaki bilgi ve uygulama puanları incelendiğinde annelerin %58'i (n=87) orta düzeyde puan alırken %4.7'si (n=7) düşük düzeyde puan almıştır. Annelerin %59.3 (n=89) çocuğunun ateşini dokunarak, %30'u (n=45) derece ile ölçerek anladığını, %9.3'ü (n=14) çocuğun huzursuz olması ağlama ve üşüme gibi belirtilerden, %1.3'ü (n=2) ise ateşi hiç fark edemediğini belirtmiştir.

Annelerin çocuklarının ateşi çıktığında ilk yaptıkları uygulama; %29.3'ü(n=44) ılık duş, %23.3'ü (n=35) ılık kompres, %19.3'ü (n=29) ateş düşürücü, %16.7'si (n=25) giysilerini çıkarttığını, %11.3'ü (n=17) ise hemen doktora götürdüğünü belirtmiştir.

Annelerin %96.7'si (n=145) evde ateş düşürücü ilaç bulundurmaktadır. Çocuğu ateşlendiğinde annelerin %42'si (n=63) doktor önerisi ile %28.7'si (n=43) ateşin yükselmesinden korktuğu zamanlarda, %22.7'si (n=34) önceki tecrübelerine göre ve %6.7'si(n=10) evde ilaç varsa ateşi kontrol etmek için çocuğa ilaç verdiklerini bildirmişlerdir. İlaç dozunu annelerin %57.3 (n=86) çocuğun yaş ve kilosuna, %26'sı (n=39) reçeteye göre ayarlarken, %16.7'si (n=25) ateşin yüksekliğine göre ilaç dozunu ayarladığını belirtmiştir.

Annelerin bu konuda en çok yaptığı yanlışlar sırasıyla; ateş 38°C'de ateş düşürücü ilaç verilmeye başlanması %95.3 (n=143), ateş yükselmeye başlar başlamaz ateş düşürücü ilaçla düşürme %68.7 (n=103), çocuğun vücudunu sirkeli su ile silme %70 (n=105), ateşi bir hastalık olarak tanımlamaları (%62), şeklinde sıralanmaktadır. Annelerin %97.4'ü (n=146) yüksek ateşin neden olduğu sağlık riski "havale geçirme" olduğunu ifade etmişlerdir. Annelerin ateş konusundaki bilgi ve uygulama puanları ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırmamızda annelerin yarısından fazlası çocuğunun ateşini önce dokunarak anladığını belirtmiştir ve yalnız üç anneden biri çocuğun ateşini dereceyle ölçmektedir. Ateşin dokunma yolu ile tespit edilmesi, yanlış algılamalara yol açabilmesi ve objektif bir sonuç yansıtması nedeniyle güvenli bir yol olarak kabul edilmemektedir (1). Demir ve ark.'nın çalışmasında, annelerin %82.2'sinin dokunma, %16.1'inin derece ile ölçtüğünü bildirmiştir (2). Bu çalışma bulgusu ve literatürdeki benzer çalışmalar annelerin ateş belirleme yöntemlerinin etkili olmadığını göstermektedir. Çocuğun ateşinin doğru bir şekilde takip edilmesi hastalığın seyrini belirlemek, tedavinin planlanmasını sağlamak için yön gösterici olduğundan annelerin bu konuda bilgilendirilmeleri önemlidir.

Çeşitli çalışmalarda çocukları ateşlendiğinde anneler tarafından en çok tercih edilen uygulamalar ılık su uygulaması ve ateş düşürücü ilaç kullanma olarak bildirilmiştir (3). Altinkalem'in yaptığı çalışmada en sık başvurulan müdahale yönteminin %65.6 oran ile periferik soğutma, bunu %31.2 ile ateş düşürücü verme izlemiştir (4). Bu çalışmada, anneler çocuklarının ateşi çıktığında, ilk olarak periferik soğutma yapmakta, ikinci sırada ise ateş düşürücü vermektedir. Annelerin periferik soğutmayı ılık su ile yapması olumlu bir davranış olarak kabul edilmesine rağmen, annelerin büyük bir çoğunluğu çocuğun ateşini sirkeli su ile silmenin doğru bir uygulama olduğunu söylemiştir. Çocuğun ateşlenme durumunda hastaneye başvurmadan önce annelerin doğru uygulamaları yanı sıra hala yanlış ve geleneksel uygulamalar yaptıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda annelerin büyük bir çoğunluğu evde ateş düşürücü ilaç bulundurduğunu, yarısından fazlasının doktor önerisi dışında ateş düşürücü kullandığını belirtmişlerdir. Demir ve ark.'nın çalışmasında, annelerin %34.8'inin doktor önerisi dışında ateş düşürücü kullandığı, belirtilmektedir (2).

İlk kez ateşli havale geçiren bir çocuğun ailesi çocuğun öleceğinden korkar ve aşırı kaygılanır (2). Bu yüzden ateş, küçük çocuğu olan aileler için önemli bir korku nedeni haline gelebilir ve gereksiz yaşanan korkular da hatalı uygulamalar yapılmasına neden olabilir. Bu nedenle çocukların bakımında en büyük rolü üstlenen annelerin ateş konusunda bilinçli olmaları önem taşımaktadır. Çeşitli çalışmalarda gereksiz korku ve endişe durumunun annelerin ateş sırasındaki tutum ve davranışlarına yansıdığı gösterilmiştir (3). Bu araştırmada, annelerin tamamına yakını yüksek ateş sonucunda çocuklarda havale geçirme riski olduğunu (%97.4) ifade etmişlerdir. Altinkalem'in yaptığı çalışmada; annelerin %82.5'i çocuklarının ateş sonucunda havale geçirilmesinden endişeli duyduğunu bildirmiştir (4). Bu çalışmada elde edilen bulgular literatürle uyumluluk göstermektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Geniş aile modeline sahip annelerin bilgi ve uygulamalarının yetersiz olması, eğitim eksikliği, ateşe yönelik bilgi ve uygulamaların evin aile büyüklerinin sorumluluğunda ve geleneksel tedavi yöntemlerine bağlı olmasıyla ilişkili olduğu değerlendirilmektedir (2). Annelerin ateş konusundaki bilgi ve uygulama puanları ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bu çalışmada elde edilen bulguya paralel olarak Demir ve ark'ın yaptığı çalışmada geniş aile yapısına sahip olan annelerin bilgi ve uygulamalarının yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmada; annelerin büyük çoğunluğunun çocukluk çağında görülen ateş konusunda bilgi sahibi oldukları ancak bilgi düzeylerinin yeterli düzeyde olmadığı ve ateş düşürmeye yönelik olarak yaptıkları uygulamalarda geleneksel yaklaşımda buldukları ve tüm bunların yanı sıra yüksek ateş nedeniyle çocuklarının havale geçirmesi korkusu yaşadıkları belirlenmiştir. Ateşin düşürülmesinde etkisiz yöntemlerin uygulanması, ateş düşürücülerin reçetesiz kullanılması gibi durumların, ateş yönetimi ile tedavi sürecini olumsuz etkileyeceği değerlendirilmektedir.

Halk sağlığı hemşireleri; hem toplum içinde hem de birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde, planlı sağlık eğitimleri ile aileleri çocukluk çağında görülen yüksek ateş ile ilgili doğru davranış kalıpları geliştirmelerini desteklemeli ve danışmanlık yapmalıdır. Planlı ve sürekli yapılacak sağlık eğitimleri; ateşin nedenleri, ateşli çocuğun evde bakımı, ateş düşürücü kullanma gibi konuları içermelidir. Bu girişimlerin, annelerin ateş korkularını azaltacak, hatalı uygulamaların önlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar:

1. Ulusoy F, Görgülü S. Hemşirelik Esasları. Hacettepe Yayınları Ankara, s.146-157, 1997.
2. Demir M, Bayat M. (2005). Tokat Karşiyaka Doğum ve Çocuk Hastanesi Acil servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 0-5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. Sağlık Bilimleri Dergisi, 14, 22-29.
3. Esenay FI, İşler A, Kurugöl Z, Conk Z, Koturoğlu G. (2007). Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu. Pediatri Arşivi, 42, s.57-60.
4. Altinkalem Dalkıran, Y. (2007). Annelerin Ateş ve Ateşli Havale ile İlgili Bilgi Düzeyleri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

369

6-12 AYLIK BEBEĞİ OLAN ANNELERİN İLK 6 AY YALNIZCA ANNE SÜTÜ VERME DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Sebahat Eğritaş¹, Ebru Dığrak²

¹Ankara Etimesgut Asker Hastanesi

²Selçuk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği

1. Giriş ve Amaç: Anne sütü; yenidoğanda optimum büyüme ve gelişme için gerekli olan tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, biyoyararlılığı yüksek, sindirimi kolay doğal bir besindir. Anne sütü ve emzirmenin hem bebek, hem de anne için, başta beslenme olmak üzere, sağlık, bağışıklık, gelişimsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden çok sayıda yararları vardır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) her bebeğin ilk altı ay boyunca tek başına anne sütü almasını, altıncı ayda uygun şekilde tamamlayıcı beslenmeye geçilmesini ve anne sütüne iki yaşına kadar devam edilmesini önermektedir. Bu önerilere rağmen tüm dünyada sadece anne sütü alma ve anne sütüne devam oranları beklenenden düşüktür. Ülkemizde TNSA 2008'e göre, ilk altı ay

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bebeklerin %23,6 sadece anne sütü, %41,6'sı anne sütü ile ek gıdayla beslenmektedir ve %57 'si biberon kullanmaktadır.

Anne sütü, içeriği yeni doğanın gereksinimlerine göre değişmesi, enfeksiyonlara karşı koruyucu özellik taşıması, bebeğin fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerini ilk 4-6 ay tek başına karşılaması ve ekonomik olması gibi özellikleri nedeni ile bebekler için en uygun besindir. İlk 4-6 ay bebeğe, anne sütüne ek olarak su dahi verilmemesi, ek gıdalara 4-6 aylar arasında başladıktan sonra, anne sütünün ek gıda desteği ile bebek bir yaşına gelinceye kadar verilmesi önerilmektedir. Gelir düzeyi düşük, çevre sağlığı koşulları iyi olmayan toplumlarda anne sütünün başta ishal olmak üzere bulaşıcı hastalıklardan koruyucu etkisinin olması nedeni ile ve yeterli hayvansal kaynaklı protein sağlanmadığı durumlarda bebeklerin bir yıldan daha uzun süre emzirmeleri önerilmektedir.

Annelerin bebeklerini yeterli ve etkili emzirmesi için anne sütünün önemini kavramanın yanında, etkin emzirmeyi, emzirme tekniklerini, emzirme sıklığını, süresini ve emzirme sırasını bilmeleri ve erken postpartum dönemde desteklenmeleri önemlidir. Eğitimde önemli fonksiyonu olan ebe ve hemşire tarafından anneye verilen eğitimin; emzirmenin sürdürülmesinde, meme komplikasyonlarının önlenmesinde, emzirme başarısında büyük rolü olduğu belirtilmektedir. Annenin doğum sonu dönemde düzenli izleminin yapılması, emzirme konusunda verilen eğitimlerin uygulamaya geçip geçmediğinin kontrolü ve annenin sorularının yanıtlanması oldukça önemlidir.

Bu çalışmanın amacı bir sağlık ocağı bölgesinde, 6-12 aylık bebeği olan annelerin bebeklerini ilk altı ay sadece anne sütü ile besleme durumu ve ilişkili faktörleri incelemektir ve buradan çıkacak sonuçlarla anne sütüyle ilgili yapılacak eğitim çalışmalarına katkıda bulunmaktır.

Anahtar Sözcük: Anne Sütü, Emzirme, İlişkili Faktörler

2. Gereç ve Yöntem: Araştırma Konya İli Karatay İlçesinde 15 no'lu Aile Sağlığı Merkezi Selim Sultan Mahallesinde 1Nisan-30 Nisan 2012 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmamızın evrenini; örnek seçilmeksizin, annede ve bebekte sağlık sorunu olmayan, en az bir ay anne sütü alan, 1 Haziran 2011–31 Kasım 2011 tarihleri arasında doğan bebek ve anneleri oluşturmaktadır. Araştırma verilerinin toplanmasında sosyo-demografik özellikler, obstetrik öykü ve emzirme durumlarını içeren anket formu kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından Aile Sağlığı Merkezine başvuran annelere yüzyüze görüşme ile toplanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenme ve bağımsız değişkenleri; sosyo-demografik özellikler, obstetrik öykü ve bebeğin beslenme durumudur. Verilerin istatistiksel analizi için SSPS 15 programı kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama ve yüzde hesaplamaları ile değerlendirilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında olası ilişkileri tespit etmek amacıyla kıkare testleri kullanılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce, 15. No'lu Aile Sağlığı Merkezi Başhekimisi yazılı onaylar alınmıştır. Anket formları doldurulmadan önce bireylere araştırmaya ilişkin bilgi verilerek bireylerin sözlü onamları alınmıştır.

3. Bulgular: Annelerin yaş ortalaması 27±4,8, %64'ü ilkokul mezunu ve %96' sı ev hanımıdır. Babaların yaş ortalaması 30,6±5,3, %46 ilkokul mezunu, %52'si işçidir. %86'sının sağlık güvencesi vardır ve %80 çekirdek ailedir. %58'i 500 tl ve altı, %38'i 501- 1500 tl aylık geliri vardır ve ekonomik durumlarını orta olarak değerlendirmektedir. %94'ünün herhangi bir sağlık sorunu yoktur ve sürekli kullandığı bir ilaç yoktur.

Gebeliği boyunca herkes herhangi bir sağlık kuruluşuna kontrole gitmiştir ve %42'si sadece bir kez gitmiştir. %40'si aile sağlığı merkezine, %50'si kamu hastanesine bağlı doğumevine gitmiştir. Doğan bebeklerin %56'sı erkektir ve %38'inin ilk gebeliğidir. %72'si planlı gebelik olup, %68'i normal doğum olarak gerçekleşmiştir. Anne ve bebeklerin %96'sında doğum ve doğum sonrasında herhangi bir sağlık problemi olmamıştır.

Gebelikte emzirme eğitimi alan %94'tür. Emzirme eğitimini %90 hemşire ve ebelerden, %65'i aile sağlığı merkezlerinden, %86'sı sadece sözel anlatımla almıştır. %94 doğumdan sonra emzirme sırasında bir sorun yaşamamıştır. %66'sı ilk bir saat, %34'ü 1-4 saat içinde emzirmeye başlamıştır. %88'i doğumdan sonra ilk besin olarak anne sütünü tercih etmiş ve %82'si ağladıkça emzirmiştir. Bebeğini ilk altı ay sadece anne sütü ile besleme oranı %78'dir. Bebeğe altı aydan önce %60'ı su, %30'u yoğurt, %44'ü emzik, %34'ü mama, %30'u çorba, %34'ü biberon, %20'si meyve suyu/püresi vermiştir. %48 bitirmek için uygun zaman olduğu için anne sütünden ek gıdaya geçmiştir. %90'ı anne sütünü oda sıcaklığında, normal buzdolabının buzlukunda ve derin dondurucuda nasıl ne kadar sürede salkıyacıklarını bilememektedir.

4. Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Annelerin eğitim düzeyinin anne sütüne başlama zamanına etkisi incelendiğinde, ortaokul mezunu annelerin erken, ilkokul mezunu olan annelerin ise geç emzirmeye başladığı

görülmüştür. (Bolat ve ark 2011) Çalışmamızda ise eğitim düzeyi ile anne sütüne başlama arasında bir fark görülmemiştir.

Anne sütü yenidoğan için en uygun besin maddesidir. DSÖ ve UNİCEF bebeklerin ilk altı ay boyunca yalnızca anne sütü almalarını yedinci aydan itibaren ek gıdalara başlanmasını, ek gıdalarla birlikte emzirmeye iki yaşına kadar devam edilmesini önermektedir. Çalışmamızda emzirme oranı oldukça yüksek (%100) bulunmuştur. Ancak, ilk bir saat içinde emzirme oranı %66, 1-4 saat içinde emzirme oranı %34'tür. 2008 TNSA'nda İç Anadolu Bölgesi için doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirme oranı %35.2 dir. Çalışma grubumuzda ilk bir saat içinde emzirme oranı Türkiye ve İç Anadolu bölgesindeki ilk bir saat içinde emzirme oranından yüksek bulunmuştur. Doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirme oranını Eker ve Yurdakul (2006) %69.6, Yıldız ve ark (2008) % 76 bulmuşlardır.

Emzirme konusunda eğitim alan annelerin, bebeklerini daha uzun süre yalnız anne sütü ile besledikleri belirlenmiştir. Araştırmaya katılan annelerin %94'ü gebelikleri süresince bebek beslenmesi ve emzirme konusunda bilgi aldıklarını ve bu bilgiyi %90'lık oranla ebe/hemşirelerden aldıklarını söylemişlerdir.

Annelerin ilk altı ay anne sütü ile besleme ile ilgili %94 oranında eğitim almalarına rağmen ek gıdaya geçiş erken olmuştur. Bebeğe altı aydan önce %60'ı su, %30'u yoğurt, %44'ü emzik, %34'ü mama, %30'u çorba, %34'ü biberon, %20'si meyve suyu/püresi vermişlerdir. Annelerin ek gıda başlama ve geleneksel yöntemleri kullanmanın sakıncaları ve bebeğin tensel temasının önemi hakkında yeterince bilgi almadıkları anlaşılmaktadır. Annelerin tamamına yakınının bildikleri uygulamaları, düşük oranda gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Şahinöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 0-59 aylık çocuklara doğumdan sonra ilk verilen gıda incelendiğinde; %34.7 şekerli su, %9.0 diğer gıdaların verildiği görülmektedir.

Sezaryen doğumlar birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de olması gerekenin oldukça üzerindedir. TNSA-2008 verilerine göre sezaryen oranı % 21'den % 37'ye, bazı bölgelerde % 60'a kadar yükselmektedir. Çalışmamızda sezaryen doğum %32 oranındadır. Kutlu ve ark (2006) normal vajinal doğan bebeklerin % 35,6'sının, sezaryen doğumların % 64.4'ünün iki saatten sonra emzirmeye başladığını, ilk 30 dk.'da anne sütü ile emzirmeye başlayanların altıncı ayda sadece anne sütü ile emzirme oranının daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Sonuç olarak, emzirme Türkiye'de yaygın olmasına rağmen sadece anne sütü ile beslenme yeterli düzeyde değildir. Bebek maması ve diğer sıvılara erken başlama yaygındır, biberon ile beslenmekte ve emzik kullanılmaktadır. Bu nedenle, annelerin gebelikten itibaren anne sütünün yararları konusunda bilgilendirilmesi, emzirme tekniğinin uygulamalı olarak öğretilmesi, sadece anne sütü ile besleme konusunda cesaretlendirilmesi ve bu durumu olumsuz yönde etkileyecek koşullardan uzak durması için eğitilmesi gereklidir. Doğum öncesi dönemden başlayarak, tüm gebelere eğitim düzeyleri ve bireysel farklılıkları gözetilerek anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda bilgi verilmesi, doğum sonu dönemde bu eğitimlerin yinelenmesi ve erken dönemde emzirmenin desteklenmesi önerilmektedir. Başarılı bir emzirme süreci için bu eğitimin anneye destek verecek aile bireylerini de kapsamaya yararlı olacaktır.

Kaynaklar:

1. Bolat F, Uslu S, Bolat G, Bülbül A, Arslan S, Çelik M, Cömert S, Nuhoglu A. İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. *Çocuk Dergisi*. 2011; 11(1): 5-13.
2. Eker A, Yurdakul M. Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *STED Dergisi*, 2006.15(9);158-164.
3. Kutlu R, Marakoğlu K. Evaluation of initiating, continuing and weaning time of breastfeeding. *Marmara Medical Journal* 2006;19:121-6.
4. Şahinöz S, Özçırpıcı B, Bozkurt A ve ark. Gap Bölgesi'nde çocuk beslenmesine ilişkin uygulamaların durumu. <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m10.6.htm>
5. Yıldız A, Baran E, Akdur R, Ocaktan E, Kanyılmaz O. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 Aylık Bebekleri Olan Annelerin Emzirme Durumları Ve Etkileyen Faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2008;2;61-67.

AFYONKARAHİSAR'DA 6 AYLIKTAN KÜÇÜK BEBEKLERDE, ANNE SÜTÜ İLE BESLENMEYİ ETKİLEYEN, ANNE VE BEBEĞE AİT BAZI ETMENLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Kadriye Avcı

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Anne sütü ile beslenme; bebeklerin büyüme ve gelişmelerine uygun, tüm beslenme şekillerinden üstün en ideal beslenme şeklidir. Bebeğin ilk 6 ay tek başına anne sütü ile beslenmesi, 6. aydan sonra ek besinlerle birlikte anne sütü ile beslenmenin devam etmesi ve emzirmenin 2 yaşın sonuna kadar sürdürülmesi bebeğe sayısız yararlar sağlar. Anne sütünün bebeklere en sağlıklı ulaşma yöntemi olan emzirme; eşi bulunmaz bir beslenme yöntemidir ve anne ile bebeğin sağlığı üzerinde çok özel biyolojik ve duygusal bir etkiye sahiptir.

Bu çalışma, Afyonkarahisar ili Sahipata bölgesinde ikamet eden 0-6 aylık bebeklerin anne sütü ile beslenme durumlarını ve beslenmelerini etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini Afyonkarahisar ili Sahipata bölgesinde ikamet eden 0-6 ay arasında bebeği olan 220 anne oluşturmuş, fakat katılmak istemeyenler ve ulaşılamayan anneler çalışmaya dahil edilememiştir, toplam 126 anneye (%57,2) ulaşılabilmektedir. Çalışma 05-18 Aralık 2011 tarihleri arasında toplam 126 anne ile yüz yüze görüşme tekniği ile 37 soruluk anket formu uygulanarak yapılmıştır.

Karşılaştırmalar sayısal değişkenler için Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki karşılaştırmalar ki-kare testi ile yapılmıştır. Merkezi ölçütler, aritmetik ortalama \pm standart sapma olarak verilmiştir. Anlamlılık değeri $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya alınan 126 bebeğin 59'u (%46,8) kız olup; 0-3 aylık bebek sayısı 79 (%62,7) iken , 3-6 aylık bebek sayısı 47 (37,3) olarak saptanmıştır. Annelerin yaş ortalaması $26,2 \pm 5,3$ yıl olup (en küçük anne yaşı 17 iken en büyük anne yaşı 43), çoğu kentsel alanda yaşayan bu annelerin 3'ü (%2,4) dışında tümünün sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır. Eğitim durumları açısından ise %1,6'sı okur yazar değil iken, %33,3'ü ilkokul mezunu, %28,6'sı ortaöğretim mezunu, %25,4'ü lise mezunu, %11,1'i üniversite mezunundan oluşmuştur. Araştırmaya aldığımız ailelerin 97'si (%77,0) çekirdek aileden oluşmuştur.

Doğumların tümü hastanede gerçekleşirken, 61'inin (%48,4) normal doğum, 65'inin (%51,6) sezeryan ile doğum yaptığı saptanmıştır. Annelerin tamamı doğum öncesi bakım almak için her hangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuş olup en çok başvuru % 50,0 oranında özel hastaneye yapılmıştır.

Annelerin 46'sinin (%36,5) son gebeliği sırasında ve doğum sonrası dönemde emzirme ile ilgili bilgi almadığı, bilgi alan 80 (%63,5) annenin bilgi kaynaklarının %58,7 oranında sağlık personeli olduğu görülmüştür.

Emzirilen 125 (%99,2) bebeğin, 81'inin (%64,3) doğumdan sonraki ilk bir saat içinde, 45'inin (%35,7) bir saatten sonra emzirilebildiği saptanmış ve 1 bebek ise hiç emzirilmemiştir. Doğum sonrası ilk bir saat içinde emzirilmeye başlanması; doğumlarını spontan vajinal yol ile yapanlarda (%42,1) , sezeryan ile doğum yapanlara (%22,2) kıyasla daha fazladır ($X^2: 26,3$ $p < 0,05$). Doğum sonu ilk emzirme zamanları ile annenin yaşı ($X^2: 0,38$ $p > 0,05$) ve eğitim durumu ($X^2: 0,56$ $p > 0,05$) arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır.

İlk bir saat içinde emzirilmeye başlanmayan 45 (%35,7) bebeğin, sezeryan ile doğum (%18,3) , hastane şartları dolayısıyla (%1,6) , anne sütünün gelmemesi kaynaklı (%6,3), bebeğe ait sorunlardan kaynaklı (%7,1) nedenlerle geç emzirildiği saptanmıştır.

Gün içindeki emzirme sıklığı sayısına baktığımızda $10,3 \pm 4,8$ defa emzirildiği görülmüştür. Emzirme sıklığıyla annenin eğitim düzeyi ($p > 0,05$), yaşı ($p > 0,05$) ve çocuk sayısı ($p > 0,05$) ile anlamlı ilişki saptanmamıştır. Emzirmenin diğer aile üyeleri tarafından desteklenmesi %89,9 oranında olup, emzirmeye devam etmek isteyen anne sayısı 118 (%97,5) bulunmuştur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırma sırasında bebeklerin 82'sinin (%65,0) sadece anne sütü,37'sinin (%29,4) anne sütü+ek gıda,7'sinin (%5,6) sadece ek gıda ile beslenmekte olduğu saptanmıştır. 0-2 ay arasındaki bebeklerin %89,7'si; 2-3 ay arasındaki bebeklerin %82,5'i; 4-5 ay arasındaki bebeklerin %34,4'ü sadece anne sütü ile beslenmekte olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubunun emzirme öyküsü sorgulandığında; ağızdan verilen ilk besin %88,1 (111 bebek) oranı ile ağız sütü, %10,3 (13 bebek) oranı ile hazır mama, %0,8 (1 bebek) oranı ile şekerli su, %0,8 (1 bebek) oranı ile diğer besin maddeleri olarak saptanmıştır.

Ek gıdaya başlanmış 44 (%35,0) bebeğin ortalama ek gıdaya başlama zamanı $3,6\pm 1,9$ ay olup, bebeklerin 19'u (%15,1) 3 aydan önce ek gıdaya başlamıştır.

Araştırmamızda 7 anne (%5,6) emzirmeyi tamamen kesmiştir. Bunun nedeni olarak en sık karşılaşılan sebep, anne sütünün yeterli olmaması (%50,0) bulunmuştur.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Emzirmeye erken başlanması hem anne hem de bebek için yararlıdır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde, TNSA 2008 verilerine göre bölgemizde ilk bir saat içinde emzirmeye başlama oranı %41,7 olup bu oran 24 saat sonra emzirmeye başlamada %75,5'e ulaşmaktadır(1).Bebeklerin doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanına bakıldığında Yiğitbaş ve ark.'nın çalışmasında ilk yarım saat içinde emzirme %58,8, ilk 1 saat içinde emzirme %16,5'tir (2). Cernadas ve ark.'nın çalışmasında ise annelerin %97,8'inin doğumdan sonra ilk 6 saat içerisinde (çoğunluğu ilk 2 saat içerisinde)bebeklerini emzirdiklerini saptamışlar(3).

UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü(WHO) bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü almalarını (başka katı ve sıvı gıdalar ve su almadan) verilmesini ve 7.aydan itibaren katı ve lapa ek gıdalara başlanmasını önermektedir. TNSA 2008 verilerine göre 2-3 aylık bebeklerde sadece anne sütü ile beslenenlerin yüzdesi yüzde 42 iken (1),bizim çalışmamızda 2-3 ay arasındaki bebeklerin %82,5'i sadece anne sütü ile beslenmektedir.

Bizim çalışmamıza benzer şekilde, Ünsal ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada normal doğum yapanların sezeryanla doğum yapanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede($p:0,000$) erken emzirmeye başladıkları, ayrıca hastanede doğum yapmanın anlamlı olarak ilk emzirme zamanını geciktirdiğini saptamışlardır(4).Bu nedenle anne adaylarının normal doğuma özendirilmesi, ancak gerekli endikasyon varsa sezeryan doğum yapılması konusunda bilgilendirilmesi, erken emzirme konusunda farkındalığın oluşturulması sağlanmalıdır.

Yapılan birçok çalışmada emzirmede önemli olan diğer bir faktörde aile desteğidir. İyi ve çok iyi aile desteği alan anneler, destek almayan annelerden daha yüksek oranda 6 ay boyunca bebeğine sadece anne sütü vermektedir(3).Bizim çalışmamızda emzirmenin diğer aile üyeleri tarafından desteklenmesi %89,9 oranında olması yüz güldürücüdür.

Sonuç olarak, doğumdan sonra anne sütü başlandığı halde ek gıdalara erken başlanması Türkiye'de yapılan çeşitli araştırmalarda olduğu gibi bu çalışmada da önemli bir sorun olarak saptanmıştır. Ancak bizim araştırmamızda anne sütü veren annelerin %97,5'inin emzirmeye devam etmek istemeleri yüz güldürücü bir durumdur.

Doğumların çoğunluğunun hastanede gerçekleştiği bölgemizde, bebeğin doğumdan hemen sonra anneye verilmesini sağlayacak düzenlemeler yapılmalı, sağlık personelinin emzirme ve anne sütünün önemi vurgulayacak sürekli eğitimler vermesi sağlanmalı. Ayrıca her anne adayı ve aile bireyleri anne sütü ve emzirmeyle ilgili yeterince bilgilendirilmeli, annenin aile bireyleri tarafından desteklenmesi ve teşviki sağlanmalıdır.

Kaynaklar:

1) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara, 2009; 171-87.

2) Yiğitbaş Ç, Kahriman İ, Çalık KY, Bulut HK. Trabzon il merkezindeki hastanelerde doğum yapan annelerin emzirme tutumlarının değerlendirilmesi Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(2)

3) Cernadas J.M et al. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life, J Hum Lact 2003;19:136

4) Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005;48:226-33

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, Emzirme, Bebek, Ek gıda

952

ARI ÜRÜNLERİ KARIŞIMLARININ (APITERA® I VE II) ÇOCUK SPORCULARDA PERFORMANS VE BİYOKİMYASAL PARAMETRELER ÜZERİNE ETKİLERİ

Sibel Silici, Selçuk Mıstık, Nazmi Sarıtaş, Kevser Karaman, Serdar Büyükipenkçi, Hakan Akdoğan, Özen Altıparmak

Erciyes Üniversitesi Ziraat Fakültesi Tarımsal Biyoteknoloji Bölüm Başkanı 38039 Kayseri

Giriş ve Amaç: Bu araştırmada Jimnastik yapan çocuk sporcularda arı ürünleri karışımlarının biyokimyasal veriler ve performans üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kapsamında elit seviyede haftada 4-5 gün ve en az iki saat antrenman yapan toplam 24 çocuk sporcu araştırmaya dahil edildi. Sporcular 3 eşit gruba ayrıldı. Grupların cinsiyet ve yaş bakımından homojen olmasına dikkat edildi. Aynı seviyede antrenman yapan sporculara 4 hafta (30 gün) boyunca 1. Gruba (n=8) 50 g/ gün Apitera® 1 (Bal-polen-arı sütü-propolis karışımı), 2. Gruba 50 g/gün (n=8) Apitera® 2 (bal-polen-arı sütü) ve 3. Grup olan Plasebo grubuna 50 g/gün nişasta verildi. Araştırma öncesi ve sonrasında sporcuların antropometrik ölçümleri, biyokimyasal, (glikoz, kolesterol, HDL kolesterol, LDL, BUN, kreatinin, kalsiyum, fosfor, sodyum, potasyum, klor, LDH, AST, ALT, ALP, total protein, TSH) hematolojik (tam kan sayımı) ve performans (barfiks kuvvet, mekik kassal dayanıklılık, esneklik, çeviklik, hız 45 m koşu, güç uzun atlama) verileri kaydedildi.

Bulgular: Yapılan analizler sonucunda; hematolojik parametrelerden; beyaz küre (WBC), ortalama Eritrosit hemoglobin konsantrasyonu (CHCM), ve nötrofil sayısında çalışma öncesinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edildi. Biyokimyasal parametrelerden ise sadece total protein miktarında artış yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. Ayrıca ürünlerin sporcularda aritmetik olarak performans artışı sağladığı tespit edildi.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Elde edilen sonuçlara göre, Apitera® ürünlerinin çocuk sporcularda incelenen biyokimyasal ve hematolojik parametreler ışığında herhangi olumsuz bir etkiye sebep olmadığı ve performansı iyileştirdiği sonucuna varılmıştır. Literatürde arı ürünlerinin sporcu beslenmesinde kullanımı ile ilgili çok sayıda çalışma bulunmamaktadır. Özellikle bu ürünlerin karışım halinde kullanıldığı bu çalışma bir ilk niteliğindedir. Arı sütü ile yapılan bir çalışmada Rusya'da profesyonel sporculara 21 gün boyunca 369 mg lık laktoz-glikoz üzerine absorplanmış ve günlük 1.2 g kuru arı sütüne karşılık gelen tabletler verilmiş ve plaseboya karşı etkinliği belirlenmiştir. Test sonunda arı sütü verilen sporcuların kan değerleri incelendiğinde; bağışıklık sistemi için indikatör olan lökosit, lenfosit, T-lenfosit, T yardımcı hücreleri sayısı kontrol grubuna göre artış göstermiştir. (Krylov et al., 2007). Başka bir çalışmada ise genç futbolcular üzerinde gerçekleştirilmiş, arı sütü alımının 13 morfolojik özellik üzerine etkisi test başında ve sonunda ölçülmüş sonuçlar kontrol grubuyla kıyaslanmıştır. Arı sütü kullanan sporcuların vücut uzunluğunun, kemik ve kas bileşenlerinin oranının arttığı buna karşın yağ oranlarının azaldığı deneme sonrası yapılan ölçümlerde tespit edilmiştir. (Joksimović et al., 2011). Literatür sonuçları ile benzer olarak elde edilen çalışma sonuçları göz önüne alındığında, araştırmada kullanılan arı ürünlerinin çocuk sporcularda performans artırıcı destek ürünü olarak kullanılabileceği tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Arı ürünleri, Çocuk Sporcular, jimnastik, Beslenme Destek ürünleri

Kaynaklar:

Joksimovic A, Stankovic D, Joskimovic I, Molnar S, Joksimovic S. (2011). Royal jelly as supplement for young football players. Sport Science 1: 62-67.

Krylov V, Agafonov A, Krivtsov N, Lebedev V, Burimistrova L, Oshevski L, Sokolski S. (2007). Theory and agents of apitherapy (in Russian). Moscow.

736

ASTIMLI ÇOCUKLARIN YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLER

Nuran Güler

Cumhuriyet Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Astımlı çocukların yaşam kalitesi ve etkileyen bazı faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan çalışmanın örneklemini Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Allerji-İmmünoloji polikliniğine Eylül 2010 - Aralık 2010 tarihleri arasında başvuran 7-17 yaş grubundaki astım tanısı almış 100 hasta oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu ve Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Astımlı çocuk ve ebeveyni polikliniğe gelir gelmez ve doktoru ile görüşme yapmadan önce formlar uygulanmıştır. Astımlı çocuk ve ailesi araştırmacının amacı ve yararı konusunda bilgilendirilmiştir. Daha önceden belirlenen bir görüşme odasına anne ve çocuk alınmıştır. Kişisel bilgi formunda yer alan sorular araştırmacı tarafından tek tek sorularak alınan yanıtlar forma kaydedilmiştir. Ardından yaşam kalitesi ölçeği çocuğun doğru yanıt verebilmesi için ebeveyni olmadan çocukla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde, t testi, varyans analizi ve tukey testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan astımlı çocukların % 53'ü kız, % 68'i 7-11 yaş grubunda, %90'ı ilköğretimde okumaktadır. Çocukların ailelerinin %85'i çekirdek yapıda, %85'inin gelir düzeyi orta, %3'ünün sağlık güvencesi bulunmamakta, %76'sının ailesinde astım tanısı alan birey bulunmaktadır. Çocukların yaşadığı evlerin %19'u sobalı, %13'ü nemli, %6'sının yetersiz havalandırıldığı,%21'inin yeterli güneş ışığı almadığı, %18'inde evcil hayvan beslediği belirlenmiştir. Çalışmada astımlı çocukların AÇYKÖ (Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği) toplam puan ortalaması 105.76 22.69 (100.85 ± 23.20) belirlenmiştir. AÇYKÖ alt boyutlarında; belirtiler puan ortalaması 45.19 13.49, faaliyet kısıtlaması puan ortalaması 19.54 4.88 ve duygusal işlev puan ortalaması 41.03 7.31 olarak saptanmıştır

Astımlı çocuklarda her iki cinstede faaliyet kısıtlaması ile ilgili puan ortalaması diğer puan ortalamalarına göre daha düşük belirlendi.Öğrencilerin cinsiyet, öğrenimi, ailelerinin gelir düzeyi ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05). Yanında sigara içilen astımlı çocukların duygusal işlev puan ortalamasının ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasının yanında sigara içilmeyen astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu (p<0.05) Astımlı çocukların yaşadığı evlerin özellikleri değerlendirildiğinde nemli vesobalı evde oturan astımlı çocukların belirtiler puan ortalamasının kaloriferli evde oturan astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu (p<0.05)

Sonuç ve Öneriler: Çocukların yaşam kalitesinin ortalamasının üzerinde olduğu belirlenmiştir. Çocukların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler oturan evin fiziksel koşulları ve evde içilen sigara olduğu belirlenmiştir.Astımlı çocukların ailelerinde sigara kullanma oranının yüksek olması nedeniyle sigara karşıtı sağlık eğitimleri yapılmalı ve sigaranın zararları vurgulanmalıdır. Aileler oturan evin fiziksel koşulların iyileştirilmesinin önemi konusunda bilgilendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Astım, çocuk, yaşam kalitesi, etkileyen faktörler, hemşirelik

Kaynaklar:

Alberto V.G., Gaston D.T., Carlos U.P. (2007).Quality of life in the asthmatic children and their caregiver. Revista chilena de enfermedades respiratorias , 23(3): 160-166.

Boran P., Tokuç G., Pisgin B., Oktem S. (2008). Assessment of quality of life in asthmatic Turkish children. Turk J Peditr,50(1): 18-22.

480

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDEN HİZMET ALAN ve 0-5 YAŞ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN ÇOCUK BAKIMINDA BAŞVURDUKLARI GELENEKSEL UYGULAMALAR

Mehtap Türkey

Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: İnsanların sağlıkla ilgili inanç ve uygulamaları, içinde yaşadığı toplumun ve onun kültürünün bir parçasıdır. Dünya'nın bazı toplumlarında olduğu gibi Türk toplumunda da çok fazla geleneksel uygulama yapılmaktadır. Doğum sonu dönemde yapılan ve özellikle sağlık açısından zararlı olan geleneksel uygulamalar; bebek ve çocukların hekime başvurma sürelerini uzatmakta, hastalık, sakatlık ve hatta ölüme sonuçlanabilmektedir.

Bu çalışmanın amacı, 0-5 yaş çocuğu olan annelerin çocuk bakımına ilişkin başvurdukları geleneksel uygulamaları saptamak, bu konu ile ilgili bilgilendirme çalışmaları yaparak ebe ve hemşireleri yönlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel nitelikli bu çalışmanın evrenini, herhangi bir nedenle çocukları muayene ettirmek üzere Aile Sağlık Merkezine başvuran çocuk yakınları oluşturmuştur. Araştırmaya Temmuz-Ağustos 2011 tarihleri arasında Aile Sağlık Merkezi'ne gelen 0-5 yaş çocuğu olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 144 kişi alınmıştır. Veriler, 23 soruluk soru formu yardımıyla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır ve SPSS 13,0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede ortalama, standart sapma, yüzdelikler gibi tanımlayıcı istatistikler ile analizlerde ki- kare testi ve t testi kullanılmıştır. P değeri 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması $28,6 \pm 4,95$ 'dir. Annelerin %33,3'ü ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip ve %59,7'si çalışmamaktadır. Çalışmaya katılan ailelerin %91,7'si çekirdek aile tipindedir. Annelerin ortalama çocuk sayısı; $2,19 \pm 1,36$ iken, lise ve üstü eğitim düzeyindeki annelerin $1,53 \pm 0,63$ bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışmamıza katılmayı kabul eden ailelerin çocuklarının yaş ortalaması $19,55 \pm 16,08$ aydır. Çocukların %42,4'ü kız, %57,6'sı erkektir

Annelerin %30,6'sının çocuklarını kundak yaptıkları, %50'sinin bebeklerini tuzladıkları, %22,2'sinin sarılığa sahip bebeğe sarı giydirdikleri, %34,7'sinin çocuklarının erken yürümeleri için elinden tutup yürütmeye çalıştıkları, %20,1'inin ateşi el ile ya da dudakları ile ölçtükleri, %93,1'inin nazara inandığı ve bunların %13,9'unun çocuğuna muska taktığı saptanmıştır. Geleneksel uygulamaların anne eğitimi ile ilgili olduğu ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip annelerin bu uygulamalara daha fazla yer verdiği saptanmıştır ($p < 0,05$).

Sonuç: Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar, bölgemizde az da olsa geleneksel uygulamalara başvurulduğunu göstermektedir. Bu konuda aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire ve ebelerin daha duyarlı olması ve geleneksel uygulamalar hakkında annelere daha fazla bilgilendirme çalışmaları yapmaları önem taşımaktadır.

587

ÇOCUK İSTİSMARI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ ARAŞTIRMASI

Işıl Paki¹, Oğuz Polat², Figen Demir¹, Çağda Nur Turhan³, Esra Melis İstikbal³, Sadık Köse³, Neşe Polat

¹Acibadem Üniversitesi

²Marmara Üniversitesi, Emekli Öğretim Üyesi

³Maltepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi, İstanbul

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını ‘Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen, bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan tüm davranışlardır’ şeklinde tanımlamaktadır. Çocukların, bakım altında iken “bedensel ve zihinsel şiddetin her türünden” korunmaları gerektiği, Türkiye’nin de taraf olduğu çocuk haklarına dair sözleşmede yer almaktadır.

Özellikle çocuklukta maruz kalınan şiddet, istismar ve ihmal, derin izler bırakmakta, ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Araştırmalar, şiddetin şiddet doğurduğunu, şiddetin erken yaşlarda öğrenildiğini göstermektedir. Şiddetin sorun çözme, ceza verme aracı ya da statü, saygı kazanma yöntemi olarak kullanıldığı ortamlarda büyüyen birçok çocuk ve gencin, yetişkin olduklarında özellikle kendi eşlerine ya da çocuklarına şiddet uygulama olasılığı yüksektir.

Çalışmada amaç, toplumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi, tutum, davranış düzeyini araştırmak, kişilerin çocukluklarında istismara maruz kalıp kalmadıklarını ve maruziyetlerinin bilgi düzeyine etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı tipte bir alan araştırmasıdır. Araştırma verileri 3 araştırmacı tarafından Kadıköy- Maltepe bölgesinde gelişigüzel seçilen katılımcılara uygulanan bir anket yoluyla toplanmıştır. Araştırmada 910 kişiye ulaşılmıştır. Anket formu sosyodemografik özellikler, çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi, tutum, davranış durumu (1-6, 13. sorular), çocuk istismarına maruz kalıp kalmadığına yönelik (7-12 sorular) sorulardan oluşmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programını kullanılmıştır. Veri analizinde tanımlayıcı istatistik ve ki kare kullanılmış, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 910 kişi katılmış olup, katılımcıların yaşları 18-83 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması 30.8’dir (ss:12.4). Çalışmaya katılanların %41.3(n=376)’ü kadındır. Katılımcıların %62.5’i bekar, %37.5’ü evlidir. Araştırmaya katılanların %67.1’i üniversite mezunu veya üniversitede okumaktadır. %16.6’sı lise mezunu, %11.8’i ilkokul ve ortaokul mezunudur. Katılımcıların % 22’si ‘çocuğun beslenmesini ve hijyenini yeterince sağlamamak’ önermesini, %17.8’i ‘çocuk suç işlediğinde tokatla cezalandırmak’ önermesini, %13.2’si ‘okul ödevlerini bitirene kadar odasına kilitlemek’ önermesini çocuk istismarı kapsamında değerlendirmiştir. ‘Bir anne baba olarak çocuğunuza herhangi bir nedenden dolayı hiç dayak attığınız oldu mu?’ sorusuna çocuk sahibi olan katılımcıların % 56.5’i evet yanıtı vermiştir. Bunların %44.1’i sinirlerime hakim olmadığım için, %11.3’ü bundan ders almasını istediğim için, %6.1’i evde disiplini sağlamak için %1.8’i de bana saygı duymasını sağlamak için dayak attığımı ifade etmiştir. Katılımcıların %25.3’ü yumrukla veya tekmeyle vurma ya da yere, duvara veya merdivenden itme şeklinde bir harekete maruz kaldığını, %14. 8’i vücudunda iz, sıyrık, yanık, veya kanamaya, diş kaybına kemik kırıklarına neden olacak bir harekete maruz kaldığını bildirmiştir. ‘Cinsel istismarı uğrayanlar sadece kız çocuklarıdır’ önermesini katılımcıların %87.6’sı hayır diyerek doğru cevap vermiştir. ‘Çocuklar istismar hakkında yalan söylemezler’ önermesine evet diyerek doğru yanıt verenlerin oranı %43.1’dir. ‘Sosyoekonomik açıdan iyi olan ailelerde cinsel istismar çok nadirdir’ önermesine hayır diyerek doğru yanıt verenlerin oranı %57.2’dir. ‘Cinsel istismar ortaya çıktığında bu durum saklanmalı ve aile içinde çözümlenmelidir’ önermesine hayır diyerek doğru yanıt verenler %77.7 oranındadır. ‘Cinsel istismarcılar sadece erkeklerdir’ önermesini %86.7’si hayır diyerek doğru yanıtlamıştır. ‘Cinsel istismar çoğunlukla yabancılar ve yaşlı adamlar tarafından gerçekleştirilir’ önermesine hayır diyerek doğru yanıt veren katılımcı oranı %73.8’dir. Hayatında en az bir kez fiziksel şiddete uğrayanlarla uğramayanlar arasında ‘Çocuklar istismar hakkında yalan söylemezler’, Çocuklar görünüşü ya da davranışı nedeni ile cinsel istismara neden olabilir’, ‘Cinsel istismar ortaya çıktığında bu durum saklanmalı ve aile içinde çözülmeye çalışılmalıdır’ önermelerine verilen doğru yanıtlarda istatistiksel anlamlı fark vardır. Fiziksel şiddete uğrayanlar daha az oranda doğru yanıt vermişlerdir ($p<0.05$).

Tartışma ve Öneriler: Çocuk ihmali ve istismarı çocuk ve genç sağlığını olumsuz etkileyen çocukta yaşamı boyunca kalıcı izler bırakan bir sağlık sorunudur. Çalışmada tamamı çocuk istismarı kapsamında değerlendirilmesi gereken davranışlar katılımcılar tarafından %3.4 ile %22 arasında istismar davranışı olarak değerlendirilmiştir. Eğitim sistemimizde dayanın gelenekselleşmiş bir yere sahip olması, hatta kabul edilen bir davranış olması kişilerin bu davranış biçimlerini istismar olarak değerlendirmemesine neden olmaktadır. ÇIKORED (Çocuğu

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği) tarafından yapılan bir çalışmada 6-12 yaş ilkokul öğrencilerinde cezalandırma yöntemi olarak %85'inde dayanın kullanıldığı, öğretmenlerin bir tokat atma ya da saç çekmenin dayak olmadığını ancak vücuda zarar veren davranışları bu kapsamda değerlendirdikleri bildirilmektedir.

Çalışmada çocuk sahibi katılımcıların %56.5'i çocuğuna dayak attınız mı sorusuna evet yanıtı vermiştir. Yine katılımcıların %25.2'si fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir. Unicef tarafından yapılan Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet raporunda (2010) çocukların %25'nin ihmale maruz kaldığı, 7-18 yaş grubu her iki çocuktan birinin duygusal istismar alanında istenmeyen davranışlara maruz kaldığı, %45 oranında fiziksel istismara maruz kaldığı bildirilmektedir.

Cinsel istismar ile ilgili önermeler %43.1-%96 arasında doğru olarak yanıtlanmıştır. Bu konuda bilgi düzeyi yüksek olmasına rağmen cinsel istismarın tabu olarak kabul edilmesi nedeni ile olaya maruz kalanların başvuru yapmakta zorlandıkları, yargı sürecinde travmanın tekrarlanmasına bağlı bu olayları saklı tuttıkları bilinmektedir.

Çocukların maruz kaldığı istismarın zararlı etkileri göz önüne alındığında, çocukları korumak ve iyileştirmek amacıyla, aileleri, çocukları ve öğretmenlere yönelik eğitim kampanyalarının başlatılması önemlidir.

Çocuk istismarı çok yönlü bir sorun olduğundan sağlık alanında çalışan personelin de olguların tanı ve tedavi yaklaşımı ve yasal prosedürü bilmesi, olgulara gereken yönlendirmeyi yapabilmesi için bu alanda eğitilmiş olması gerekir. Ciddi yaralanmalar ve ölümlerle de sonuçlanabilmesi nedeni ile çocuk istismarına yönelik önleyici çalışmaların yanı sıra istismara maruz kalanların tanınması ve hukuksal sürecin başlatılıp çocuğun koruma altına alınması çok önemlidir. Bu alanda gerekli eğitimi almış, hukuk, psikoloji ve sağlık alanında çalışan kişilerden oluşan multi-disipliner bir ekip oluşturulması ve olguların bu ekip tarafından değerlendirilmesi sorunun çözümü için önemli bir aşamadır.

Kaynaklar:

1-Polat O. Çocuk Hakları Raporu, Çocuk Hakları Bülteni Ağustos 1997, ÇİKORED Yayınları

2-Türkiye'de Çocuk istismarı ve Aile içi şiddet raporu, 2010 <http://panel.unicef.org.tr/vera/app/var/files/c/o/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>

3-Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler . C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 24 (3):128 – 134.

4-Kocaer U. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri, Marmara Üni. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.

879

BEBEK DOSTU İLİMİZDE ANNELERİN EMZİRME DURUMLARI

Zühre Alpua, İbrahim Demirciler, Şükrü Arpacı

Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Anne sütü bebek ve anne sağlığı için kısa ve uzun dönemde pek çok pozitif etkisi bilinen doğumdan itibaren altı ay sonunu kadar olan dönemde tüm gereksinimlerini tek başına cevap verebilen mükemmel içeriğe sahip doğal bir besindir. Anne sütü yeni doğanın gelişimini destekleyecek özelliklere sahiptir ve besin değeri bakımından tüm yapay besinlerden üstündür. Anne sütü, içeriğinin yenidoğan gereksinimlerine göre değişmesi, enfeksiyonlara karşı koruyucu özellik taşıması, bebeğin fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerini

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ilk 6 ay tek başına karşılaması ve ekonomik olması nedeni ile bebekler için en uygun besindir. (1). Anne sütü büyümekte olan bebeğe mükemmel bir besin kaynağı olmasının yanında antikor, sitokinler, büyüme faktörleri, antimikrobiyal maddeler ve özgün bağışıklık hücreleride içermektedir. (2)Bu çalışmada sağlıklı bebeklerin ilk altı ayda sadece anne sütü alma oranlarının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Denizli ili 1 Nolu Toplum Sağlığı Merkezine bağlı bulunan aile hekimlerinden 0- 6 aylık bebeği bulunan 150 anneye ulaşılmış, anket uygulanmış ve anket verileri SPSS programında girilerek değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: Annelerin %16,7'si (25) üniversite mezunu, % 32,7'si (49) lise mezunu,% 78'i (117) ev hanımı idi , yaşların ortalaması 28,1± 4,9 (19; 45) .Doğumların % 48'i (72) devlet hastanesinde % 48'i (72) özel hastanede % 4'ü (6) üniversite hastanesinde gerçekleşmişti. Doğumların % 54'ü (81) sezaryen ve % 75,3'ü doktor tarafından gerçekleştirilmiştir. Devlet hastanesinde gerçekleşen doğumların % 40,3'ü (29) , özel hastanede gerçekleşen doğumların ise % 65,3'ü (47) sezaryen doğum olduğu görülmüştür. Bebeklerin % 51,3'ü erkek (77) %48,7'si (73) kız idi.

Bebeklerin %98,7'si (148) anne sütü alıyordu. % 78 bebek anne sütü dışında herhangi bir ek gıda almamıştır. Ek gıda alanların % 48,5'i (16) mama , %15'i su (5) % 12 (4) rezene vermekte idi. Ek gıdayı % 45,6'ısı çay kaşığı ile ,% 36,4' ü biberon ile vermiş ve annelerin %47,1'i ek gıdalara kendi başlamaya karar vermişti.

Doğum öncesinde annelerin %96 'ısı (144) emzirme eğitimi almış, % 92,7'sine (139)de bu eğitim ebe –hemşire tarafından verilmiş, annelerin tamamı hamile iken kadın doğum uzmanı tarafından görülmüş ancak % 33,3'üne (50) uzman hekim tarafından emzirme ile ilgili eğitim verilmiş ya da yönlendirme yapılmıştı. %95,3 (143) anneye emzik ve biberon verilmemesi konusunda uyarı yapılmış ,% 91,3'üne (137) ek gıdaya başlama tarihi ve 2 yaşına kadar devam edilmesi konusunda bilgi verilmişti. % 95'ine (142) emme sıklığı ve bebek fazla uyuduğunda ne yapması gerektiği konusunda bilgi verilmiş. Doğumdan sonra ilk 6 saatte % 94,7'isi emzirmiş (142) ve %92,7'isine bebeğini emzirme konusunda birileri yardımcı olurken bu yardım %52 (72) ile aile tarafından yapılmış. Bebeklerin % 30'una (45) ilk 72 saatte mama verilmiş ve % 60'ı çocuk doktoru tarafından önerilmiş. Annelerin % 69,2'si (103) bebeği 2 yaşına kadar emzirmeyi düşündüğünü belirtmişti.

Sonuç: İlimiz 2004 yılında Bebek Dostu İl olmuştur. Emzirme oranı ve annelerin emzirme eğitimi alma durumları oldukça iyi bulunmuştur. Emzirme eğitimlerinin çoğu ebe ve hemşireler tarafından verilmiş, hekimlerin desteğinin düşük olduğu görülmüştür. Annelerin tamamına yakını doğumdan hemen sonra emzirme ile ilgili bir yardım alırken bu yardımların çoğunluğunu aile üyelerinden aldıklarını belirtmişlerdir. Bu da annelerin doğumdan sonra bebeklerini emzirme konusunda yanlış bilgilendirme almalarına neden olabilir. Doğumdan hemen sonra doğum sonu servislerde çalışan ebe ve hemşirelerin emzirme konusunda annelere mutlaka desteği sağlanmalıdır.

545

DÜZCE İLİ AKÇAKOCA İLÇESİNDEKİ İLKÖĞRETİM OKULLARINDAKİ ÖĞRENCİLERDE OBEZİTE SIKLIĞI

Deniz Oruç, Fatma Eker

Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için çocukluk çağı özel ilgi gerektiren bir dönemdir. İnsan yaşamının ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkabilecek olan hastalıkların önlenmesi ve erken tespiti bu dönemde yapılan taramalar ve kazandırılan olumlu sağlık davranışları ile mümkün olmaktadır. Çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi, toplum sağlığının izlenmesi için belirlenen önemli halk sağlığı göstergelerinden biridir. Bu çalışmanın amacı Düzce ili Akçakoca ilçesindeki ilköğretim çağındaki çocuklardaki obezite sıklığının belirlenmesi ve hedef grup tespit edilerek obezitenin azaltılmasına yönelik yapılacak çalışmalara alt yapı oluşturulmasıdır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve Yöntem: Çalışma Düzce ili Akçakoca ilçesi sınırları içerisinde yer alan 23 okulda 14-30 Mart 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada örnek seçilmemiş evrenin tamamına (6200) ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmanın veri toplama aşaması Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 3 ve 4. Sınıf öğrencileri arasından seçilen 40 kişilik bir grup ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma öncesinde Hemşirelik öğrencilerine eğitim verilmiştir. Araştırma ekibi sekizer kişilik gruplar halinde 5 ekip oluşturulmuş ve her bir ekibin başında uzman bir personel görevlendirilmiştir. Öğrencilerin kişisel bilgilerinin ve ölçüm sonuçlarının kaydedileceği öğrenci sağlık formu araştırmacılar tarafından ölçüm sırasında doldurulmuştur. Ağırlık ölçümü için kalibrasyonu test edilmiş 0,5 kg eşeli banyo tipi baskül, boy ölçümleri için 0,1 cm eşeli mezura kullanılmıştır.

Muayene edilen öğrencilerin yaş ve cinsiyete göre 5 persentilin altında olanlar zayıf, 85 ve üstünde olanlar hafif obez, 95 ve üstünde olanlar obez olarak değerlendirilmiştir. BKİ persentillerinin değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırması kullanılmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar programında derlendirilmiş sayı-yüzde dağılımları ve obez olan ve olmayan çocuklar cinsiyet açısından ki-kare testi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 23 okulda öğrenim gören 6200 öğrenciden 4984'üne (%80.0) ulaşılmıştır. Okullarda tarama yapılması planlanan günlerde okula devamsızlıklar nedeniyle evrenin tamamına ulaşılamamıştır. Öğretmenler okulun tatile yaklaştığı dönemlerde devamsızlığın özellikle lise öğrencilerinde arttığını söylemişlerdir. Çalışmaya alınan 4984 çocuğun 2442'si(%49) kız, 2542'si(%51) erkektir.

Çalışmada 72 erkek, 75 kız olmak üzere 148 (%2,9) çocuğun zayıf, 412 erkek 368 kız olmak üzere 780 çocuğun (%15,7) hafif obez ve 527 erkek, 395 kız olmak üzere 922 çocuğun (%18,5) obez olduğu tespit edilmiştir. Erkek öğrencilerin %2,8'i zayıf, %16,2'si hafif obez ve %20,7'sinin obez olduğu tespit edilmiştir.. Kız öğrencilerin %3,1'inin zayıf, %15,1'inin hafif obez, %16,2'sinin obez olduğu tespit edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Türkiye'de obezite çocuklarda artan bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Modern yaşamın getirdiği fast-food alışkanlıklarında yağların ve karbonhidratların fazla oranda tüketilmesi ve çocukların fiziksel aktiviteden uzaklaştırılması obeziteyi artıran en önemli faktörlerdir. Çalışmada öğrencilerin %2,9'u zayıf, %15,7'si hafif obez ve %18,5'inin obez olduğu tespit edilmiştir. Bu oran daha önce yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında daha yüksek olarak değerlendirilebilir. Obezite sıklığı Şimşek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %4,8(1), Kayıran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %5,3(2), Mısırlıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 5,4(3), Çıtırık'ın yaptığı çalışmada 8,5(4), İnanç'ın yaptığı çalışmada 10,6(5) olarak bulunmuştur.

Erkek öğrencilerde obezite sıklığı(%20,7), kız öğrencilere göre(%16,2) daha yüksek tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur($p < 0,000$).

Çalışmada obeziteyi etkileyen faktörlerin incelenmemiş olması ve ölçüm yapan kişi sayısının birden fazla olması ölçüm sonucuna kişisel farklılıkların yansımalarına neden olma olasılığı araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

Sonuç olarak öğrencilerin % 37,1'inin BKİ değerlerinin normal sınırlar arasında olmaması sorunun ne kadar öncelikli bir hal aldığını göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Obezite, Okul çağı, Çocuk, Sıklık

Kaynaklar:

1. Şimşek F, Ulukol B, Berberoğlu M, Gülnar S B, Adıyaman P, Öcal G. Ankara'da bir ilköğretim okulu ve lisede obezite sıklığı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2005; 58(1):163-6.
2. Kayıran G.P, Taymaz T, Kayıran M.S, Memioğlu N, Taymaz B, Gürakan B, Türkiye'nin üç farklı bölgesinde ilköğretim okulu öğrencilerinde kilo fazlalığı, obezite ve boy kısalığı sıklığı Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2011;45(1):13-18
3. Mısırlıoğlu ED, Çakır B, Albayrak M, Evliyaoğlu O. Okul çocuklarında beslenme bozuklukları: Boy kısalığı ve obezite. KÜTıp Fak Derg 2007; 9(1): 7-10.

4. Çıtırık D, Kahramanmaraş İl Merkezinde İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevelansı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2008
5. İnanç B B, 7-15 Yaş Çocuklarda Hipertansiyon ve Obezite, Journal of Clinical Analytical Medicine DOI:10.4328/JCAM.943,2012

561

DIŞ GENİTAL ANOMALİ TARAMASI-İDEAL BİR AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

Fatih Erden¹, Ercan Özyıldırım², Mustafa Görgün²

¹Balıkesir Halk Sağlığı Müdürlüğü

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, tarama, genital anomali, Balıkesir

Giriş ve Amaç: Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde uygulamaya konulan Aile Hekimliği Sisteminde her aile hekimine ortalama 3500 (2500-4000) birey düşmektedir. Sorumluluğun önceki sisteme göre daha spesifik olarak aile hekimi ve ekibine verilmesi, aile hekimini bireylerin tespit edilmemiş anomali ya da hastalıkları yönünden daha dikkatli muayene ve gözleme sevk etmektedir. Hekimler gelir kaybına uğramamak için kendilerine kayıtlı bireylerin başka hekimlere kaymasını engellemek amacıyla ailelere daha az mesafeli davranmaktadırlar. Bunun sonucu olarak hekimlerle toplum arasındaki sosyal ilişkide ilerlemeler gözlenmektedir. Bununla birlikte kayıtların daha spesifik ve düzenli tutulması hekimlerin olası hataları yönünden gelecekte sorumlu tutulabilecekleri sonucunu doğurmaktadır. Erken dönemde saptanamayan Ürogenital anomali ve malformasyonlar sağlıklı işleme yapamamadan cinsel sorunlara, infertiliteden malignitelere kadar birçok komplikasyona sebep olmaktadır. Bu çalışmada Balıkesir-Susurluk İlçesi 10.19.005 No'lu AHB'ye bağlı 0-6 yaş erkek nüfusun genital anomali açısından taranması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırmanın evrenini Balıkesir-Susurluk İlçesi 10.19.005 No'lu AHB'ye bağlı 0-6 yaş erkek nüfus oluşturdu. Bu amaçla Şubat-Haziran 2011 tarihlerinde aile hekimliği bölgesindeki 127 çocuk tarandı ve 109 (% 86) una ulaşılabildi. Ulaşılamayan çocukların bir kısmı göç, bir kısmı ise başka aile hekimlerine transfer veya ulaşılamayan idi. Aile hekimi tarafından fizik muayeneleri yapıldı ve dış genital organ anomalileri kaydedildi. Dönem dönem takipleri yapıldı.

Bulgular: Yapılan muayenede 9 (% 8) çocukta fimozis, 2 (% 2) çocukta tek taraflı kriptorşidi (2 ve 5 yaş), 6 (% 6) çocukta retraktıl testis, 2 (% 2) çocukta hipospadias (3 ve 5 yaş), 2 (% 2) çocukta inguinal herni (2 yaş) olmak üzere toplam 20 (% 18) çocukta dış genital anomali tespit edildi. Çocuklardan biri hem fimozis hem de retraktıl testisliydi. Çocuklar Üroloji-Çocuk Cerrahisi polikliniğine sevk edildi. 2 çocuk kriptorşidi, 2 çocuk inguinal herni, 2 çocuk hipospadias operasyonu geçirdi. 6 retraktıl testisli çocuğa masajla indirme ve takip, fimozisli 2 çocuğa sünnet önerilirken diğerlerine (ailelerin hemen sünnet istememeleri de etken olduğundan) açma pansumanı ve takip önerildi .

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler: Çok az masrafla ve sadece fizik muayeneyle dahi birçok hastalığa tanı konabilmektedir. Dış genital anomali taraması da bu kapsamda değerlendirilip, uygulanabilecek bir işlem olarak görülmektedir.0-6 yaş grubunun dahil edildiği genital anomali taramaları çok sınırlıdır. Literatürde taramalar daha çok okul çağı çocuklarını kapsamaktadır. Bu durum katılımcılara ulaşımın kolay olması ve araştırmacıların okul sağlığı alanına ilgilerinin artmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızda genital anomali oranı Altınoluk ve ark. çalışmasındaki orandan(% 13) yüksekti(3).inmemiş testis oranı literatürdeki inmemiş testis oranlarıyla benzer olmakla birlikte (1,2) retraktıl testis oranı literatürdeki oranlardan yüksek bulundu(1,3,4). Hipospadias oranı da literatürde bildirilenlerden ılımlı yüksek saptandı(1,2,3). Inguinal herni oranı literatürdeki oranlarla benzerdi(1,2,3). Fimozis oranları ise Kaleli ve ark. çalışmasındaki oranla benzerdi(5). Genitel anomali, retraktıl

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

testis ve hipospadias oranının literatürdeki oranlardan yüksek saptanması taranan evrendeki birey sayısının azlığı, önceki taramaların daha çok ilköğretim çağında yapılması ve taranan evrenin toplumu temsil edememesiyle açıklanabilir. Taramayla birlikte ailelerin ikna edilerek hastaların ilgili kliniklere yönlendirilmesi, takibi ve sonuçlarının kaydı çalışmayı ayrıcalıklı kılmakta ve toplum sağlığına önemli bir katkı oluşturmaktadır. Sağlıklı bir toplum için tüm hastalarda tam bir fizik muayene hekimlerin amacı olmalıdır. Sorumluluklarını eksiksiz yerine getiren bir aile hekiminin hem birey hem de toplum sağlığına büyük katkısı olacaktır. Bununla birlikte hekimlerin hastaya yeterli zamanı ayırabileceği şartları oluşturma adına Sağlık Bakanlığı'na da iş düşmektedir. Ayrıca özellikle aile hekimlerinin fizik muayeneyi tam yaparak kendilerini malpraktisten ve gelecekte olası malpraktis davalarından korumaları gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. Turkan S, Kalkan M, Şahin C. Kastamonu bölgesinde sünnet olmuş çocuklarda saptanan komplikasyon ve genital anomali oranları. Türk Üroloji Dergisi - Turkish Journal of Urology 2011;37(1):43-46
2. Remzi D, Çakmak F, Erol D. İlkokul çağındaki erkek çocuklarında dış genital organ anomalileri ve gelişim bozuklukları insidansı. [Article in Turkish] Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni 1980;13:269-73.
3. Altunoluk B, Bakan V, Özer A, et al. The prevalence of external genital organ anomalies among the male students attending primary schools in Kahramanmaraş. [Article in Turkish] Türk Üroloji Dergisi 2010;36:87-90.
4. İnan M, Aydın CY, Tokuç B, et al. Prevalence of cryptorchidism, retractile testis and orchiopexy in school children. Urol Int2008;80:166-71.
5. Kaleli A. Türkeri Y. Konjenital Genital Bölge Anomalileri. Türk Üroloji Dergisi. Cilt:6 Sayı:4 1980

536

EDİRNE 2011 YILI PERİNATAL MORTALİTESİ

Burcu Tokuç¹, Can Behzat Demirkan¹, Deniz Özden²

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

²Edirne İl Halk Sağlığı Müdürlüğü

Amaç: 2011 yılında Edirne'de meydana gelen ölü doğumlar ve bebek ölümlerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Araştırma kesitsel bir çalışmadır. Veriler 2012 yılı içinde Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Şubesine gönderilen Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formlarından derlenmiştir. Ebeveynleri Edirne'de ikamet eden, doğum ağırlıkları 500 gr ya da gebelik yaşları 22 hafta üzerinde olan 68 adet bebeğe ait formlar değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: Edirne İl nüfusu 2011 ADNKS verilerine göre 399 316 kişi ve toplam doğum sayısı 3999'dur. 2011 yılında 36 ölü doğum ve 32 bebek ölümü meydana gelmiştir. Bebek ölümlerinin 9'u (%28.1) erken neonatal ölüm, 8'i (%25.0) geç neonatal ölüm ve 15'i (%46.9) postneonatal ölümdür.

Edirne'de 2011 yılı bebek ölüm hızı binde 8.07, neonatal ölüm hızı binde 4.28, perinatal ölüm hızı ise binde 11.25 olarak bulunmuştur.

Ölen bebeklerin 8'i (%25) prematüre doğmuş olan bebeklerdir. Ölü doğum yapan kadınların 4'ü (%11.1) 18 yaş ve altında, 3'ü (%8.3) 35 yaş üstündedir. 1 yaşına gelmeden ölen 3 (59.4) bebeği n annesi de 35 yaş üstündedir. Annelerin 17'si (%28.8) okuma yazma bilmezken, yalnızca %18'i lise ve üstü eğitimlidir ve 5'inin (%7.4) herhangi bir sosyal güvencesi yoktur.

Ölü doğum yapan kadınların 7'si (%19.4), bebeği ölenlerin ise 6'sı (%18.6) sigara içtiğini belirtmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

2011 yılında ölü doğum yapan ya da bebeği ölen kadınların 5'i (%7.2) bir sağlık personeli tarafından gebeliği boyunca hiç izlenmemiş, 17 (% 25) kadın ise 4 kereden daha az izlenmiştir. 8 (%11.6) kadına hiç tetanoz aşısı yapılmamış, 5 (%7.2) kadın ise eksik aşılanmıştır.

Bebeklerde en sık bildirilen ölüm nedeni prematürite/immaturite(%28.1), ikinci konjenital anomaliler (%18.8), üçüncü ise ASYE'dir (%6.3).

Edirne İl bebek Ölümelerini İnceleme Komisyonu 2011 yılında bebek ölümlerinin 2'sinin (% 6.2) ve ölü doğumların 4'ünün (% 11.2) önlenbilir olduğuna karar vermiştir.

Sonuç: İlimizde bebek, neonatal ve perinatal ölüm hızları ülke ve bölge hızlarının altında bulunmasına karşın ölü doğumların %11.2'sinin ve bebek ölümlerinin %6.2'sinin önlenbilir olması düşündürücüdür. Perinatal mortalite oranlarının gelişmiş ülkelerdeki seviyelere indirilebilmesi için ölüm nedenleri ile ilgili derinlemesine çalışmalara ve doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin güçlendirilmesine gereksinim vardır.

300

ELAZIĞ İL MERKEZİNDEKİ HASTANELERDE DOĞAN BEBEKLERİN DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLILIK OLMASI ÜZERİNE ETKİLİ FAKTÖRLER

Ercan Ateşşahin¹, Edibe Pirinçci²

¹Sağlık Müdürlüğü Aile Sağlık Merkezi Tunceli

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Elazığ

Giriş ve Amaç: Sağlıklı toplumları, sağlıklı bireyler oluşturur. Bireylerin sağlıklı olması ise doğum öncesi, doğum esnası ve doğum sonrasında bireyleri etkileyen birçok nedene bağlıdır. Perinatal morbidite ve mortaliteyi etkileyen faktörlerin en önemlilerinden biri de bebeğin doğum kilosudur Düşük doğum ağırlığına yol açan faktörleri belirleyip, engellemekle daha sağlıklı yeni doğanlara ulaşım, yaşam kalitesi yüksek bireylerin oluşturduğu sağlıklı toplumlara erişmek mümkün olacaktır. Bu çalışma Elazığ il merkezindeki hastanelerde tek canlı doğan bebekler arasında düşük doğum ağırlıklı bebek oranı ve bu bebekleri etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki bu çalışmada 01 Aralık 2010-28 Şubat 2011 tarihlerinde Elazığ il merkezindeki hastanelerde doğan toplam 2086 doğumdan 802'sine ulaşıldı. Tüm doğumlara ulaşılama nedenleri; ölü doğum ve çoğul gebeliklerin çalışmaya alınmaması, anketin cevaplamasının reddedilmesi ve kooperasyon kurulmaması olarak belirlenmiştir. Araştırma, Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi, Harput Devlet Hastanesi, Fırat Üniversitesi Hastanesi, Özel Doğu Anadolu Hastanesi, Elazığ Özel Medical Park Hastanesi, Çağrı Tıp Merkezi ve Ufuk Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde ve Yenidoğan Ünitelerinde yapılmıştır. Bu çalışma için Etik Kurul Değerlendirme Onayı ve resmi yerlerden izinler alınmıştır. Araştırma grubundaki bebeklerin doğum ağırlıkları doğduktan 5-10 dakika sonra tartıldı ve annelerine 55 ana soru ve bu ana sorulara bağlı alt sorulardan oluşan bir anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

Elde edilen veriler istatistiksel olarak SPSS 12.0 paket programına kaydedilerek değerlendirilmiş, istatistiksel analizlerde değişkenlerin niteliğine bağlı olarak yüzde, ortalama, ki-kare, Fisher's Exact Testi kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş, p<0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin %35.3'ü 25-29 yaş grubunda olup, %44.8'i ilköğretim mezunudur. Annelerin % 83.1'i ev hanımı olup, %79.2'si çekirdek ailedir. Araştırma grubundaki bebeklerin doğum ağırlıklarının ortalaması 3100±53.7 gr (min: 760 gr, max: 5000 gr) olarak saptandı. Araştırmamız kapsamına alınan bebeklerin düşük doğum ağırlığı sıklığı %10.7 olarak bulunmuştur. 19 yaş ve altındaki yaşlardaki annelerin ve 35 yaş ve üstündeki yaşlardaki annelerin DDA'lı bebek doğurma sıklığı, bu yaşlar arasındaki annelerin DDA'lı bebek doğurma sıklığına göre anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0.05).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırma kapsamına alınan aileler içinde aylık geliri 760 TL'den düşük olan annelerin düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranı %10.3 iken, aylık geliri 760 TL'den yüksek olan annelerin düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranı %10.8'dir. Buna göre aylık gelir durumu ile doğum ağırlığı arasında istatistiksel olarak bir anlam bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim düzeyi düşük olan annelerin DDA'lı bebek doğurma sıklığı, eğitim düzeyi yüksek olan annelere göre DDA'lı bebek doğurma sıklığı anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Doğum öncesi bakım almayan annelerin DDA'lı bebek doğurma sıklığı, doğum öncesi bakım alan annelere göre DDA'lı bebek doğurma sıklığı anlamlı yüksek bulunmuştur, gebelikteki takip sayısı arttıkça DDA'lı bebek doğurma sıklığı azalmaktadır ($p<0.05$). Gebelikleri boyunca 9 kg' dan daha az kilo alan annelerin DDA'lı bebek doğurma sıklığı, gebelikleri boyunca 9 kg ve daha fazla kilo alan annelere göre DDA'lı bebek doğurma sıklığından anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0.001$). Gebeliğinin başlangıcındaki kilosu 50 kg ve altı olan annelerin DDA'lı bebek doğurma sıklığı, gebeliğinin başlangıcındaki kilosu 51 kg ve daha fazla olan annelere göre DDA'lı bebek doğurma sıklığından anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına alınan annelerin bebeklerinin doğum ağırlıklarının gebelikleri boyunca çay ve kahve tüketimi ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Gebeliğinde fiziksel travma geçiren annelerin DDA'lı bebeğe sahip olma oranı, gebeliğinde fiziksel travma geçirmeyen annelere göre DDA'lı bebeğe sahip olma oranı istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır ($p<0.05$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş ortalamaları 27 ± 5.46 (min: 16, max: 46) olup, en fazla yoğunlukta oldukları grup % 35.3 ile 25-29 yaş grubudur. Çalışmamızdaki annelerin eğitim durumlarına bakıldığında; 802 annenin %15.9'u okur yazar değil ve okur yazar iken, %44.8'i ilköğretim mezunu, %39.3'ü lise ve üzeri eğitim almıştır TNSA 2008 verilerine göre Türkiye genelinde kadınların okur yazar değil ve okur yazar olanların oranı %18.3'tür (1). Çalışmamızın sonuçları TNSA 2008 sonuçlarına benzer şeklindedir.

Annelerin sadece %16.9'u gelir getiren bir işte çalıştığını belirtmiştir. TNSA 2008 sonuçlarına göre kadınların çalışma oranı Doğu Anadolu için %19.9'dur (1). Gelir getirici bir işte çalışma, eğitim gibi kadınların güçlenmeleri açısından önemli bir göstergedir. Araştırmada saptanan sonuç Doğu Anadolu Bölgesi ortalamasına benzer şeklindedir.

Araştırma kapsamına aldığımız annelerden doğan bebeklerin %10.7'si DDA'lı, %89.3'ü NDA'lı bebeklerden oluşmaktadır. 2008 yılında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Enstitüsü tarafından Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları sonuçlarına göre Türkiye'de düşük doğum ağırlıklı bebeklerin oranı %11 olarak bildirilmektedir (2). Okur yazar olmayan ve okur yazar olan annelerde düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma sıklığı %18.8 iken, lise ve üstü mezunlarda bu oran % 8.9'dur. Annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranı azalmaktadır ($p<0.005$) Neyzi ve ark.'nın 1987 yılında İstanbul ve Anadolu'nun çeşitli kentlerinde yaptığı çalışmada anne eğitiminin eksikliğinin düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma sıklığını arttırdığını belirtmiştir (3).

Araştırmamızda 2500 gr altı doğan bebek annelerinin %47.7'sinin gebelik sayısı 1, %17.4'ünün gebelik sayısı 2, %11.6'sının gebelik sayısı 3 tür. 5 ve üstü gebelik sayısı bulunan annelerin ise düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma sıklığı %16.3 olarak bulunmuştur. Buna göre gebelik sayısı ile doğum ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmamızda doğum öncesi bakım almanın doğum ağırlığı üzerine bir etkisi olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Doğum kilosu 2500 gr altı olan bebek annelerinin %19.4'ü hiç doğum öncesi bakım almamışken, %7.1'i 7 ve üzeri doğum öncesi bakım almıştır. Doğum kilosu 2500 gr ve üstü olan bebek annelerinin %80.6'sı hiç doğum öncesi bakım almamışken, %92.9'u 7 ve üzerinde doğum öncesi bakım almıştır. Araştırmamızda gebelikteki takip sayısı arttıkça düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranı azalmaktadır ($p<0.05$). Araştırma kapsamına aldığımız annelerin eşleriyle olan akrabalık durumları sorgulandı ve eşleriyle akrabalık bağı olan annelerin bebeklerinin düşük doğum ağırlıklı olma sıklığının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü.

Sonuç olarak; Elazığ il merkezindeki hastanelerde tek ve canlı doğan bebekler arasında düşük doğum ağırlıklı bebek oranı %10.7 olarak bulunmuştur. Bu oran Türkiye genelindeki düşük doğum ağırlıklı bebek sıklığına oldukça yakın bir orandır. Annelerin eğitim düzeylerinin yüksek olması, annelerin doğum öncesi bakım almaları, annelerin gebelikleri boyunca vitamin preparatı desteği almaları, gebelikleri süresince ek besin

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

almaları, gebeliklerinde sigara kullanmamaları, annelerin gebelikleri süresince fiziksel egzersiz yapmaları, gebelikleri süresince fiziksel ve psikolojik herhangi bir travma geçirmemeleri, annelerin gebelikleri süresince 9 kg'dan daha fazla kilo almaları annelerin DDA'lı bebek doğurma riskini azalttığı görülmüştür

Anne ve baba boyunun, gebelikte çay ve kahve tüketiminin, annelerin gebelikleri süresince herhangi bir işte çalışmalarının, bebeğin doğum şeklinin DDA'lı bebek doğurma üzerine etkisi görülmemiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Birçok risk faktörünün etkilediği düşük doğum ağırlıklı bebekler, neonatolojinin riskli yenidoğan grubunun en önemli kısmını oluşturmakta olup, morbidite ve mortalitesi yüksektir. Düşük doğum ağırlığına bağlı perinatal ve neonatal mortaliteyi düşürmenin en önemli yolu, bebeğin düşük doğum ağırlıklı doğmasını önlemektir. Bu nedenlerle DDA bebek doğumunu etkileyen risk faktörlerinin bilinmesi ve ilgili koruyucu önlemlerin alınması; obstetrisyen ve neonatologların, özellikle aile hekimleri ve yardımcı sağlık personelleri ile iş birliği ile antenatal bakıma önem verilmesi ve bebeklerin yaşatılması, ailelerin bu konuda bilinçlendirilmesi adına önümüze yeni ufuklar açacaktır.

Anahtar Kelimeler: Elazığ, Düşük doğum ağırlıklı bebek, Oran

Kaynaklar:

1-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 Ana Rapor Erişim: **Hata! Köprü başvurusu geçerli değil.** Erişim Tarihi: 19.10.2011).

2- Blanc AK, Wardlaw T. Monitoring low birth weight: an evaluation of international estimates and updated estimation procedure. Bulletin of The World Health Organization 2005; 83: 178-185.

3- Neyzi O, Bundak R, Günöz H, Çelenk A, Çom G. Influence of some maternal parameters on birth weight and incidence of low birth weight. Med Bull 1987; 20: 1-10.

604

ERGENLERDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Adile Tümer¹, Fatma Başalan İz², Müge Güre, Mürşide Sultan Kıyıcı

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

²Süleyman Demirel Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Ergenlik dönemi biyolojik, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan gelişme ve olgunlaşmanın meydana geldiği, çocukluktan erişkinliğe geçiş sürecidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10–19 yaş arasını “ergenlik dönemi” olarak tanımlamaktadır. Dünyada 1,2 milyar ergen olduğu tahmin edilmektedir. DSÖ ergenlerde, malnütrisyon (kötü beslenme), ruh sağlığı sorunları, tütün kullanımı, alkol kullanımı, şiddet ve yaralanmalar, erken gebelik ve doğum, HIV/AIDS gibi sağlık sorunlarının öncelikli olduğu vurgusunu yapmaktadır (1,2,3).

Ergenlik dönemi riskli sağlık davranışları ve buna bağlı sorunları görülme sıklığının artması, dünyada ve Türkiye’de bu döneme özgü sağlık hizmetlerinin planlanması ve hizmet sunumu kapsamında gelişmeleri hızlandırmıştır. Ancak hemen her yaş grubunda olduğu gibi ergenlerin sorunları da dünyanın her bölgesinde aynı konuda ve aynı görülme sıklığında değildir. Dolayısıyla sorunlara yaklaşımlarda da farklılıklar olması kaçınılmazdır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sağlığı korumak ve geliştirmek adına ergenlere kazandırılması gereken sağlıklı yaşam davranışları denildiğinde; yeterli ve dengeli beslenme, sigara, alkol ve madde kullanmama, fiziksel aktivite yapma, güvenli cinsel ilişki, düzenli ve yeterli uyku, stresle baş edebilme, boş zamanları sağlıklı ve üretken bir biçimde değerlendirebilme, güneşin zararlı etkilerinden korunma, kaza ve yaralanmalardan korunma gibi başlıklar öncelenmelidir (1,2,3).

Çalışma ergenlerde sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma ergenlerde sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2011- 2012 eğitim öğretim yılında Muğla Gazi Anadolu Lisesinde okuyan 455 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçme yöntemine gidilmemiş evrenin tamamına ulaşılabildiği hedeflenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 300 öğrenciden veri toplanmıştır. Katılım oranı %65.93'tür. Veriler, sınıf ortamında, 2012 yılı şubat ayında araştırmacılar tarafından anket yöntemiyle sosyo demografik soru formu ve adölesan sağlığı geliştirme ölçeği ile toplanmıştır.

Sosyo-demografik soru formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form ile yaş, cinsiyet, anne-baba eğitimi, kronik hastalık durumu ve ailenin gelir durumu sorgulanmıştır.

Adölesan sağlığını geliştirme ölçeği: Adölesanların günlük yaşamlarında sağlık davranışlarını değerlendirmek amacıyla Chen, Wang, Yang, Liou tarafından Taiwan'da 2002 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Temel ve arkadaşları tarafından yapılmış, Cronbach Alpha katsayısı .86 bulunmuştur (4). Bizim çalışmamızda ise Cronbach Alfa değeri .74'dür. Ölçek, adölesanların sağlık davranışlarını günlük yaşamda uygulama sıklığını göz önüne alarak likert tipinde (hiçbir zaman, bazen, ara sıra, çoğunlukla, her zamana doğru) yanıtlanmaktadır. Altı alt boyut ve 40 maddeden oluşmuştur; yaşam biçimi (10 madde), sağlık sorumluluğu (15 madde), sosyal destek (4 madde), beslenme (3 madde), egzersiz (4 madde), stres yönetimi (3 madde). Ölçekte verilen cevaplara göre "hiçbir zaman" için 1, "bazen" için 2, "ara sıra" için 3, "çoğunlukla" için 4, "her zaman" için 5 puan verilmektedir ve puan arttıkça olumlu sağlık davranışları düzeyi artar olarak belirlenmektedir. Ölçek minimum puanı 40, maksimum puanı ise 200'dür.

Verilerin analizi 14.0 (SPSS) paket programında tanımlayıcı istatistikler (sayı ve yüzde dağılımları, ortalama) bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi, kruskal wallish testi ile yapılmıştır.

Araştırma için il Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin, öğrencilerden sözlü izin alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan ergenlerin %69.3'ünün 16 ve üzeri yaş grubunda olduğu, %40.3'ünün erkek ve %87.7'sinin kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Annelerin %45.7'sinin, babaların %35.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %58.0'ünün aile gelir durumunu, gelir-gidire eşit olarak ifade ettiği ve %82.3'ünün çekirdek aile tipinde olduğu belirlenmiştir.

Ergenlerin ölçek alt boyutlarından yaşam biçimi puan ortalaması 35.54 ± 11.97 (min:10, mak:50), sağlık sorumluluğu 53.73 ± 18.167 (min:16, mak:75), egzersiz 16.83 ± 5.54 (min:4, mak:20), sosyal destek 22.79 ± 4.32 (min:4, mak:20), stres yönetimi 9.87 ± 3.59 (min:3, mak:13), beslenme 10.61 ± 3.80 (min:3, mak:12), ve ölçek toplam puan ortalaması 149.37 ± 47.38 (min:40, mak:200) olarak belirlenmiştir. Araştırmada baba eğitim durumu ile ergenlerin ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Ancak cinsiyet, aile tipi, aile gelir durumu, anne eğitim durumu, sınıf ve kronik hastalık durumu ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tartışma: Ergenlik dönemi, yaşam döngüsünün en sağlıklı dönemlerinden biridir. Ancak bireyin hayatına yeni deneyimlerin, bir takım riskli davranışların girdiği ve değişimlerin yaşandığı bir dönem olarak karşımıza çıkar. Bu dönemde kazanılan davranışların sonuçları erişkin döneme kadar yansiyabilmektedir.

Çalışmada, adölesan sağlığı geliştirme ölçeği puanları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasının sağlık sorumluluğu alt boyutundan alındığı (53.73 ± 18.167) bunu sırasıyla yaşam biçimi (35.54 ± 11.97), beslenme (22.79 ± 4.32), sosyal destek (16.83 ± 5.54), stres yönetimi (10.613 ± 3.80) ve egzersize (9.87 ± 3.59) ilişkin boyutların izlediği saptanmıştır. Ölçek toplam puan ortalaması ise 149.37 ± 47.38 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bulgusu Temel ve arkadaşlarının çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (4). Ölçek toplam

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

puan ve alt boyut puan ortalamalarının genel olarak yüksek olması, araştırma kapsamındaki ergenlerde sağlığı geliştirme davranışlarının iyi düzeyde olduğunu düşündürmektedir ve sevindiricidir.

Ergenlik dönemi denemelerin yapıldığı, olasılıkların belirlendiği, risklerin alındığı ve yaşamda ne yöne doğru gidileceğine karar verildiği bir dönemdir. Bu nedenle ergenler tek tip iletişim stratejisi ya da yaklaşımıyla ulaşılabilecek ya da etkilenebilecek homojen gruplar değildir. Kolay ulaşılabilir, bilgilendirme, danışmanlık ve hizmet içeren sağlık kuruluşlarının sayısının ve yaygınlığının artırılmasına, hizmet sunacak donanımlı sağlık çalışanlarına gereksinim vardır.

Sonuç ve Öneriler: Sonuç olarak çalışmanın bulguları, araştırma kapsamındaki ergenlerin olumlu sağlık davranışları düzeyinin iyi olduğunu vurgular niteliktedir. Konuyla ilgili daha detaylı ve büyük ölçekli araştırmaların yapılması; okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması; toplumda sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin farkındalık oluşturulması önerilir.

Sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması konusunda öncelikli yaklaşımlar:

- Adolesan sağlığı ve danışmanlığı hizmetlerinin ekip hizmeti olarak verilmesi,
- Adolesan-genç dostu yaklaşımların yaygınlaştırılması,
- Hizmetlerin bireyin sağlık hakkını gözetten bir felsefe ile kurgulanması,
- Hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması,
- Sunulan hizmetlere adolesanların katılımının sağlanması,
- Her kültüre ve ülkeye özel programların geliştirilmesi,
- Toplumda konu ile ilgili farkındalık yaratılması,
- Bilimsel kanıt üretiminin sürekliliğinin sağlanması şeklinde özetlenebilir.

Anahtar Sözcükler: Ergen, Sağlığı geliştirme, Sağlık davranışı.

Kaynaklar:

1. 10 Facts On Adolescent Health.
http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/en/index.html. Erişim: 30 Mayıs 2012.
2. Adolescents.
http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/en/index.html. Erişim: 30 Mayıs 2012.
3. Young people: health risks and solutions.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/print.html>. Erişim: 30 Mayıs 2012.
4. Temel AB, İz FA, Yıldız S, Yetim D. The Reliability and Validity of Adolescent Health Promotion Scale in Turkish Community. Journal of Current Pediatrics 2011; 9: 14-22.

256

KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN BEBEK BAKIMI HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARINA ETKİSİ

Emine Üstün¹, Ayşegül Akdeniz Erken¹, Osman Günay², Elçin Balcı²

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

¹Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç. Bu araştırma Tokat Devlet Hastanesinin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Bölümünde doğum yapan kadınların sosyo–demografik özelliklerinin bebek bakımı ve beslenmesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem. Bu tanımlayıcı araştırma; Tokat Devlet Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Bölümü’nde yapılmıştır. Bu bölümde Nisan–Mayıs 2102 aylarında doğum yapan ardışık 201 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışma için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan etik onay alınmıştır.

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 53 sorudan oluşan anket formu yardımıyla toplanmıştır. Anket formunda, kadınların sosyo–demografik özellikleri, bebek bakımı ve beslenmesiyle ilgili sorular yer almaktadır. Anketler, araştırmacılar tarafından yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Ayrıca, bebek kayıt defterinden bebekle ilgili bilgiler alınmıştır.

Anket uygulanmadan önce, kadınlara çalışma ile ilgili bilgiler verilmiş ve sözel onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kadın olmamıştır.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 13.0 programında değerlendirildi. Nicel veriler aritmetik ortalama ve standart sapma olarak, kategorik veriler sayı ve yüzde olarak gösterildi. Verilerin istatistiksel analizinde ki kare testi kullanıldı.

Bulgular. Araştırma grubundaki kadınların yaş ortalaması 26.1 ± 6.2 olup, %49.3’ü ilkokul ve altı, % 20.4’ü lise üzeri öğrenim düzeyine sahiptir. Kadınların %51.2’si ailelerinin ekonomik durumunun iyi olduğunu ifade etmiştir. Araştırma grubunun ortalama gebelik sayısı 2.45 ± 1.53 , ortalama canlı doğum sayısı 2.16 ± 1.30 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.15 ± 1.29 bulunmuştur..

Araştırma grubundaki kadınların %95.5’i doğum öncesi bakım aldığını, bunların %78.4’ü doğum öncesi bakımı Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanından aldığını ifade etmiştir. Kadınların 71.5’i son doğumlarını vaginal yolla, %28.5’i sezaryenle yapmıştır. Doğan bebeklerin %59.5’i erkek, %40.5’i kız olup, boy ve ağırlık değerleri ortalamaları sırasıyla 50.07 ± 1.32 cm ve 3270 ± 490 gr bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %99.5’i bebeğini emzireceğini, %98.5’i aşılmasını tam olarak yaptıracağını ifade etmiştir. Kadınların %44.4’ü 12 ay veya daha uzun süre emzirmeyi, %58.4’ü altı ay süreyle tek başına anne sütü vermeyi düşünmektedir. Ortaokul ve üzeri öğrenim görmüş olan kadınlarda, altı ay sadece anne sütü vermeyi düşünenlerin oranı, ilkokul ve altı öğrenim düzeyine sahip olanlardan önemli ölçüde yüksektir. Araştırma grubunun %61.6’sı doğumdan sonraki yarım saat içerisinde bebeğini emzirmiştir. Bu oran öğrenim düzeyi ilkokul ve altında olanlarda %62.2, ortaokul ve üzeri olanlarda %61.0 olup aradaki fark önemli bulunmamıştır.

Bebeğe 6 ay süreyle sadece anne sütü verilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı primipar kadınlarda multiparalardan daha yüksektir. Annenin yaşı, ailenin ekonomik durumu ve bebeğin cinsiyetinin, tek başına anne sütü verme süresiyle ilgili düşüncelerine önemli bir etkisi bulunmamıştır.

Kadınların %80.3’ü bebeklere ek gıdaların 6. aydan sonra vermeye başlanması gerektiğini bilmektedir. Bu oran, öğrenim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda %68.0, ortaokul ve üzeri olanlarda %92.7 olup, aradaki fark istatistiksel açıdan önemlidir ($P < 0.05$).

Araştırma grubundaki kadınların %66.7’si bebeklerin normal vücut sıcaklığını bilmediğini, %65.7’si ise ateş ölçmeyi bilmediğini ifade etmiştir. Kadınların %98.5’i bebeklerden topuk kanı alınması, %40.8’i iştme testi ve %23.9’u kalça muayenesi yapılması gerektiğini bilmektedir. Kadınların %45.5’i bebeğini kundaklamayı düşünmektedir. Bu oran, öğrenim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda %53.1, ortaokul ve üzeri olanlarda %37.3 olup,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

aradaki fark önemli bulunmuştur ($P<0.05$). Öte yandan, 30 yaş ve üzerindeki kadınlarda bebeğini kundaklamayı düşünenlerin oranı 30 yaşın altındakilerden daha yüksek bulunmuştur ($P<0.05$)

Araştırma grubundaki kadınların %89.1'i, pekmezin kansızlığı önlemede bal ve ıspanaktan daha etkili olduğunu bilmektedir. Buna karşılık, kadınların %43.8'i bebekte burun tıkanıklığı olduğunda, %39.3'ü kabızlık olduğunda ne yapacağını bilmediğini, %9.5'i ishal olan bebeklere her zamankinden daha az su verilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Kadınların %73.5'i ishalleri çocuklara her zamankinden daha fazla su vermek gerektiğini bilmektedir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler. Araştırma grubundaki kadınların bebek bakımı ve beslenmesiyle ilgili konularda bilgi eksiklikleri ve hatalı bilgileri vardır. Annenin sosyo-demografik özellikleri bebek bakımını ve beslenmesi ile ilgili bilgilerini önemli ölçüde etkilemektedir.

Araştırma grubundaki kadınların hemen hepsi bebeğini emzirmeyi ve aşılarını tam yaptırmayı düşünmektedir. Buna karşılık, annelerin sadece %58.4'ü altı ay süreyle sadece anne sütü vermesi gerektiğini bilmektedir ve %61.6'sı doğumdan sonraki ilk yarım saat içerisinde bebeğini emzirmeye başlamıştır. Türkiye'de emzirme oranları oldukça yüksek olmasına rağmen, emzirme biçimi ile ilgili sorunlar olduğu bilinmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'e (TNSA-2008) göre emziren çocukların sadece %39'u doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlamıştır (1). Kayseri'de daha önce yapılan bir araştırmada, bebeklerin %35.7'sine altı ay süreyle sadece anne sütü verildiği ve bu oranın annenin öğrenim düzeyi ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir (2).

Ortaokul ve üzeri öğrenim görmüş olan kadınlarda, bebeğe altı ay sadece anne sütü vermek ve ek gıdalara altıncı aydan sonra başlamak gerektiğini bilenlerin oranı ilkokul ve altı öğrenim düzeyine sahip olanlardan daha yüksektir. Bu veriler kadınların öğrenim düzeyi yükseldikçe, bebek bakımı ve beslenmesi konularındaki bilgi düzeylerinin yükseldiğini göstermektedir.

Bebeklerin, doğumdan hemen sonra emzirmeye başlanması önerilmektedir. Buna karşılık, araştırma grubundaki kadınların sadece %60 kadarı doğumdan sonraki ilk yarım saat içerisinde bebeğini emzirmiştir. Bu oran annenin öğrenim düzeyi ile ilişkili bulunmamıştır. Bunun nedeni, doğumdan sonra emzirmeye başlama süresi hakkındaki kararı annelerin değil, sağlık personelinin vermesidir. Elde edilen veriler, sağlık personelinin bu konuda halen yeterince duyarlı olmadığını göstermektedir.

Araştırma grubundaki kadınların büyük çoğunluğu, bebeklerden topuk kanı alınması gerektiğini bildiği halde, işitme testi ve kalça muayenesi yapılması gerektiğini bilenlerin oranı oldukça düşüktür. Kadınların yaklaşık yarısı bebeğini kundaklamayı düşünmektedir. Bu oran ilkokul ve altı öğrenim düzeyine sahip olanlarda ve 30 yaşın üstündekilerde önemli ölçüde yüksektir. Nevşehir'de yapılan bir araştırmada annelerin %56.3'ünün bebeklerini kundakladığı belirlenmiştir (3)

Araştırma grubundaki kadınları önemli bir bölümü, çocukta çeşitli rahatsızlıklar olduğundan ne yapması gerektiğini bilmemekte, daha da önemlisi yanlış uygulamalara yönelmektedir. Örneğin, kadınların %70 kadarı ishal olan bebeklere her zamankinden daha fazla su vermek gerektiğini bildiği halde, %10 kadarı her zamankinden daha az su vermek gerektiğini düşünmektedir. TNSA-2008 verilerine göre, ishalleri çocukların %63'üne verilen sıvı miktarı artırılmıştır (1)

Bu sonuçların ışığında şu önerilerde bulunabiliriz.

1. İlk ve orta öğretimdeki eğitim programlarında bebek beslenmesi ve bakımı ile ilgili konulara daha fazla yer verilmelidir.
2. Anne adaylarına, doğum öncesi dönemde bebek bakımı ve beslenmesi konularında bilgi ve beceri kazandırılmalıdır.
3. Sağlık personeli, bebek bakımı ve beslenmesi konularında anneleri desteklemeli ve yanlış uygulamalardan kaçınılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara 2009.

2. Gün İ, Yılmaz M, Şahin H, ve Diğerleri. Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 0–36 aylık çocuklarda anne sütü alma durumu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52 (4): 176–182.

3. Çalışkan Z, Bayat M. Annelerin Bebek Bakımı Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler: Bir Kapadokya Örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14 (2): 23 – 30

962

KAYSERİ İL MERKEZİNDE 2010 YILINDA MEYDANA GELEN BEBEK ÖLÜMLERİNİN İNCELENMESİ

Alime Selçuk, Ümit Seviğ, Handan Zincir, Zeliha Kaya Erten

Erciyes Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş ve Amaç: Gelişmişlik ya da kalkınmışlık düzeyine bakılmadan her toplum için sağlık açısından özel risk taşıyan gruplar kadınlar ve çocuklardır. Her yıl dünyada 4 milyonu ilk ay içinde olmak üzere, yedi milyon bebeğin bir yaşını doldurmadan öldüğü tahmin edilmektedir (WHO 2005).

Ülkemizde bebek ölüm hızına ilişkin veriler hala gelişmiş ülkelerde olan oranın üzerindedir ve bölgeler arasında ve il düzeyinde farklılıklar devam etmektedir (TNSA-2008). Bu oranların belirli aralıklarla değerlendirilmesi toplumda ana çocuk sağlığı hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde ve diğer ülkeler ile kıyaslanmasında önemlidir. Ayrıca bebek ölümlerinin irdelenmesi, bebek ölümlerine neden olan faktörlerin belirlenerek, bunlara yönelik tedbirlerin geliştirilmesine olanak sağlayacaktır. Bu durumda sağlık hizmetlerinde rol alan kurumlarında kendi bebek ölümlerini tespit ederek yıllar içindeki gelişimini ortaya koyması, bebek ölümüne neden olan ana faktörlerin belirlenerek eksikliklerin düzeltilmesi açısından önemlidir.

Bu çalışma, Kayseri il merkezinde 2010 yılında meydana gelen bebek ölüm nedenleri ve bu nedenleri etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Kayseri il merkezi için 2010 yılı içindeki İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilen bebek ölümleri kayıtları esas alınarak tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Kayseri il merkezindeki bebek ölüm sayısı 157'dir. Kayıtların değerlendirilmesinde Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu ve İl Bebek Ölümlerini İnceleme Kurulu Çalışma Formu kullanılmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular: Ölen bebeklerin annelerinin %4.5'i 18 yaş ve altı, %13.4'ü 35 yaş ve üzerindedir, annelerin %42.9'u ilk okul mezunudur. Annelerin gebelik haftalarının ortalama süresi 33.49±5.76'dır, %94.3 'ünün gebelik süresince takibi yapılmış ve gebelikteki ortalama izlem sayısı 6.18±3.29'dur. Annelerin %19.7'sinin bir önceki gebeliği ile ölen bebeğin doğumu arasındaki süre 2 yıldan daha azdır. Anne baba arasındaki akrabalık durumu %28'dir, akraba olanların %23.6'sı birinci derece akrabadır. Annelerin tetanos aşılama oranları %72.6 'sı tam aşıllı, %20.4'ü eksik aşıllıdır.

Ölen bebeklerin %55.4 'ü erkektir, %99.4'ünün yaşına ve ayına uygun sağlık kuruluşunda izlemi yapılmış ve bebeklerin ortalama izlem sayısı 2.87±2.23'tür. Bebeklerin %63.1'i sezaryenle doğmuş ve ortalama doğum ağırlıkları 2112,74±1023.50'dir. Bebeklerin ölüm nedenleri incelendiğinde ilk üç ölüm nedeni prematürite/immatürite (% 41.4), sepsisten (% 32.5'), konjenital kalp hastalığı (% 21. 0)'dır.

Tartışma: Anne ve bebeğe ait pek çok faktör bebek ölümlerini etkilediği bilinmektedir. Annelerin %42.9'u ilk okul mezunudur. TNSA-2008'e göre annenin eğitim düzeyi ile çocuğun ölüm riski arasında negatif bir ilişki vardır. Bu bağlamda araştırma sonuçları, özellikle postneonatal ölümlerin annelerin eğitimi arttıkça çok hızlı bir şekilde düştüğünü göstermektedir. En az ilkököl ikinci kademe eğitimine sahip annelerin çocukları, eğitimsiz annelerin çocuklarına göre yüzde 78 daha az ölüm riskine sahiptir (TNSA-2008).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gebeliğin erken belirlenmesi, kadının genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ve normal olmayan herhangi bir durumun daha kolay ve erken teşhis edilmesi açısından yararlıdır. Doğum öncesi bakımların toplam sayısı da, doğum öncesi bakımın yeterliliğini değerlendirme açısından önemli bir göstergedir. Tavsiye edilen gebelik süresince en az 10 doğum öncesi bakımdır (TNSA-2008). Çalışmamızda gebelikteki ortalama izlem sayısı 6.18 ± 3.29 'dur ve çalışmamızda termde olmayan doğumlarında olduğu göz önüne alınmalıdır. Turan ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmaya katılan annelerin gebelikleri boyunca ortalama izlem sayısı çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Turan ve ark. 2008).

Türkiye genelinde 18 ve üzeri yaşta evli bireyler içinde akraba evliliği yapanların oranı %20.9'dur (Aile Yapısı Araştırması 2006). Birinci derece kuzenler arasındaki evliliklerde anormal çocuk riski (ölü doğum, yeni doğan döneminde ölüm ve konjenital malformasyonlar) %3-5'tir (Başaran 1999). Çalışmamızda anne baba arasındaki akrabalık durumu %28'dir ve akraba olanların %23.6'sı birinci derece akrabadır. Bodur ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada ebevyinde akraba evliliği olan bebeklerde ölüm oranını yüksek olduğu (%25.9) bildirilmiştir (Bodur ve ark. 2009). Okyay ve ark.'nın yapmış oldukları çalışma da ise bu oran %14.5'tir ve bu çalışmada oranın düşük olması bölgesel farklılıktan kaynaklanmış olabilir (Okyay ve ark. 2006).

Annelerin %19.7'sinin bir önceki gebeliği ile ölen bebeğin doğumu arasındaki süre 2 yıldan daha azdır. Bebeklerin ortalama doğum ağırlıkları $2112,74 \pm 1023.50$ dir. Bodur ve ark.'nın çalışmasında düşük doğum ağırlıklı veya gebelik aralığı iki yıldan az olanlarda bebek ölümleri daha yüksektir (Bodur ve ark. 2009). Yapılan bir çalışmada da düşük doğum ağırlığının bebek ölümlerini etkileyen faktörlerden biri olarak bildirilmiştir (Martin ve ark. 2008). Nitekim yapılan çalışmalarda kısa doğum aralıkları ve düşük doğum ağırlığı ölümlülük riskini yükselten nedenler olarak belirtilmiştir.

Çalışmamızda, ilk üç bebek ölüm nedeni prematürite/immatürite (%41.4), sepsis (%32.5'), konjenital kalp hastalığı (%21.0)'dir. Okyay ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada ise ilk üç bebek ölüm nedeni arasında prematürite (%18.6), konjenital (%10.6) ve solunum yetmezliği (%9.7) yer almıştır (Okyay ve ark. 2006). Yapılan çalışmalarda prematürite ve konjenital anomalilerin en sık karşılaşılan ölüm nedenleri olduğu görülmektedir. Aynı zamanda çalışma sonuçları önlenebilir nedenlerin ve enfeksiyonların ilk sırada olmayışı bakımından anlamlıdır.

Sonuç: Kayseri için, bebek ölümlerinin azaltılması için erken ve ileri yaş gebeliklerin, akraba evliliğinin azaltılması gerektiği, prematürite ve konjenital anomali gibi ölüm nedenlerinin önlenmesi için gebelikteki izlemlerin sayı ve niteliğinin geliştirilmesi, eğitim düzeyi düşük olan annelere yeterli ve nitelikli doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin ulaştırılabilmesi için sağlık personelinin daha duyarlı olması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Öneriler: Bebek ölümlerinin birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından detaylı incelenmesi, sağlık kayıt sistemlerinin güçlendirilmesi, doğum öncesi ve sonrası hizmet niteliğinin artırılması bebek ölümlerinin azaltılması için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Bebek ölümleri, bebek ölüm nedenleri, akraba evliliği, doğum öncesi bakım.

Kaynaklar:

1. Aile Yapısı Araştırması 2006. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Türkiye İstatistik Kurumu. Ankara, 2006, s.8.
2. Başaran N. Tıbbi genetik (Ders Kitabı). 7. Baskı, Güneş&Nobel Tıp Kitabevi, Bursa, 1999, s.161-163.
3. Bodur S, Durduran Y, Küçükkendirci H, Doğan C. Bebek ölümlerinin prenatal-natal sağlık hizmet kullanımı ve demografik özelliklerle ilişkisi: vaka-kontrol çalışması. Dicle Tıp Dergisi, 2009;36(4): 288-293.
4. Martin JA, Kung HC, Mathews TJ, Hoyert DL, Strobino DM, Guyer B, et al. Annual summary of vital statistics: 2006. Pediatrics. 2008;121:788-801.
5. Okyay P, Atasoylu G, Meteoglu D, Demiröz H, Çobanoğlu M, Beşer E. Aydın ilinde 2004 yılı bebek ölümleri ve ölü doğumlar: bildirim sorunları, tanımlayıcı özellikleri ve nedenleri, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2006; 7(2): 3-12.

6. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008, 3(9): 158-172.
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2008. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>, Erişim tarihi: 04.06.2012.
8. World Health Organization. The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count. Geneva: WHO Pub.; 2005.

881

KAYSERİ İLİNDE 3-6 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA SAĞLIKLI OYUNCAK SEÇİMİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Vesile Şenol, Raziye Pekşen Akça, Serap Argün, Hatice Özdemir, Çiğdem Çakmak, Esra Gökkaya

Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

Giriş ve amaç: Oyun insanların, günlük uğraşlarının dışında kalan zamanda belirli bir amaca yönelik olarak, fiziksel ve zihinsel yeteneklerle sınırlandırılmış yer ve zaman içerisinde; kendine özgü kurallara yapılan gönüllü katılım yoluyla grup oluşturan, sosyal uyum ve duygusal olgunluğu geliştiren, yetenek, zeka, dikkat, beceri ve rastlantıya dayanan katılanları ve izleyicileri etkisi altında tutan, gerilim duygusunun eşlik ettiği, sonuçta maddi çıkar sağlamayan zevk veren etkinliktir. Bu etkinliğin istendik amaçlara ulaşmasında en önemli unsur sağlıklı seçilen oyuncaklardır.

Bu çalışma Kayseri ili merkez ilçelerinde yaşayan 3-6 yaş grubu çocukların ebeveynlerinin sağlıklı oyuncak seçimi ve etkileyen faktörler konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır

Gereç ve yöntem: Kesitsel nitelikteki çalışma 2012 Mart-Nisan ayları arasında Kayseri ili merkez (Kocasinan, Melikgazi, Talas, Tomarza, Bünyan, İncesu, Yahyalı, Develi) ilçelerinde yaşayan ve 3-6 yaş grubu çocuğu olan 16 bin aile arasından sistematik örneklem tekniği ile seçilen 4 bin aile üzerinde yürütülmesi planlanmıştır.

Çalışmaya katılmayı reddetme, araştırma gününde evde bulunamama ve eksik veri bildirim gibi nedenlerle 3662 aileye ulaşılabilmektedir. Ebeveynlere araştırmacılar tarafından literatür bilgisi eşliğinde hazırlanan, tanımlayıcı bilgiler, oyuncak seçerken ve alırken aranan özellikler, sağlıklı oyuncak işletmeleri, oyuncakların gelişim alanlarına etkisi, oyuncakların sağlık zararları hakkında bilgi durumu ile oyuncak alımını etkileyen faktörleri tanımlayan sorular yöneltilmiştir. Veriler yüz yüze anket yöntemi uygulanarak toplanmıştır. Bilgi gerektiren sorular katılımcı ebeveynlere soru formatında sorularak, “evet”, “hayır” “fikrim yok” seçenekleri şeklinde alınan yanıtlar kaydedilmiştir. Literatür bilgisine göre “doğru” olan “evet” yanıtları “biliyor” olarak kabul edilmiştir. Çalışmada bilgi puanı hesaplanmamış, yanıt yüzdeleri üzerinden değerlendirme yapılmıştır. İstatistiksel analizde frekans ve yüzde dağılımı, ile ortalama ± standart sapma ve ki kare analizi kullanılmıştır. P<0.05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan çocukların % 79.2’si 5-6, % 20.8’i 3-4 yaş grubundadır. Çocukların % 49.4’ü kız, % 50.6’sı erkektir. Ebeveynlerin % 91.9 u halen evli olup, Annelerin % 65.5’i, babaların ise % 72.1’ i lise ve üzerinde eğitimlidir. Büyük çoğunluğu (% 59.5) orta (740-2220 TL) gelir seviyesine sahip ebeveynlerin % 14.7’ si asgari ücretin altında, % 25.8’i 2221-10.500 TL arası aylık gelire sahiptir.

Çocukların günlük oyun süresi ortalaması 3.29± 2.12 saattir. Çocukların % 63.5’i günde 30 dk -3 saat, % 24.3’ü ise 5-10 saat arası oyun oynamaktadır. Erkek çocukların % 64.0’ ı kurallı oyunlar (saklambaç, körebe, nesi var, çelik-çomak vb.), kız çocuklarının % 59.1’ ise kuralsız oyunlar (evcilik, taklit vb) ile oynamayı tercih etmektedir. Erkek çocukların % 96.6’sı silahla, kız çocukların % 95.0’ı bebekle oynamaktadır. Erkek çocukları kendi içinde ilk sırada (% 46.7) araba-tren, ikinci sırada (% 23.4) silahları, kız çocukları ise ilk sırada (% 63.0) bebek, ikinci sırada (% 18.9) lego oyuncakları tercih etmektedir.

Ebeveynlerin % 65.1’ i oyuncak satın alırken alış-veriş merkezlerini, % 32.2’ si semt pazarını tercih ederken, % 7.4’ ü çocuklarının oyuncaklarını kendileri yapmaktadırlar.

Ebeveynler oyuncak alırken oyuncağın güvenli-tehlikesiz olması (% 88.6), eğitici olması (% 86.8), çocuğun gelişim düzeyine uygun olması (% 80.3) ve sağlam olması (% 79.3) gibi olumlu özellikleri daha yüksek sıklıkta yanıtlarken; organik olması (% 52.2), içerdiği kimyasal maddenin izin verilen sınırlarda olması (% 51.1), radyoaktif madde içerip-içermediği (% 48.9), alevlenebilme tehlikesi (% 52.8) ve kolay temizlenebilme (% 68.9) gibi özellikleri daha düşük oranda yanıtlamışlardır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ebeveynler oyuncak alırken % 75.3' ü ilk sırada oyuncuğun çocuğun yaratıcılık alanına, % 67.5'i ikinci sırada bilişsel gelişimine, % 62.4' ü üçüncü sırada psikomotor gelişimine olumlu katkıda bulunmasını gözönünde bulundurduklarını; % 76.6' sı alınan oyuncuğun çocuğun cinsiyetine, % 88.5'i ailenin aylık harcama bütçesine, %77.3'ü çocuğun isteğine, % 64.1'i oyuncuğun çok amaçlı olmasına dikkat ettiğini bildirmiş; % 44.6'sı ödüllendirme isteği ve %39.9' u görsel medyanın etkisiyle oyuncak aldıklarını ifade etmişlerdir.

Oyuncak prospektüsü ve kullanım talimatını okuyan ebeveyn oranı % 52.1 dir Ebeveynlerin sadece % 42.3'ü sağlıklı oyuncak işaretlerini bilmektedir. Ebeveynlerin % 62.6'sı CE (test ve muayenelerden geçmiş olması), % 29.2'i AAA (boğulma tehlikesi olabilir), % 28.9' u AA (boğulmaya neden olmaz) işaretini ve % 87.0' ı TSE (Türk Standartları Enstitüsü) uygunluk işaretinin anlamını bilmektedir. Oyuncakların sağlık açısından neden olduğu kaza, yaralanma ve hastalıklar sorgulandığında; ebeveynlerin % 81.1'i bilinçsiz seçilen oyuncuğun çocuğu şiddete eğilimli hale getirdiğini, % 80.6'sı alerjik reaksiyonlara, % 64.8'i nefes darlığı, % 60.5'i iştme kaybı ve % 49.0'u lösemi gibi ciddi hastalıklara neden olabileceğini bildirmişlerdir.

Ebeveynlere organik oyuncak tanımı sorulduğunda % 42.5'i organik oyuncuğu "iyi kalite plastik ve tahtadan yapılmış, su bazlı vernik kullanılmış oyuncak" olarak tanımlarken, % 29.0' ı "sadece tahtadan yapılmış oyuncakları" % 18.0'ı "boya kullanılmayan oyuncakları" organik olarak tanımlamıştır.

Tartışma ve sonuç: Oyun ve onun aracı oyuncak çocuğun gelişimi ve eğitiminde hayatının önemli bir kısmını oluşturur; kişilik ve yeteneklerini geliştirmesine fırsat yaratarak onu erişkin dünyasına hazırlar. Ancak oyun için kullanılan materyaller çocuğun yaşına, gelişimine ve sağlığına uygun olmadığı durumlarda çocuk için tehlikeli unsuru oluşturarak çocuğun yaralanmasına, hatta ölümüne bile neden olabilmektedir. Dolayısıyla sağlıklı oyuncak seçimi önemlidir.

Eğitim ve gelir seviyesi orta-iyi düzeyde ailelerden oluşan araştırma toplumunun oyuncak seçerken-satın alırken oyuncuğun fiziksel ve eğitsel özelliklerine özen gösterdiği, ancak sağlık boyutuna gerekli duyarlılığı göstermediği gözlenmektedir. Keza çalışmada oyuncak seçiminde çocuğun gelişim alanlarına uygunluk kriterlerini bilen kişi oranı daha yüksek iken, sağlıklı oyuncuğun taşınması gereken özellikler ve işaretlerin anlamlarını bilen kişi oranı daha düşük bulunmuştur. Erkek çocuklarının büyük çoğunluğunun silah gibi şiddete eğilimi artıran oyuncaklarla oynaması, çocukların yaklaşık dörtte birinin günde 5-10 saat sürelerle oyun oynaması, oyuncak seçiminde "çocuğun isteği" nin belirleyici kriter olarak alınması ve bu istek doğrultusunda uygun olmayan oyuncak alımı gibi acilen ele alınması gereken durumları oluşturmaktadır. Çocukların isteği ve kinetik enerjisini şiddet içermeyen sağlıklı oyuncaklara yönlendirilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak en kısa sürede oyun çağında çocuğu olan hedef ebeveyn popülasyonu başta olmak üzere eğitici, bakıcı, üretici, tüketicisi, pazarlamacı konumundaki tüm gruplara sağlıklı oyuncak tanımı, özellikleri, seçimi konusunda bilgilendirme ve farkındalık eğitimleri verilmelidir.

Bu eğitimlerde hedef popülasyonlara

- Oyuncuğun çocuk sağlığı ve güvenliği açısından bir risk oluşturmaması için, çocuğun yaşına ve gelişim dönemine uygun oyuncakların güvenilirliği kanıtlanmış marka ve mağazalardan alınması ve oyuncak satın alınırken etiketlerdeki uygunluk işaretlerinin mutlaka kontrol edilmesi,
- Oyuncuğun değişik amaçlara yönelik ve çok fonksiyonlu olmasının yanında çeşitli gelişim alanlarını birden destekleyebilecek zengin uyarıcıları içermesi,
- Kırılabilir, parçalanabilir ve yaralanmalara (oyuncuğun parçalarının zımba, raptiye, çivi ya da iğneyle tutturulması vb.) neden olabilecek niteliklerinin olmaması,
- Keskin kenarlar, ağıza, buruna, göze, kulağa kaçabilecek küçük parçalar ve zehirli maddeler içermemesi,
- Oyuncuğun çocuğun gücünün yeteceği sınırlardan ağır olmaması,
- Üzerine binilecek nitelikteki oyuncakların sağlam ve dengeli olması, ev içinde kullanılan oyuncakların ev içinde tutulması ve paslanmalarına engel olunması,
- Tüylü oyuncakların tüylerinin gevşek olmaması, kolay çıkmaması, yutulma tehlikesine karşın etiketinde belirtilen yaş sınırlamasının dikkat alınması,
- Oyuncakların sağlam olup olmadıklarının düzenli olarak kontrol edilmesi, çocuğun oyun alanının her zaman düzenli olması, küçük çocukların oyun oynarken yalnız bırakılmaması,
- Oyuncaklardaki elektriksel gerilimin 24 voltu geçmemesi ve iletken maddeler ile birlikte elektrik şokuna neden olabilecek parçaların uygun şekilde yalıtılması, kimyasal ve radyoaktif maddelerin sağlığa zararlı olacak şekilde yapıya katılmaması, ve alevlenebilme tehlikesi gibi unsurlara dikkat edilmesi,
- Ailelerin oyuncuğun prospektüsünü mutlaka okuması, oyuncakta CE ve TSE, AA ve AAA işaretlerinin varlığını mutlaka kontrol etmesi gerektiği öğretilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Oyun Çağı Çocuğu, Sağlıklı Oyuncak, Oyuncak Seçimi

Kaynaklar:

Arslan, F. (2000). 1-3 yaş dönemindeki çocuğun oyun ve oyuncak özelliklerinin gelişim kuramları ile açıklanması. ÇÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,4 (2) 40-43.

- Bayhan P. ve Artan İ. (2004) Çocuk Gelişimi ve Eğitimi. Morpa Yayıncılık 296 s.
- Çalık, F. (2006). Çocuk ve animasyon. Morpa Yayıncılık, 160 s.
- Çamur, D., Vaizoğlu, S., Akbaş, M., Başaran, D., Batmaz, A.H., Bilgin, E., Bulam, M.H (2008). Oyuncak alıcı ve satıcılarının oyuncak güvenliği ve yönetmeliği konusundaki bilgi düzeyleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi; 51: 31-38
- Egemen, A., Yılmaz, Ö. ve Adil, İ. (2004).Oyun, Oyuncak ve Çocuk. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi: 5(2):39-42
- Schuster C.S. and Ashburn S.S. (1980). Play During Childhood: The process of Human Development, Brown and Company, pp 290-310.

867

KAYSERİ İLİNDE BEBEK ÖLÜMLERİ

Rukiye Yalap Tuna¹, Emel Güden², Yunus Karadağ¹, Ahmet Öksüzkaya²

¹Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğü

²Kayseri İl Sağlığı Müdürlüğü

Giriş ve Amaç:

Bebek ölüm hızı bir ülkenin gelişmişlik derecesinin önemli göstergelerinden biridir. Son yıllarda bebek ölüm hızında tüm dünyada bir azalış olmakla birlikte bölgesel farklılıklar gözlenmektedir. Yine bebek ölüm nedenleri de bölgesel farklılıklar göstermekte; gelişmiş ülkelerde bebek ölümleri daha önlenemez nedenlere bağlı iken gelişmemiş ülkelerde ise enfeksiyon ve ishal gibi önlenabilir nedenlerden kaynaklanmaktadır. Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre 2003 yılında bebek ölüm hızı binde 29 iken 2008 yılında binde 17'ye düşmüştür. Sağlık Bakanlığı 2010 istatistik yılığında ise bebek ölüm hızı binde 11 olarak açıklanmıştır. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'ne göre Kayseri ili 2011 yılı nüfusu 1.255.349 olup canlı doğum sayısı 21.307'dir.

Bu çalışmada Kayseri il genelinde 2011 yılı içinde meydana gelen bebek ölümlerinin nedenlerinin incelenmesi ve önlenabilir nedenlere bağlı ölümlerin ortaya konulması ve yıllık ölüm hızının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 2011 yılı içinde Kayseri İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilen bebek ölümlerinin kayıtları esas alınarak yapılmış retrospektif tanımlayıcı bir çalışmadır. Veriler bilgisayarda SPSS programında değerlendirilmiş, istatistiksel analizde ki kare testi kullanılmış ve $p < 0,05$ düzeyi anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Kayseri il genelinde 2011 yılında 193 bebek ölümü belirlenmiştir. Kayseri ili 2011 yılı bebek ölüm hızı binde 9 olarak tespit edilmiş olup, bebek ölüm hızı ölüm zamanına göre değerlendirildiğinde; erken neonatal dönemde (n=84) binde 3,9, geç neonatal dönemde (n= 36) binde 1,7, post neonatal dönemde (n=73) binde 3,4 olarak hesaplanmıştır.

Ölen bebeklerin cinsiyetleri incelendiğinde %56,5'inin erkek, %43,5'inin kız olduğu saptanmıştır. Bebeklerin cinsiyetlerine göre ölüm zamanı değerlendirildiğinde; erken neonatal dönemde ölen bebeklerin %67,9'u, geç neonatal dönemde ölen bebeklerin %44,4'ü ve postneonatal dönemde ölen bebeklerin ise %49,3'ünün cinsiyeti erkek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2: 8.069$ $p < 0,05$).

Bebeklerin ölüm nedenleri incelendiğinde; ilk sırada konjenital anomaliler (n=57), ikinci sırada prematürite (n=48) yer almaktadır. Diğer nedenler sırasıyla kalp yetmezliği (n=24), ani bebek ölümü (n=12), metabolik hastalıklar (n=12), RDS (n=7), Aspirasyon+pnömoni (n=7), böbrek yetmezliği (n=4), asfiksi (n=3), sepsis (n=2) ve diğer nedenler (n=17) yer almaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bebeklerin hepsinin doğumu bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir. Ölen bebeklerin doğum şekli incelendiğinde %40,9'u normal vajinal doğum, %58'inin ise sezaryen doğumdur. Doğum şekline göre ölüm nedenleri incelendiğinde konjenital anomali nedeniyle ölen bebeklerin %65,4'ünün sezaryen doğumla dünyaya geldiği belirlenmiş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($X^2:9.793$ $p>0,05$). Bebeklerin öldükleri yer değerlendirildiğinde %96,9'u bir sağlık kuruluşunda, %3,1'i ise evlerinde öldüğü belirlenmiştir. Evlerinde öldüğü belirlenen bebeklerin tamamının ölüm nedeni ani bebek ölümü sendromudur.

Ölen bebeklerin annelerinin %6,1'i 18 yaşının altında ve %16,1'inin 35 yaşın üstünde olduğu belirlenmiş olup yaş ortalaması $27,29 \pm 6,1$ (min=15,max=47)'dir.

Bebeklerin doğum ağırlıkları incelendiğinde %55,4'ünün 2.500 gr altında olduğu tespit edilmiştir. Ölen bebeklerin ortalama doğum ağırlığı 2.186 ± 1.017 gr (min=130, max=4.200) olarak bulunmuştur. Ölen bebeklerin %51,8'inin miadında doğduğu, %28'inin 30. gestasyon haftasını tamamlamadan doğduğu belirlenmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Sağlık Bakanlığı 2010 yılı bebek ölüm hızını binde 10,9 olarak bildirmiştir. Çalışmamızda Kayseri'de 2011 yılı bebek ölüm hızı Türkiye ortalamasının altında (binde 9) olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda ölen bebeklerin cinsiyetleri incelendiğinde %56,5'inin erkek olduğu görülmektedir. Türkiye genelinde de yapılan farklı çalışmalarda erkek çocukların bebek ölüm hızları, kız çocuklarına göre daha yüksektir. Çalışmamızda ölüm nedenleri içinde ilk sırada konjenital anomalilerin yer aldığı görülmektedir. Türkiye'de bebek ölüm nedenleri içinde konjenital anomaliler ölümlerin dörtte birine neden olmaktadır Denizli'de yapılan bir çalışmada; bebek ölüm nedenleri arasında ilk üç sırada konjenital anomaliler, prematürite ve ani bebek ölümü sendromu olduğu tespit edilmiştir.

Evde gerçekleşen doğumlarda bebek ölümü riski daha fazladır. Çalışmamızda ölen bebeklerin tamamının doğumu hastanede gerçekleşmiştir.

Bebeklerin sadece 6'sının evinde öldüğü belirlenmiştir. Evde öldüğü belirlenen bebeklerin tamamının ölüm nedeni ani bebek ölümü sendromudur. Ölen bebeklerin genelinin hastanede ölmüş olması bölgede sağlık hizmetlerine erişim oranının yüksek olduğunu göstermektedir.

Yirmi yaşından önce anne olanların bebeklerinin ölme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde yaşları 15-19 olan kadınların %6'sı çocuk sahibi ve %2'si gebedir. Çalışmamızda ölen bebeklerin %6'sının annesinin 18 yaş ve altında olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak; Kayseri ilinde bebek ölüm hızı Türkiye ortalamasının biraz altında olduğu saptanmıştır. Ancak hala istenilen seviyelerde değildir. Bebek ölüm nedenleri içinde ilk sırada konjenital anomalilerin olması önlenbilir ölüm nedenlerinin azaldığının bir göstergesi olabilir. Hizmet sunumunda yenidoğan ünitelerinin sayısının artırılması ve daha kaliteli getirilmesi önlenbilir bir neden olan prematüritelige bağlı bebek ölümlerini azaltabilir. Genel olarak; koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin artırılması bebek ölüm hızının azaltılması yönünde gerekli bir adımdır.

Anahtar kelimeler: Bebek ölüm hızı, konjenital anomali, prematürite

Kaynaklar:

1. Ünsal A, Metintaş S, İnan Ç, Arslantaş D, Tözün M, Çetin E. Eskişehir'de bebek ölüm düzeyi ve ölüm nedenleri. Osmangazi Tıp Dergisi 2005;27:9-14)
2. Özcebe H. Türkiye'de çocuk sağlığının durumu. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ed: Güler Ç, Akın L. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.2006.Ankara)
3. Karabulut A, İstanbullu B, Karahan T, Özdemir K. Two year evaluation of infant and maternal mortality in Denizli. J Turkish-German Gynecol Assoc 2009;10:95-8
4. Yurdakök M, Dünyada ve ülkemizde çocuk sağlığı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005;48:203-205

KAYSERİ'YE DOĞU VE GÜNEYDOĞU ANADOLUDAN GÖÇ GELEN ERGENLERDE BENLİK SAYGISINI YÜKSELTME PROGRAMI ETKİLİLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Zeliha Kaya Erten

Erciyes Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi

Girişve Amaç: Bu çalışma Sister Calistra Roy'un uyum modelinden yola çıkılarak göçle gelen ve gelmeyen ergenlerin uyumlarını artırmak için yapılan benlik saygısını yükseltme programının benlik saygısı düzeyine etkisini belirlemek ve hemşirelik literatürüne benlik saygısı yükseltme programını bir yöntem olarak katmak amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın verileri Ekim 2009-Haziran 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Kayseri, Eskişehir Bağlı Selçuklu mahallesine 5-8 yıl içinde göçle gelmiş ve Kayseri'de yaşayan 13-14 yaş grubu ergenler çalışma kapsamına alınmıştır. Göçle gelmiş ve gelmemiş 40 ergenden oluşan 2 müdahale 2 kontrol olmak üzere 4 grup oluşturulmuştur. Örnekleme adres bilgilerinin yeterli olmaması nedeni ile randomize olmayan seçkisiz örneklem yöntemlerinden kartopu örneklem yöntemi kullanılarak ulaşılmıştır. Örnekleme sayısı gücü, veriler üzerinden power analizle belirlenmiştir. Biri göçle gelen, diğeri göçle gelmeyen yirmi ergenden oluşmuş iki müdahale grubuna benlik saygısı yükseltme programı uygulanmıştır. Programın orijinalini Smead oluşturmuş, Kaya ve Saçkes Türkçeye çevirip revize etmişlerdir. Uygulanan benlik saygısı yükseltme programı 8 oturumdan oluşmaktadır. Her oturum yaklaşık bir saat sürmüş ve haftada bir kez yapılmıştır. Oluşturulan gruplarda ki amaçlar;

1. Ergenlerin, kendileri hakkında ne hissettiklerini keşfetmelerine ve bu hislerinin nereden kaynaklandığını anlamalarına yardımcı olmak
2. Ergenlerin, hayatlarındaki bazı rolleri tanımlamasına ve bu roller içindeki performanslarının farklı olduğunu görmelerine yardımcı olma.
3. Ergenlerin bir öğrenen, bir arkadaş ve bir kişi olarak kendilerine yönelik algılarının farkına varmalarına yardımcı olma.
4. Ergenlerin kendileri hakkındaki gerçek dışı ve mükemmeliyetçi taleplerini terk etmelerine yardımcı olma.
5. Ergenleri, grup içinde kendilerine ilişkin çalışmalarını esnasında diğer grup üyelerine de yardım etmek için cesaretlendirme ve ergenlere aynı tür yardımlara nasıl ulaşabileceğini öğretmektir.

Grupların sosyo-demografik özellikleri ve benlik saygısını etkileyen faktörleri, kişisel bilgi formu aracılığı ile belirlenmiştir. Benlik saygısı düzeylerini belirlemek için Lise Öğrencileri Özsaygı (Benlik Saygısı) Envanteri kullanılmıştır. Bütün grupların, ön test, son test ve izlem ölçümleri ile benlik saygıları düzeyleri değerlendirilmiştir. Verilerin analizde normal dağılan bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında bağımsız iki örnek t testi, normal dağılmayan bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Manny Whitney U testi ve benlik saygısı envanterinin tek gruptaki tekrarlı ölçümlerinde, sigmaStat programında "One Way Repeated Measures Analysis of Variance" testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare (χ^2) testi exact değerlerinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Göç grubunda (n=20) öncesi benlik saygısı düzeyi $232,05 \pm 18,01$ iken göçle gelmeyen grupta (n=20) $243,20 \pm 12,50$ dir ($p > 0,05$). Yapılan uygulama ile göçle gelmeyen müdahale grubunda (n=10) benlik saygısı puanları, öncesi puanlarına göre artış göstermiş ($242,60 \pm 12,68 / 254,90 \pm 18,29 / 268,50 \pm 32,97$) ve özellikle program sonrası izlemde benlik saygısı puanı program sonrası son test ve ön test benlik saygısı puan ortalamalarına göre yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Yine göçle gelmeyen kontrol grubunda (n=10) benlik saygısı puan ortalamaları ($242,00 \pm 249,00 / 244,00 \pm 249,00 / 234,00 \pm 246,00$) sayısal ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Göçle gelen müdahale grubunda (n=10) ($231,90 \pm 8,76 / 245,30 \pm 22,30 / 268,80 \pm 36,33$) benlik saygısı puanları incelendiğinde ön test puan ortalamalarına göre son test benlik saygısı puan ortalamaları ve izlem puan ortalamalarının giderek arttığını söyleyebiliriz. Yine bu artış izlem ve ön test benlik saygısı puan ortalamaları arasında en yüksek düzeyde ve istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p < 0,05$). Göçle gelen kontrol grubundaki ergenlerde ön test benlik saygısı ortanca puanı ile son test ve izlem benlik saygısı puanları arasında hem sayısal hem de istatistiksel olarak anlamlı bir artış

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

görülmemiştir($p>0.05$). Yapılan analizlerde göçle gelen ve gelmeyen müdahale gruplarında ki artışlar iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir.

Tartışma ve Sonuç: Çalışma da sosyo-ekonomik ve kültürel ortamın bireylerin uyumunu göç kadar etkilediği düşünülürken, benlik saygısı yükseltme programının ise aynı ortamı paylaşan göçle gelen ve gelmeyen ergenlerin benlik saygılarını kontrol gruplarına göre ve kendi içlerinde ön test puan ortalamalarına göre olumlu ve benzer şekilde etkilediği bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Göç, Ergen, Hemşirelik, Benlik Saygısı

Kaynaklar:

Zincir H, Yagmur F, Erten Kaya Z, Balci E, Elmalı F. The incidence of domestic violence, the causative factors and their effects on the family. Pak J Med Sci January-March 2010; 26 (1): 201-205

Kaya, A ve Sackes, M. Benlik saygısı geliştirme programının ilköğretim 8.sınıf öğrencilerinin benlik saygısı düzeylerine etkisi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2004;3(21):49-56

Kaya A, Saçkes M. Benlik Saygısı Geliştirme Programının 8. Sınıf Öğrencilerinin Benlik Saygısı Düzeylerine Etkisi, Deneysel Olarak Sınanmış Grupla Psikolojik Danışma ve Rehberlik Programları (1Basım), Editörler Erkan S, Kaya A, Pagem Yayıncılık, Ankara, 2005:1-40.

730

KIRSAL ALANDA OKUL SAĞLIK TARAMASI SONUÇLARI

Arzu Kocak Uyaroglu¹, Deniz Koçoğlu², Emine Sari¹, Dilek Cingil¹, Burcu Ceylan², Belgin Akın¹

¹Selçuk Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği

²Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği

Giriş: Okul çağı büyüme ve gelişmenin devam ettiği bir dönemdir ve bu dönemde yaşanan sorunların öğrencinin akademik ve fiziksel gelişimini olumsuz etkileyecek ciddi sonuçları olabilmektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2008; Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Sinkelstein, & Schwartz, 2001). Öğrencinin akademik gelişiminin tam anlamıyla sağlanabilmesi için öğrenme engellerine yol açan sağlık problemlerinin kontrol altına alınması gerekmektedir. Düzenli yapılan okul sağlık taramaları vakaların bulunmasında oldukça önemlidir. Sağlık taramalarının kapsamı ve yapıma sıklığı her yaş grubuna göre değişmektedir. Okul sağlık taramaları bir çok ülke için yasal olarak yapılması zorunlu hizmetlerdir. Okul sağlığı taramalarında genellikle büyüme ve gelişme, görme, işitme, ağız-diş sağlığı, kan basıncı, anemi ve duruş bozuklukları uygulanan taramalardır (King & Eckstein, 2006; Sağlık Bakanlığı, 2008). Okul hemşiresinden de yaşa özgü sağlık taraması yapabilecek bilgi ve beceriye sahip olması beklenmekte ve sertifika programlarının içeriğinde büyüme – gelişme ve okul hemşireliği uygulama ilkelerinin geniş kapsamlı yer aldığı görülmektedir.

Yöntem: Araştırma Konya iline bağlı kırsal alanda yer alan iki ayrı bölgede (Kaşınhanı mahallesi ve Karadiğın mahallesi) üç ilköğretim okulunda 14 Mart – 7 Nisan 2012 tarihleri arasında tanımlayıcı araştırma tasarımı yapılmıştır. Öğrencilerin sağlık taramasında boy, kilo, beden kitle indeksi (BKİ), görme taraması ve ağız diş sağlığı taraması yer almaktadır. Boy ölçümünde duvara sabitlene şerit mezura, ağırlık ölçümünde hassasiyeti 0,01 kg olan dijital basküller kullanılmıştır. BKİ hesaplamasında ağırlık (kg)/boy uzunluğu (m)² formülü kullanılmıştır. Boy, kilo ve BKİ yaşa göre değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans verileri kullanılmıştır. Göz Muayenesinde görme keskinliğinin ölçümünde uluslararası standartlara uygun logaritmik eşeller tercih edilmiş ve Snellen Eşeli kullanılmıştır. Göz kayması (şaşıklık) Hirschberg testi ile değerlendirilmiştir. Ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesi ışık kaynağı aracılığıyla yapılmış ve ağız hijyeni, çürük, dolgulu, eksik ve lekeli diş

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

gözlemlenmiştir. Elde edilen değerler SPSS programına kaydedilmiş ve sayı, yüzde ortalama olarak özetlenmiştir.

Araştırmanın uygulanması için Konya Valiliğinden izin alınmış, tarama sonunda belirlenen sorunlar için sınıf öğretmeni, öğrenci velisi ve Konya Valiliği bilgilendirilmiştir. Araştırmada öğrenci taramaları pediatri dersi almış ve halk sağlığı hemşireliği dersi alan hemşirelik bölümü son sınıf öğrencileriyle öğretim elemanları denetimde yapılmış, hemşirelik öğrencileri okul sağlığı dersinde tarama ve ilkeleri konusunda gerekli bilgileri almış ve öğretim elemanının gözetiminde taramayı gerçekleştirmişlerdir. Öğretim elemanları ve hemşirelik öğrencileri birlikte gerekli değerlendirmeleri yapmışlardır.

Bulgular: Araştırmada Kaşınhanı mahallesinde 561 ve Karadığın mahallesinde 311 olmak üzere toplam 872 öğrenciye sağlık taraması yapılmış, bu öğrencilerin % 44.5'i kız, % 55.5'i erkek öğrencidir. Öğrencilerin %2.1'i ana sınıfı, %14.9'u birinci sınıf, %12.2'si ikinci sınıf, %16.3'ü üçüncü sınıf, %10.8'i dördüncü sınıf, %14.2'si beşinci sınıf, %13.3'ü altıncı sınıf, %10.8'i yedinci sınıf ve %5.5'i sekizinci sınıfta eğitim görmektedir. Boy uzunluğuna göre percentil değeri üç ve üçün altında olan öğrenci oranı %9.9 (n=86) olup, 97. percentilde on öğrenci 99. percentilde ise üç öğrenci yer almaktadır. Öğrencilerin BKİ göre percentilleri değerlendirildiğinde ise percentil değeri üç ve altında olan 27 öğrenci olup, öğrencilerin %10.9'u (n=95) 85. percentilde, %4.0'ı (n=35) 95. percentilde ve %7.8'i 97. percentil ve üstünde yer almaktadır. Görme taraması sonucunda ise öğrencilerin %20.8'inde (n=181) görme keskinliği ile ilgili sorun belirlenmiştir. Şaşılık sorunu yaşayan öğrenci oranı ise %1.9 olarak bulunmuştur.

Ağız diş sağlığın yönelik yapılan taramada ise öğrencilerin %68.6'sında çürük diş, %36.4'ünde eksik diş ve %8.4'ünde ise dolgulu diş bulunmaktaydı. Çürük diş sorunu olan öğrenciler ortalama 2.1±2.2 adet çürük dişi olduğu belirlenmiştir. Ağız hijyeni değerlendirildiğinde de öğrencilerin %46.9'unun (n=401) ağız hijyeni kötü, %34.6'sının (n=302) orta ve %19.4'ünün (n=169) iyi olarak belirlenmiştir.

Tartışma: Çocukluk döneminde BKİ hesaplamaları percentil değerlendirmesiyle yorumlanmakta, büyümenin ve beslenme durumunun değerlendirilmesinde de sıklıkla kullanılmaktadır. Percentil değerlendirilmesine göre araştırmada fazla kilolu %10.9 ve obezite sorunu bulunan öğrenci oranı ise %11.8 olarak bulunmuştur. Okul sağlığı hizmetlerinde obezitenin önlenmesi için beslenme ve fiziksel aktiviteye faaliyetlerin planlanmasının önemini göstermektedir. Ağız ve diş sağlığı sorunları bu yaş grubunun en sık rastlanan sağlık sorunudur (Wong ve diğ. 2001). Bu sorunlar arasında özellikle diş çürüğünün ve ağız hijyeni sorunlarının yaygın olduğu görülmektedir (Güler ve Kubilay 2004, Yaramış ve diğ. 2005, Hubbezoğlu ve diğ. 2008). Araştırmada da öğrenciler arasında ağız hijyeninin önemli bir sorun olduğu öğrencilerinin büyük bir çoğunluğunun ağız hijyeninin kötü ve orta nitelikte olduğu belirlenmiştir. Diş çürüğü de öğrencilerin genelini ilgilendiren bir sorun olarak görülmektedir. Ağız ve diş sağlığı halen okul çağı öğrencileri için önemle ele alınması gereken sorunlar arasında yer almalı ve okul sağlığı hizmetlerinin önemli bir hedefini oluşturmalıdır. Sağlık taramasında saptanan önemli bir sorun alanı da görme keskinliğine ilişkin sorunlardır. Görme sorunları öğrencinin akademik başarısı ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Okul çağı çocuklarında düzenli göz kontrollerinin yapılmaması nedeniyle çoğu öğrencide göz sağlığı açısından çoğu sorun tanı almamakta ya da geç tanı almaktadır. Okul hemşiresi tarafından göz muayenesinin yıllık yapılması, ailenin öğrencinin göz sağlığına yönelik duyarlılığının artırılması ve öğretmenlerin bu konuda farkındalıklarının sağlanması oldukça önemlidir. Bu çalışmanın sonuçları ve yapılan çalışmalar sağlık taramasıyla kolayca saptanan obezite, görme keskinliği sorunları, ağız ve diş sağlığı açısından okul çağı öğrencilerinin önemli bir risk grubu olduğu, sağlık taramalarının düzenli yapılmasının sağlık sorunu olan öğrencilerin erken dönemde belirlenmesi ve bu sorunların öğrencilerin akademik gelişmelerini olumsuz etkilemeden önce kontrol altına alınmasının gerekli olduğunu göstermektedir. (Seçginli ve diğ. 2004, Discigil ve diğ. 2007 Güler ve Kubilay, 2004)

Anahtar Kelimeler: Okul sağlığı, tarama, hemşirelik

Kaynaklar:

Discigil G, Aydogdu A, Basak O, Gemalmaz A, Gurel F (2007). Prevalence and Predictors of Hypertension in Primary School Students: A population based study in Aydin, Turkey. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 1(2), 17-22.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hubbezoğlu İ, Özgün-Başbüyük G (2008) Sivas İl Merkezinde Bulunan İlköğretim Çağındaki Çocukların Ağız Diş Sağlığı Yönünden Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 11(2), 108-113

King K, Eckstein JM (2006) Manual for school health programs Retrived 14.11.2010 from www.dhss.mo.gov/SchoolHealth/ManualForSchoolHealth.pdf

Sağlık Bakanlığı (2008) Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı. Editörler: H Özcebe, B Ulukol, S Mollahaliloğlu, N Yardım, F Karaman. *TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Yayın No: SB-HM-2007-17. Ankara: Yücel Ofset Matbaacılık.*

Seçginli S, Erdoğan S, Demirezen E (2004) Okul Sağlığı Tarama Programı: Bir Pilot Çalışma Örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 13(12), 462-465.

Wong D, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Sinkelstein M, Schwartz P (2001) Health promotion of the school-age child and family *Wong's Essentials of Pediatric Nursing. St Louis, Mo: Mosby: Inc.*

Yaramış N, Karataş N, Ekti F, Aslantaş D (2005) Nevşehir İl Merkezi'nde Bulunan İlköğretim Çağındaki Çocukların Ağız Sağlığı Durumu ve Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(12), 256.

768

TÜM GÜN İLKÖĞRETİM OKULLARINDA ÇOCUKLARIN TÜKETTİĞİ GIDALARIN İHTİYAÇLARINA UYGUNLUĞU ve BÜYÜMELERİNE ETKİSİ

Yeşim İşgüzar¹, Neriman Aydın², Servet Özgür²

¹Özel Düztepe Yaşam Hastanesi

²Gaziantep Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Dünyada ve ülkemizde nüfusun önemli bir kısmını kapsayan okul çağındaki bireylerin büyüme ve gelişmeleri ile beslenme düzenleri arasında doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenme ile büyüme ve gelişme olumsuz etkilenmektedir. Çocukların günlük ihtiyacı olan besin ve enerji gereksinimlerinin dengeli ve düzenli olabilmesi için, bu enerji ve besin ihtiyacının önemli bir bölümünün karşılandığı okulda tüketilen öğle öğünlerinin çocuğun büyüme ve gelişimine uygun olması gerekmektedir. Çalışmada, tam gün eğitim veren ilköğretim okullarında öğrenim gören birinci sınıf öğrencilerinin tükettikleri besinlerin ve bazı okullarda servis edilen yemek menüsünün çocukların günlük gereksinimlerine uygunluk durumu, çocukların beslenmesine etki eden faktörler ve büyüme durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmada, örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı, %9 obezite prevalansı -DSÖ 2010 dünya genelinde okul çağı çocuklarında öngörülen obezite prevalansı- ve %2 hata payı ile hesaplanmış ve minimum 786 olarak bulunmuştur. Araştırmaya ilköğretim birinci sınıf öğrencilerinden oluşan 852 öğrenci alınmıştır. Öğrencilerin ve ebeveynlerinin demografik ve kişisel bilgileri, antropometrik ölçümleri, okulda verilen öğle yemeği menüleri ile birbirini izleyen beş günde öğle öğününde tükettikleri besin grupları ve besin tüketim alışkanlıkları incelenmiştir. Öğrencilerin BKİ değerleri hesaplanmış, yaş ve cinsiyetlerine uygun olarak DSÖ'nün persentil tablolarına göre değerlendirilmiştir. BKİ değerleri 3. persentilin altında kalan öğrenciler çok zayıf, 3.-15. persentil arasında olan öğrenciler zayıf, 15.-85. persentil arasında olan öğrenciler normal, 85.-97. persentil arasında olan öğrenciler hafif şişman ve 97. persentilin üzerinde olan öğrenciler şişman olarak değerlendirilmiştir. Araştırma verileri SPSS 18 programında değerlendirilmiş, analizlerde ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırma için Gaziantep Üniversitesi'nden 24.02.2011 tarih ve 02/2011-04 karar nolu etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan çocukların 51.4'ü erkek, %48.6'sı kız, yaş ortalamaları 7.05±0.24 yıldır. Çocukların %26.6'sı zayıf, % 47.4'ü normal, %13.0'ı hafif şişman, %12.9'u ise şişman olarak bulunmuştur. Araştırmadaki çocukların %73.4'ü düzenli kahvaltı, %85.8'i düzenli öğle yemeği, %89.4'ü düzenli akşam yemeği yemektedir.

Çalışmaya katılan erkek öğrencilerin %24.4'ünü; kız öğrencilerin %28.7'sinin kahvaltı öğününü atladıkları saptanmıştır. Erkek ve kız öğrenciler öğün tüketimlerinde benzer özellikler göstermişlerdir. Eğitim durumu ilkokuldan az olan annelerin çocuklarının %67.9'u, ilkokul ve üzeri eğitim durumuna sahip annelerin çocuklarının ise %73.8'i her gün düzenli kahvaltı yapabilmektedir. Anne eğitim düzeyi ile çocukların her gün kahvaltı yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışan annelerin %76.8'inin çocuklarının düzenli kahvaltı yaptıkları, bu oranın çalışmayan annelerin çocukları için %72.1 olduğu bulunmuştur. Annenin çalışma durumu ile de çocukların her gün kahvaltı yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Annenin eğitim durumu ile çocukların BKİ persentil grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Her gün düzenli tüketilen besinler en fazla ekmek (%92,6), takiben süt ve süt ürünleri (%76,5) olarak gözlenmiştir. Süt tüketim sıklığı ve BKİ persentil sonuçları arasında anlamlı bir fark yokken et tüketim sıklığı ile fark saptanmıştır. Buna göre her gün et tüketen çocukların %17.7'si şişman olup, %14.9'u hafif şişman olarak bulunmuştur. Hiç et tüketmeyen 8 çocuktan 1'i (%12.5); ayda 1 -2 defa et tüketen 50 çocuktan ise 2'si (%4) hafif şişman olarak saptanmış, bu guruplarda şişman çocuk saptanmamıştır. Ayda 1-2 defa ya da hiç et tüketmeyen çocukların BKİ persentil değerlerinin diğer gruplardan daha düşük olduğu bulunmuştur. Çocukların %65.3'ü taze meyve sebze her gün düzenli olarak tüketirken, %31.7'sinin her gün çikolata ve şeker tükettiği belirlenmiştir. Bu çalışmada okul olan günlerde TV izleme durumu kız ve erkek çocuklarda benzer oranlardadır. Bunun yanında, okul olan günlerde kızların %66.2'si, erkeklerin %57'si, okul olmayan günlerde ise erkeklerin %33.6'sı, kızların %45.2'si hiç bilgisayar oynamamaktadır. Okul olduğu ve olmadığı günlerdeki bilgisayar oynama süreleri ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmış ($p<0.05$), yapılan ileri analizde her iki durumda da 1-2 saat ve fazla sürede bilgisayar oynayan erkeklerin (okul olduğu günlerde %12,5 ve okul olmadığı günlerde %31,5) kızlardan (okul olduğu günlerde %4,1 ve okul olmadığı günlerde %22,2) fazla olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çocukların %24.9'unun okulunda öğle yemeği servis edilirken, %79.1'inin okulunda öğle yemeği servisi yapılmamaktadır. Öğle yemeği servis edilen okullardaki çocukların %92.9'u öğle yemeğini düzenli yerken, öğle yemeği servis edilmeyen okullardaki çocukların %83.4'ü düzenli öğle yemeği yemektedir. Okullarda öğle yemeği servisi edilmesi, çocuklarda düzenli öğle yemeği tüketimini arttırmaktadır ($p<0.05$).

Özel okulda öğrenim gören çocukların %17.5'i zayıf, %18,9'u şişman iken bu oranlar devlet okulunda sırasıyla %29.7 ve %10,9 olarak saptanmıştır. Okul tipi ve çocukların BKİ persentil sonuçları arasında anlamlı bir fark olup bu farkın devlet okulundaki çocukların özel okuldaki çocuklardan zayıf olmasından kaynaklandığı bulunmuştur. Öğle yemeğini okulda yiyen öğrencilerin beş günlük besin grubu tüketim durumu incelendiğinde en çok tüketilen grubun, yağ-şeker-tahıl olduğu, en az tüketilen grubun ise yağ-şeker-tahıl-et-süt olduğu saptanmıştır. Yaptığımız çalışmada çocukların 5 günlük öğle yemeğinde tükettikleri besin grupları ile okulda verilen menülerin uygunluk durumu incelenmiştir. Çalışmada yer alan bir ilköğretim okulunda, üç adet birinci sınıf şubesinde her gün birbirinden farklı menüler servis etmekteydi. Böylece öğle yemeği servis edilen 5 ilköğretim okulundaki toplam 30 menü incelenmiş ve 13 (%43.3)'ünün uygun olduğu belirlenmiştir. Okul çağı çocuklarının günlük alması gereken enerjinin öğle yemeğinde alması gereken %33'lük kısmının besin ögesi (karbonhidrat- protein-yağ) dağılımının uygun olmadığı belirlenmiştir. Uygunsuz menülerde tahıl grubunun fazla olduğu, süt grubunun haftada 1-2 kez servis edildiği ve et grubunun yetersiz olduğu belirlenmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmaya katılan, yaklaşık her dört çocuktan birisinin kahvaltı yapmıyor olması dikkat çekicidir. Türkiye'nin değişik illerinde yapılan çalışmalarda kahvaltı yapmama oranları %12.3-63.9 arasında bulunmuştur. Ülkemizde ve dünyada yapılan pek çok çalışma en sık atlanan öğünün kahvaltı olduğunu göstermiştir. Kahvaltı öğününün atlanmasının diğer etkileri yanında obezite için de bir risk faktörü olabileceğini gösteren çalışmalar vardır. Çocukların düzenli kahvaltı yapma durumu ve BKİ persentil değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Belki ilerleyen yaşlarda yapılacak ölçümler bizim örneğimizde de benzer sonuçları çıkarabilir. Bu nedenle kahvaltının atlanmasının nedenlerini saptamak ve önlemek üzere proje geliştirmek için yapılacak çalışmalara ihtiyaç olabilir.

Benzer çalışmalarda bizim çalışmamızda olduğu gibi kahvaltıya göre diğer öğünlerin daha az oranda atlandığı gösterilmiştir.

Yaptığımız çalışmada annenin eğitim durumu ile çocukların BKİ persentil değerleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak yapılan bazı çalışmalar sosyo-ekonomik çevre ve demografik yapının, özellikle de anne eğitim düzeyinin kilo fazlalığı ve obezite prevalansını etkilediğini göstermektedir.

Çocukların annelerinin çalışma durumu ile çocukların kahvaltı yapma durumları arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte çalışan annelerin çocuklarının sayısal olarak daha fazlasının kahvaltı yaptığının görülmesi çocuklarıyla yeterince ilgilenememeleri gibi eleştirilerin haksızlığını gösteriyor olarak yorumlanabilir.

Bizim çalışmamızda çocukların %69.1'i öğle yemeğini okulda yemektedir. Bu oran okulda tüketilen besinlerin önemini ve kaliteli olması gerektiğini vurgulaması bakımından önemlidir. Bunun yanında çocukların yaklaşık

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

üçte birinin okulda yemek yemediğinin saptanmış olması, tam gün olan bu okullarda çocukların öğle öğünü ile ilgili daha ayrıntılı çalışmaların gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Yaptığımız çalışmada okulda öğle yemeği servis edilme durumu ile her gün öğle yemeği yeme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu da okulda öğle yemeği servis edilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda öğün aralarında atıştırma sıklığı Ülkemizde yapılan çalışmalarla benzer şekilde yüksek bulunmuştur. Okul çağı çocuklarının ara öğünlerde sıklıkla tükettiği besinler arasında şekerli çay ve kahve, şekerleme ve çikolata, simit ve bisküvi, alkolsüz–gazlı içecekler, meyve ve meyve suyu, soda, sandviç, gofret ve kola gibi çoğu sağlıksız ürünler yer almaktadır.

Çocukluk çağı şişmanlığının evrensel bir halk sağlığı sorunu olduğu ve hafif şişmanlığın/şişmanlığın giderek daha fazla çocuğu etkilediği bilinmektedir. Miller, 2007’de son 40 yıl içinde çocuklar arasında hafif şişmanlığın/şişmanlığın 4 kattan daha yüksek oranda (%4’ten %19’a) arttığını rapor etmiştir. USA’da çocukların %30’undan fazlasının hafif şişman/şişman olduğu bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda hafif şişman/şişman oranlarının yüksek olması bölgesel beslenme alışkanlıklarından da kaynaklanıyor olabilir. Çalışma sonuçları, ülkemizin beslenme davranışlarına paralel olarak tahıl ağırlıklı bir beslenmenin olduğunu göstermektedir. Çalışmamıza katılan çocukların et tüketim sıklığı ile BKİ persentil değerleri arasında saptanan anlamlı ilişki, et tüketmeyen çocukların sosyo ekonomik durumları nedeniyle diğer besinleri de daha az tüketiyor olabileceğini düşündürmektedir.

Henüz çok yüksek oranda görünmese bile TV ve bilgisayar başında geçirilecek sürenin çocukların sağlığına etkileri düşünülerek bunun kontrol altında tutulabilmesi için gerekli önlemlerin alınması uygun olacaktır. ABD’de yapılan bir çalışmada günlük bir saatten az zorlu fizik aktivite, TV ve bilgisayar başında fazla vakit geçirme, fazla kalori alımı aşırı kiloluluk üzerinde en belirleyici etkenler olarak bulunmuştur. İlköğretim çocukları üzerinde yapılan başka bir çalışmada araştırma grubunda televizyon veya bilgisayar karşısında günde dört saat ve üzerinde vakit geçiren çocuklarda obezite görülme sıklığı anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur.

Çalışmamızda incelenen okul menülerinin yarıdan fazlasının besin grupları açısından çocukların ihtiyaçlarına uygun olmadığını tespit edilmesi kaygı vericidir. Friedman’ın incelediği 40 okuldan sadece ikisinin (%5) uygun menülere sahip olduğunu, birçok okulda beslenme hizmetini yürüten kurumların protein kaynağı besinleri ve sebze–meyveleri yeterli miktarda sağlamadığını, et ve et grubu besinlerin porsiyon ölçülerinin standartlarla uyumlu olmadığını ve okulların yaklaşık yarısının yüksek oranda yağ içeren menüler sunduğunu bildirmiştir. Ülkemizde de okul menülerini daha ayrıntılı inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bir diyetisyen kontrolünde hazırlanmış olması gereken bu menülerin dengeli beslenme kriterlerine uygun olmaması, çocukların şimdiki beslenmelerini olduğu kadar gelecek yıllardaki beslenme alışkanlıklarını etkilemesi nedeniyle de son derece önemlidir.

Bu çalışma, ilköğretim okullarında öğle öğünü menülerinin okul çağı çocuklarının enerji ve besin öğeleri gereksinmelere uygun hale getirilmesi için iyileştirme çalışmalarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: BKİ, Besin Tüketimi, İlköğretim Öğrencileri, Okul Öğle Yemeği.

Kaynaklar:

1. Miller LJ, Silverstein HJ. Management approaches for pediatric obesity. Nat Clin Pract Endocrinol Metab, 2007; 3(12):810–818.
2. Öztürk A, Aktürk S. İlköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörleri, TAF Prev Med Bull. 2011; 10(1): 53-60.
3. Gözü A. Mardin ili ilköğretim okullarında 6-15 yaş grubu öğrencilerde kilo fazlalığı ve obezite prevalansı. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıp araştırmaları dergisi 2007; 5 (1): 31- 35.
4. Kutlu R, Çivi S. Özel Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıklarının ve Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi 2009;14(1): 18-24.
5. Friedman A. Evaluating School Lunches. Journal of Nutrition Education and Behavior 2007; 39(4) Suppl:120.
6. World health organisation 2007 reference BMI-for age boys and girls percentiles,www.who.int/growthref/cht_bmi_boys_perc_5_19_years.pdf Erişim Tarihi 11.10.2011.

Rabia Sohbət, Emine Karakurt

Gazianep Üniv.Sağlık Bil. Fak.

Giriş ve Amaç: Zekâları kendi içinde hiyerarşik biçimde ele alan bu yaklaşımların 1980'li yıllarda eleştirilmeye şlanmasıyla öğrenme ve algılama biçimleri üzerine yoğunlaşan yaklaşımlar gündeme gelmiştir(1). Howard Üniversitesi Psikoloji profesörlerinden Howard Gardner tarafından geliştirilen Çoklu Zeka Teorisi (Multiple Intelligences Theory) bireylerin farklı derecelerde çeşitli zekalara sahip olduğunu ve zekaların kişilerin öğrenme biçimlerini, ilgilerini, yeteneklerini ve eğilimlerini açıkladığını vurgulamaktadır. Bu teori, eğitimcilerin öğrencilerin bireysel farklılıklarına değer veren programlar hazırlamalarına olanak veren yeni ufuklar açmıştır. Bu teoriye göre bireylerde 8 zeka türü bulunmaktadır. Çoklu zeka yaklaşımı, bireyin ilgilerini, yeteneklerini, gizil güçlerini ortaya çıkararak geliştirebilmeyi hedefleyen, her bireyin farklı alanlarla ilgili zekalara sahip olduğunu savunan, öğrencilerin öğrenmesinde fırsatları ve seçme haklarını artıran bir yaklaşımdır. Çocukların hepsi birbirinden farklıdır, her birinin farklı yetenekleri, ilgi alanları ve farklı öğrenme düzeyleri vardır. Her biri farklı yollarla öğrenir ve bunun için farklı öğrenme ortamlarına ihtiyaç duyarlar. Bu düşünceden yola çıkarak eğitimciler öğrencilerin bireysel farklılıklarını dikkate almalıdır. Gardner da çocukların daha iyi öğrenebilmeleri için zekâ alanlarını farklı şekillerde tanımlamış ve bunları; sözel-dilsel, mantıksal-matematiksel, görsel-uzamsal, bedensel-devinimsel, müziksel -ritmik, kişilerarası, içsel zeka ve doğa zekası olarak isimlendirmiştir(3). Bundan dolayı, günümüz okullarının çocukların her yönden gelişimleri için yapabilecekleri en büyük ve en önemli katkı, onların sahip oldukları ilgi ve yetenekleri keşfetmek ve onları bu ilgi ve yetenekleri doğrultusunda gelecekte en mutlu en yeterli olabilecekleri bir alana yönlendirebilmektir(4). Öğrencilerin çoklu zeka alanlarının belirlenmesi, öğrencilerin ilgi ve yetenekleri doğrultusunda alması gereken eğitim alanına yönlendirilebilmelerini, seçebilecekleri mesleklerde daha bilinçli ve mesleğinde başarılı olmasını bu sayede bireyin hayatta daha mutlu olmasını sağlayacaktır. Ayrıca eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin sağlıklı ilgili bilgi, tutum ve davranışları değişip daha sağlıklı ve mutlu nesiller yetişmesini sağlayacaktır. Bu araştırma Çoklu zekâ kuramına uygun olarak Gaziantep ili, Emine Mustafa Humanızlı, Ali Tutkun ve Kılıçarslan İlköğretim okullarının 6, 7 ve 8. sınıflarında öğrenim gören öğrencilerin zeka alanlarının gelişmişlik düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evrenini Emine Mustafa Humanızlı, Ali Tutkun ve Kılıçarslan İlköğretim okullarındaki 6,7,8 sınıflarda öğrenim gören toplam 1401 öğrenci oluşturmaktadır. Küme örneklem yöntemine ile belirlenen 737 öğrenci araştırma örneğine alınmıştır. Tanımlayıcı tiptedir. Veri toplama aracı olarak çoklu zekâ envanteri ve araştırmacı tarafından oluşturulan 34 sorudan oluşan tanımlayıcı anket formu kullanılmıştır. Sorularda açık(3adet) ve kapalı(31adet) uçlu sorular bulunmaktadır. Öğrencilerin Çoklu zekâ alanlarının gelişmişlik düzeyini belirlemede Selçuk'un 2003'de geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığı çoklu zeka envanteri kullanılmıştır. Envanter 5'li likert tipinde hazırlanmış ve 8 zeka alanından her birine ilişkin 10'ar madde olmak üzere toplam 80 madde içermektedir. Öğrenciler her maddeye kendine uygun olan likert tipini işaretlemişlerdir. Mayıs-Haziran 2010'da gözlem altında 15-20 dakikalık sürede anket uygulanmıştır. Araştırmanın değerlendirilmesinde SPSS 13,0 paket programı kullanılmıştır. Toplanan verilerin çözümlenmesinde frekans ve yüzdeler, görüşlerin karşılaştırılmasında ki-kare çözümlenmesi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin %53,1'inin kız, %35,3'ünün 13 yaşında, %47,1'inin 6.sınıf'ta olduğu, %69,9'unun ekonomik durumunun orta düzeyde, %85,9'unun Gaziantep doğumlu, %49'unun 4-6 kardeşinin olduğu, %76,6'sının çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %56,6'sının kendi evlerinde oturduğu, %93,1'inin yaşantısının büyük kısmının şehir merkezinde geçtiği, öğrencilerin anne/ babasının %68,1'inin sigara/alkol kullanmadığı, %96,10'unun anne-babasının birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Öğrenci annelerinin %99,5'inin sağ olduğu, sağ olanlardan %95,63'ünün ev hanımı, %62,75'inin ilkökul mezunu olduğu, Babalarının %98,1'inin sağ, sağ olanlardan da %51,59'unun işçi olduğu, %30,84'ünün serbest meslek ile uğraştığı, %13,97'sinin işsiz, %57,4'ünün ilkökul mezunu olduğu, öğrencilerin %98,9'unun öz annesiyle %97,8'inin öz babasıyla yaşadığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin %66,5'inin sosyal faaliyetlere katılmadığı, %58,9'unun günün 1-2 saatini televizyon karşısında geçirdiği, %18,6'sının okul dışında bir işte çalıştığı, %17,1'inin kronik hastalığının olduğu, %30,3'ünün çok sık hasta olduğu, %13,4'ünün sürekli ilaç kullandığı, %62'sinin günde üç öğün yemek yediği, %28,6'sının çevresindeki insanlardan zekasıyla ilgili övgü/yergi aldığı, bunlarında %95,26'sı övgü, %4,74'ünün yergi olduğu, %48,4'ü ileride ki yaşantısında benzemek istediği birisinin varlığı, bunların %22,13'ü ünlüler, %20,73'ü öğretmen olduğu belirlenmiştir. %52,9'u ailesinde zeki birisinin varlığını düşündüğünü, %47,18'i abisinin zeki olduğunu düşündüğü, %12,05'inin babasının zeki olduğunu düşündüğü, %14,4'ü

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

üniversitede okuyan abi/ablasının olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin %21'inin öğretmen, %19,8'sinin hemşire, %12,6'sının polis-komisier olmak istediğini, %26,5'inin el işleri-teknoloji ve resimde, %17,5'inin sportif faaliyetlerde yetenekli olduklarını düşündükleri, %6,5'inin herhangi bir alanda yeteneği olmadığını düşündüğü, %16,1'inin spor yapmaktan, %15,3'ünün televizyon izlemekten, %15,2'sinin arkadaşlarıyla vakit geçirmekten hoşlandıkları, %66,2'sinin aile/çevresindeki insanlarca aşağılandığını hissetmediği, %73,7'sinin etrafındaki insanlarca yanlış anlaşıldığında şiddet (küfür, dayak, aç susuz bırakmak) görmediği, %58,8'inin anne/babasının kararlarına müdahale ettiği tespit edilmiştir.

Öğrencilerin sözel zeka alanında %73,5'inin orta düzeyde gelişmiş, %13,8'inin biraz gelişmiş, %12,2'sinin gelişmiş, %0,4'ünün çok gelişmiş düzeyde olduğu, Matematiksel zeka alanında % 58,5'inin orta düzeyde gelişmiş, %27,5'inin gelişmiş, %13'ünün biraz gelişmiş, %0,8'inin gelişmiş düzeyde olduğu, görsel zeka alanında %45,3'inin orta düzeyde gelişmiş, %32,8'inin biraz gelişmiş, %19,3'ünün gelişmiş, %0,9'unun çok gelişmiş düzeyde olduğu, müziksel zeka alanında %64,6'sının orta düzeyde gelişmiş, %20,5'inin biraz gelişmiş, %14,2'sinin gelişmiş, %0,4'ünün çok gelişmiş düzeyde olduğu, doğa zekasında %74,2'sinin orta düzeyde, %12,8'inin biraz gelişmiş, %11,9'unun gelişmiş, %1,1'inin çok gelişmiş düzeyde olduğu, sosyal zeka alanında %38,8'inin biraz gelişmiş olduğu, %31,1'inin orta düzeyde gelişmiş, %29,4'ünün gelişmiş, %0,5'inin çok gelişmiş düzeyde olduğu, bedensel zeka alanında %51,7'sinin orta düzeyde gelişmiş, %23,7'sinin gelişmiş, %23,7'sinin biraz gelişmiş, %0,8'inin çok gelişmiş düzeyde olduğu, içsel zeka alanında %48,2'sinin gelişmiş, %34,9'unun orta düzeyde gelişmiş, %16,1'inin biraz gelişmiş, %0,8'inin çok gelişmiş düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Öğrencilerin sözel zeka alanında aldıkları puanların ortalaması 19,35 olarak, matematiksel zeka alanında aldıkları puanların ortalaması 20,7, görsel zeka alanında aldıkları puan ortalaması 18,88, müziksel zeka alanında aldıkları puan ortalaması 18,94, doğacı zeka alanında aldıkları puan ortalaması 19,37, sosyal zeka alanında aldıkları puan ortalaması 19,04, bedensel zeka alanında aldıkları puan ortalaması 19,56 ve içsel zeka alanında aldıkları puan ortalaması 22,23 olarak bulunmuştur ve 6,7 ve 8.sınıf öğrencilerinin en güçlü oldukları zeka alanının içsel ve en zayıf oldukları zeka alanının görsel zeka olduğunu tespit edilmiştir.

Öğrencilerin zeka alanlarının cinsiyete, sınıf düzeyine, anne/baba öğrenime, sosyo ekonomik duruma, sosyal faaliyetlere katılma ve en çok yaşanan yer arasında istatistiksel anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). İçsel zeka ile sosyal zeka alanı arasında istatistiksel tam ilişki saptanmıştır ($p=0,000$).

Sonuç ve Öneriler: öğrencilerin çoğunlukla etrafındaki insanlarca yanlış anlaşıldığında şiddet görmediği yarısından fazlasının anne/babasının kararlarına müdahale ettiği tespit edilmiştir. Örneklem grubu öğrencilerde içsel zeka alanı aritmetik ortalaması en yüksek değere sahiptir. Sonra sırasıyla matematiksel, bedensel, doğacı, sözel, sosyal, müziksel ve görsel zeka alanı olarak sıralanmıştır. Bu 6, 7 ve 8.sınıf öğrencilerinin en güçlü oldukları zeka alanının içsel ve en zayıf oldukları zeka alanının görsel zeka olduğu belirlenmiştir. Eğitim sisteminde sözel-dilsel ve mantıksal/matematiksel zekâlara odaklanıp, diğer zekâların ihmal edilmesi öğrencilerin başarı düzeylerinin artmasını engelleyici bir faktördür. Sözel ve matematiksel zekanın üstün olduğunu kabul eden anlayış doğru anlayış olsaydı öğrencilerin sözel/dilsel ve mantıksal/matematiksel zekâları diğer zekâlara oranla daha fazla gelişmiş olacaktı. Halbuki, içsel zeka matematiksel zekadan, içsel, bedensel ve doğacı zeka sözel zekadan daha fazla gelişmiştir. Eğitimcilerin ve ailelerin yaptıkları en büyük yanlış öğrenciyi matematik ve türkçe derslerinde ki başarılarına göre değerlendirip “başarılı”, “başarısız”, “zeki”, “zeki olmayan” gibi kalıplara sokmaktır. Oysaki, Çoklu Zeka Kuramına göre öğrenciler farklı ilgi, yetenek ve potansiyellere sahiptir ve her öğrenci farklı zeka alanlarında gelişmişlik göstermektedir. Öğrenci bir bütün olarak ele alınıp değerlendirilmelidir. Öğretmenler öğretim uygulamalarında, her bireyin farklı zekâ alanlarına sahip olduğunu dikkate alarak çoklu zekâlara göre dersi planlamalı, her bir bireyin farklı zekâ alanında güçlü olduğunu varsayarak, öğrencileri zeki-aptal olarak değerlendirmemelidir. Öğrenci aileleri Çoklu Zekâ Kuramı hakkında bilgilendirilerek öğrencilerin zekâ alanlarını geliştirmede okul-aile işbirliği sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler:Çoklu Zekâ,Çoklu Zekâ Alanları,Çoklu Zekâ Envanteri,Gelişmişlik Düzeyi

Rabia Sağlam, Nuran Güler

Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Giriş ve Amaç: Bu araştırma Erzincan il merkezinde ilköğretim okulunda öğrenim gören öğrencilerin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini Erzincan il merkezinde Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ilköğretim okullarındaki 2011-2012 eğitim-öğretim yarıyılında okulunda öğrenim gören çocuklar ve aileleri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini sosyoekonomik yönden farklılık gösteren 3 ilköğretim okulundaki 8-12 yaş grubunda 579 öğrenci ve ebeveynleri oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, öğrencinin ve ailenin tanıtıcı özelliklerini içeren "Veri Toplama Formu", "Çocuklar ve Ergenler İçin Yaşam Kalitesi Anketi 8-16 Yaş Aile Formu KINDL" ve "Çocuklar ve Ergenler İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçüm Aracı Kid KINDL" aracılığı ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, t testi, ANOVA, varyans analizi, Tukey testi ve Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %52,7'si kız ve yaş ortalaması 9,86'dır. Öğrencilerin %3,1'inin kronik hastalığının olduğu, %5,3'ünün beslenme durumunun kötü olduğu ve %37,8'inin spor yaptığı belirlenmiştir. Ailelerin %95,3'ünün sağlık güvencesinin olduğu, %49,9'unun gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır. Araştırmada öğrencilerin en düşük yaşam kalitesi puanının öz saygı alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin öğrenim görmekte oldukları okullar arasında yaşam kalitesi yönünden fark olduğu ($p<0,05$), beslenme durumu iyi olan öğrencilerin beslenme durumu kötü olan öğrencilere göre, kronik hastalığı olmayan öğrencilerin kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek yaşam kalitesi puanına sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerde yaşam kalitesi puan ortalamaları yönünden cinsiyet ve spor yapma ile yaşam kalitesi puanları arasında farklılık olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir. Akran zorbalığına maruz kalan öğrencilerin okul alt boyutunda ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarında daha düşük yaşam kalitesi puanına sahip oldukları, akran zorbalığı ile öğrencilerin yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Anne ve babanın madde kullanımı ile çocuğun yaşam kalitesi arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), anne ya da babası madde kullanan öğrencilerin düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmada aile tipi ile öğrencilerin yaşam kalitesi arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), çekirdek aileye sahip öğrencilerin diğer aile tiplerinde yaşayan öğrencilere göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin kardeş sayılarına göre yaşam kalitelerinde bir kardeşe sahip olan öğrencilerin lehinde anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve kardeş sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Ebeveynin eğitim düzeyi ile öğrencinin yaşam kalitesini algılaması arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Ailelerin sosyal güvence tipleri ile öğrencilerin yaşam kalitesi arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), yeşil kartı olan ailelerin çocuklarının diğer sosyal güvence tiplerine göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Ailelerin ekonomik durumları ile çocuklarının yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), geliri giderine eşit olan ailelerin çocuklarının öz saygı alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmada ebeveyn yaşı ile çocukların yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalaması $77,32\pm 10,27$ olarak bulunmuştur. Eser ve arkadaşlarının (2008) Manisa ilinde 8-12 yaş arası 1918 okul çocuğu üzerinde Kid-KINDL ölçeğini kullanarak yürüttükleri bir çalışmada öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalaması $90,97\pm 12,50$ olarak bulunmuştur. Wee ve arkadaşlarının (2007) Singapur'da Kid-KINDL ölçeğini kullanarak 328 öğrenciyle yaptıkları çalışmada ise toplam yaşam kalitesi puan ortalaması $65,50\pm 12,76$ olarak bulunmuştur. Farklı sonuçların çıkma nedeni çalışmaların yapıldığı bölgeler arasında sosyoekonomik yönden farklılıkların olması ile açıklanabilir. Sonuç olarak, öğrencilerin en düşük yaşam kalitesi puanının öz saygı alt boyutunda olduğu, beslenme durumu kötü olan, kronik hastalığı olan, akran zorbalığına maruz kalan, anne ya da babası madde kullanan, geniş aileye sahip öğrencilerin, yeşil kartı olan ve ekonomik durumları düşük olan ailelerin çocuklarının düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda öğrencilerin yaşam kalitesine etki eden faktörlerin (okul, beslenme, kronik hastalık, akran zorbalığı gibi) daha ayrıntılı bir şekilde araştırılması ve bu çalışmanın daha fazla sayıda öğrenci ile farklı yaş gruplarında yapılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: öğrenciler, yaşam kalitesi, Kid-KINDL

Kaynaklar:

1. Eser, E., Yüksel, H., Baydur, H., ve ark. (2008). Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri, Türk Psikiyatri Dergisi, 19(4):409-417.

2. Wee, L.H., Ravens-Sieberer, U., Erhart, M. ve ark. (2007). Factor Structure of the Singapore English Version of the KINDL Children Quality of Life Questionnaire, Health and Quality of Life Outcomes, 5(4):8-12.

548

İZMİR İLİ ÖDEMiŞ İLÇESİ ZAFER İLKÖĞRETİM OKULUNDA OBESİTE SIKLIĞI

Gökben Yaslı

Gaziemir Toplum Sağlığı Merkezi İzmir

Amaç: Geleneksel beslenmenin daha ön planda olduğu Ödemiş ilçesinde çocukların obesite sıklığı

Gereç-yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma İzmir ili Ödemiş ilçesinde Zafer İlköğretim Okulunun 266 öğrencisinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini 6,7 ve 8.sınıfta eğitim ve öğrenim gören tüm öğrenciler oluşturmuştur. Araştırmaya katılım oranı % 91,7 olup (266/290), belirtilen tarihlerde herhangi bir nedenle okulda bulunmayanlar ya da ortopedik kusuru olanlar araştırmaya dâhil edilmemiştir. Veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Ankette öğrencilerin sosyodemografik ve aile özellikleri, günlük öğün tüketim alışkanlıkları, temel besinleri tüketim alışkanlıkları, spor aktiviteleri sorgulanmıştır. Çocukların boy ölçümleri ayakkabısız, topuk, kalça ve baş duvara yaslanmış olarak mezür ile, vücut ağırlığı ölçümü ise dijital tartı aleti ile yapıldı. Beden kitle indeksi (BKİ), [Ağırlık (kg)/ Boy²(m)] formülü ile hesaplandı. BKİ'lerinin değerlendirilmesinde Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi'nin (CDC) 2000 yılında yayınladığı yaşa ve cinsiyete göre BKİ'lerinin persantil tablo ve grafikleri kullanılmıştır. Vücut kitle indeksi cinsiyet ve yaşına göre 5 persentilin (pc) altında olanlar kilo azlığı (malnütrisyon); 5-85 pc arasında olanlar normal kilolu 86-95 pc arasında olanlar fazla tartılı; 95 pc'in üstünde olanlar da obez olarak değerlendirildi. Veriler "SPSS 10. istatistik paket" programında yapıldı. Araştırmanın verileri SPSS (Version 10,0) programıyla değerlendirilmiş, istatistikî analizlerde χ^2 testi kullanılmıştır

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin %54.5'i erkek, %45.5, kız öğrencilerden oluşmaktadır. Annelerin % 41.0'ı lise ve üzeri eğitim alırken, %36'sı çalışmaktadır. Babaların ise %75.6'sı lise ve üzeri eğitim alırken %85.7'si çalışmaktadır. Öğrencilerin günlük öğün tüketim durumlarına baktığımızda %62.0'si kahvaltı öğününü, %79.3'ü öğle yemeğini, %88.7'si de akşam yemeğini düzenli olarak tüketmektedirler. Araştırma grubu hergün yumurta(%29.3), salata(%51.9) ve sebze(%36.8) tüketmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 57.8'nin gelirleri gider durumuna eşittir ($p>0.05$). Yaş gruplarına göre obesite durumuna bakıldığında her yaş grubunda da öğrencilerin normal beden kitle indeksine sahip olduğu görülmüştür.(12 yaş ve altı % 41.8, 13 yaş grubunda %43.0, 14 yaş ve üzeri grupta da %33.3 tür. ($p>0.05$) Cinsiyete göre de BKİ normal sınırlardadır(Erkeklerde %54.4, kızlarda % 45.6, $p>0.05$) Düzenli fizik aktivite yapan öğrencilerin %62.0'ı normal BKİ'e sahiptir($p>0.05$).

Sonuç: Çocukluk çağı obesitesi ileride erişkin obezitesi olarak devam etmesi komplikasyonlara yol açabilmesi açısından çok önemlidir. Çocuklar açısından en önemli husus dengeli beslenme ve fiziksel aktivitedir. Okul çocuklarında sıklıkla atlanan kahvaltı öğününün ihmal edilmesi düzenli yemek alışkanlığının edinilmemesi, yüksek kalorili gıdalar içeren "fast-food" yiyeceklerden uzak durulması, geleneksel beslenme alışkanlıklarımızın çocuklarımıza da kazandırılması, sporun bir yaşam tarzı olarak benimsetilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Obesite, beslenme, çocukluk

519

İZMİR İLİ KEMALPAŞA İLÇESİ İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE DİŞ ÇÜRÜKLERİ, İLİŞKİLİ SOSYO EKONOMİK ETMENLER

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hür Hassoy, Isıl Ergin, Recı Meseri, Gülengül Mermer

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. 35100 Bornova İzmir

Giriş ve Amaç: Ağız diş sağlığı; genel sağlık düzeyinde önemli etkisi olan bir unsurdur. Ağız diş sağlığını bozan öğelerin başında ise diş çürükleri gelmektedir. Diş çürüğü; bakterilerin dişin sert yapısını oluşturan diş minesı, dentin ve sement tabakalarına hasar verdiği bir hastalıktır. Kalsifiye diş yapısının bulunduğu alanlarda asitlerin bulunması ve asitlerin dişteki kalsiyum tuzlarını eritecek kadar uzun süre orada kalmasıyla çürük oluşur. Bu etmenlerden biri yok edilirse çürük oluşmaz. Ağızdaki asidin temel kaynağı ise ağız içerisindeki bakterilerin fermentasyonudur. Bakteriler ağızda şeker molekülleriyle beslenir. Atık olarak ortama asit sentez eder. Glikoz gibi küçük moleküllü şeker içeren gıdalar bu nedenle çürük yapıcı kabul edilir. Diş çürükleri dünyanın birçok ülkesinde, önemli bir halk sağlığı problemi dir. Gelişmiş ülkelerde çocuk ve genç bireylerde çürük prevalansı 1970 ve 1980'li yıllarda hızla azalmıştır. Bu azalmanın nedeni ise, florid içeren diş macunları, şeker tüketimindeki değişiklikler, sosyoekonomik düzeyin artışı, diş hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve kişisel hijyen bilincinin artışı gibi çeşitli faktörlere bağlanmıştır. Türkiye gibi gelişmekte olan ve koruyucu diş hekimliği uygulamalarının henüz yaygınlaşmadığı ülkelerde, çürükler ağız ve diş sağlığı problemi olma özelliğini korumaktadır. Koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerinde erişimin kolaylaşmasının yanı sıra diş fırçalama alışkanlığının erken yaşta edinilmesi çürük riskini anlamlı olarak azaltmaktadır. Dişlerini günde iki kez fırçalayanların ve bu alışkanlığı erken yaşta edinenlerin daha az çürüğü olduğu ortaya çıkmıştır. Diş fırçalama alışkanlığının edinilmesinde, ailelerin sosyoekonomik düzeylerinin etkili olduğu bildirilmektedir. Sağlığı geliştirici davranışlar konusunda sağlıklı tercihleri oluşturamamış, yaşam koşulları ve beslenme alışkanlıkları ile sağlığını iyi yönde geliştirememiş ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda da yetersizlik yaşayan aileler, diş çürüklerinden de eşitsiz bir biçimde etkilenmektedir. Oysa çocukların tıpkı diş fırçalama gibi sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinmesi, sigara içmemek gibi genel sağlık ile ilgili davranış ve düşüncelerinin birçoğu çocukluk döneminde şekillenir. Diş çürüklerindeki eşitsiz dağılım, düşük sosyoekonomik grupların daha başka sağlıksız davranışlar açısından da risk altında olacağına göstergesi olabilir. Söz konusu çalışma, İzmir İli'nin Kemalpaşa ilçesi ilköğretim okullarında öğrenim gören 6. ve 7. sınıf öğrencilerinde diş çürüğü sıklığını tespit etmek ve sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisini değerlendirerek, çocuklardaki diş çürüklerini, sağlık eşitsizlikleri açısından irdelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel olarak planlanan çalışma, İzmir İli'nin Kemalpaşa İlçesi ilköğretim okullarında öğrenim gören 6. ve 7. sınıf öğrencilerinde yürütülmüştür. Bu ilçede eğitim veren 25 ilköğretim okulunda toplam 2955 öğrenci bulunmaktadır. Rastgele sayılar tablosundan yararlanılarak 2 merkez ve 2 köy okulu seçilmiştir (n=876). Veriler, yüz yüze görüşme ile okullarda toplanmıştır ve kapsayıcılık %94.5dir. Çalışmada diş çürüğü varlığı bağımlı değişken, yaş, cinsiyet, okul tipi, refah düzeyi, anne eğitimi, baba eğitimi, sosyal güvence varlığı, babanın işi bağımsız değişkenler olarak sorgulanmıştır. Diş çürüğü varlığı uzman diş hekimi ve bu diş hekimi tarafından eğitilen araştırmacılar tarafından konvansiyonel ağız diş muayenesi ile saptanmıştır. Kalıcı dişlerde en az bir diş çürüğünü saptanması durumun diş çürüğü var olarak kabul edilmiştir. Araştırmada halihazırdaki gelir düzeyi değişkeni yerine yıllar içindeki maddi birikimi daha iyi ifade eden refah düzeyi değişkeni kullanılması tercih edilmiştir. Refah düzeyleri, Dünya Sağlık Araştırması'nda 11 başlıkta sorgulanan hane halkına ait dayanıklı tüketim malları ve diğer sahip olunan refah göstergelerinin varlığı sorgulanarak elde edilen puanların gruplanmasıyla üretilmiştir. Ulucak merkez ve Ulucak Ayşe Hasan Türkmen İlköğretim okulları Kemalpaşa'nın kırsalında bulunan ilköğretim okullarıdır. Cumhuriyet ve 75. Yıl ilköğretim okulları ise ilçe merkezinde bulunmaktadır. Babanın işi; işsiz, işçi, memur, kendi hesabına çalışan/yanında işçi çalıştıran işverenler olmak üzere 4 grupta toplanmış, emekliler analiz dışı bırakılmıştır. Verilerin birincil analizlerinde ki-kare testi kullanılmış ve diş çürüğü varlığı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösteren değişkenler lojistik regresyon analizine alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin %52.5'i erkek öğrencidir ve tüm grubun yaş ortalaması 12.3±0.6 (En düşük yaş 10, en yüksek yaş 14) dir. Öğrencilerin annelerinin %18.4'ü okuryazardeğil/okuryazardır, %51.4'ü ilköğretim mezunudur. Öğrencilerin babalarının % 6.3'ü işsiz, %64.7'si işçidir. Öğrencilerin ailelerinde refah düzeyine bakıldığında; %24.3'ü düşük, %32.1'i orta, %43.6'sı yüksektir. %75'i Kemalpaşa merkezindeki ilköğretim okullarında öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %60.3'ünün ağızda en az 1 çürük bulunmaktadır. 75. Yıl ilköğretim okulunda okuyan, anneleri ve babaları okuryazar olmayan ya da sadece okuryazar olan, düşük refah düzeyine sahip ailelere mensup öğrencilerde anlamlı oranda daha fazla diş çürüğü bulunmaktadır (P<0.05). Kendi hesabına çalışan ya da yanında işçi çalışan işveren olan babalara sahip öğrencilerde diş çürüğü anlamlı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

olarak daha azdır ($P<0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre diş çürüğü görülme riski; 75. Yıl İlköğretim okunda okuyan öğrencilerde 2.0 kat (1.09-3.65), anneleri okuryazar olmayan ya da sadece okuryazar olan öğrencilerde yine 2.0 kat (1.12-3.56), düşük refah düzeyine sahip ailelere mensup öğrencilerde 1.6 kat (1.05-2.53) daha fazla bulunmuştur.

Tartışma Sonuç ve Öneriler: İlköğretim 6. ve 7. sınıf öğrencilerinde yürütülen bu çalışmada öğrencilerin %60.3'ünde diş çürüğü saptanmıştır. Bu dünyadaki ağız diş sağlığı iyi olan ülkelerin verileriyle karşılaştırıldığında oldukça yüksek ancak daha önce ülkemizde yapılan çalışmalardan daha düşüktür. Çalışkan ve arkadaşlarının Ankara'da yaptığı çalışmada ilkokulda diş çürüğü görülme sıklığı %67.1 olarak bulunmuştur ve sosyoekonomik düzey ile ilişki saptanmamıştır. Ayrancı'nın Eskişehir'de yaptığı çalışmada en az bir tane çürüğü olanların oranı %83.5'tir. Gelir ve baba mesleğiyle ilişki saptanmıştır. Gökalp'in 7-12 yaş grubu ilkokul çocuklarında yapmış olduğu çalışmada diş çürüğü sıklığı %88.5 olarak bulunmuştur. Aydın ve arkadaşlarının Nilüfer halk sağlığı eğitim araştırma bölgesinde dört ilköğretim okulundaki öğrencilerin sağlık durumlarını değerlendirdikleri çalışmada çürük sıklığını %77.7 olarak bulmuşlardır. Açık ve arkadaşlarının Elazığ'da yaptığı çalışmada ilköğretim birinci sınıf öğrencilerinin %64.6'sında diş çürüğü saptanmıştır. İran'da yapılan 2011 yılında yayınlanan bir çalışmada da gelir ve ailenin eğitim düzeyinin etkisi gösterilmiştir. Sonuç olarak çalışmamızda cinsiyet ve yaştan bağımsız olarak refah düzeyi, babanın işi ve annenin eğitimi gibi sosyoekonomik değişkenlerin diş çürüğü ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca 75. yıl ilköğretim okulunda okuyan öğrenciler için de belirgin risk artışı saptanmıştır bu durum sadece bu okulda var olan uzak köylerden taşınmalı sistemle gelen öğrencilerin varlığıyla ilişkili olabilir. Çok yaygın bir sorun olan diş çürüklerinin hem oluşmasının engellenmesi hem de erken tanısı önemlidir. Erken dönemde saptanıp tedavi edilmesi, diş kayıplarını ve diş çürüğü ile ilişkili diğer hastalıkları önleyecektir. Diş çürüklerinin sosyoekonomik eşitsizliklerle ilişkisinin aydınlatılması ve eşitsizliklerin yönü ve boyutunun tespit edilmesi, önleme politikalarında hedef gruplarının belirlenmesini sağlayacak müdahaleler için önemli ipuçlarını sağlayacaktır. Düşük refah düzeyli, babası işsiz olan ve düşük anne eğitimi olan çocuklar başlıca risk grubunu oluşturmaktadır. Diş çürükleri bireylerin genel sağlıklarını etkilemektedir. Ağız diş sağlığı hizmetlerinin koruyucu ve tedavi edici boyutlarının bu yaş grubundaki tüm çocukları hedeflemesi yanı sıra saptanan risk grupları için ağırlıklandırılan bir hizmet yaklaşımının planlanması gereklidir. Bu planlama içerisinde öğrencilere doğru diş fırçalama tekniklerini anlatan ve ağız diş sağlığı açısından anahtar mesajları içeren eğitimler yer alması önerilir.

Anahtar Sözcükler: Diş çürüğü, ilköğretim okulu, refah düzeyi, anne eğitimi,

Kaynaklar:

1. Çalışkan D, Işık A, Yaşar F, Yıldırım N, Elhan A. "Park sağlık ocağı bölgesindeki bir ilkokulda Diş çürükleri ve etkili faktörler" Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 52, Sayı 2, 1999 77-82
2. Aydın N, İrgil E, Akış N, Pala K. "Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesinde Dört İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi" Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 30 (1) 1-6, 2004
3. Ayrancı Ü. "Bir Grup İlkokul Öğrencisinde Diş Çürüğü Saptama Araştırması" STED 2005 cilt 14 sayı 3.
4. Açık Y, Deveci SE, Çelik GT, Karaaslan O. "Elazığ Yenimahalle Eğitim Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Bulunan İlköğretim Okulları Birinci Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Taraması Sonuçlarının Değerlendirilmesi" Toplum Hekimliği Bülteni Cilt 25, Sayı 1, Ocak 2006.
5. Pakpour AH, Hidarnia A, Hajizadeh E, Kumar S, Harrison AP. "The status of dental caries and related factors in a sample of Iranian adolescents" Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Sep 1;16 (6):e822-7.

14-Kronik Hastalıklar ve Engellilik

535

40 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE KRONİK HASTALIK PREVALANSI VE KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME

Nermin Sucuoğlu, Belkıs Karataş, Sinem Dağ, Emine Onkun, Münüre Akgör

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Lefkoşa

Giriş: Günümüzde kronik hastalıklar yaygın prevalansı ve komplikasyonları nedeniyle halk sağlığı açısından önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, dünyadaki tüm ölümlerin %60'ının kronik hastalıklara bağlı olduğu ve 2020 yılına gelindiğinde bu rakamın %75'e yükselmesinin beklendiği bildirilmektedir (WHO 2008). Türkiye'de ise ölüme neden olan ilk 10 hastalık içinde 7'sinin kronik hastalık olduğu ifade edilmektedir (Ünüvar ve ark. 2006). Kronik hastalıklardan ölümlerin bu denli yüksek olması ve ilerleyen yıllarda giderek artacak olması, kronik hastalıkların kontrolüne ve yönetimine daha fazla önem verilmesini gerektirmektedir. Kronik hastalıkların kontrolü ve yönetimi programları ile kronik hastalıklar önlenilecek, başlangıcı ertelenebilecek, erken hastalık döneminde tanımlanabilecek ve komplikasyonlar en az düzeyde görülecektir (Bodenheimer ve ark. 2002). Bu da bireysel kazanımların yanı sıra toplumsal yükte de azalmalara neden olacaktır. Bu amaçla, kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın ve kalitesinin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır.

Amaç: Bu çalışma, Dikmen Belediyesi Merkezde yaşayan 40 yaş ve üzeri bireylerde kronik hastalık görülme sıklığı ve kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Lefkoşa ilçesi, Dikmen Belediyesi sınırları içinde merkezde yaşayan, 40 yaş ve üzeri 442 erkek ve 492 kadın, örneklemini ise evrendeki 2 mahalleden tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 143 kadın ve 129 erkek oluşturmuştur. Veriler, 1- Nisan/ 31-Mayıs 2012 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından ve halk sağlığı hemşireliği stajı yapan öğrenciler tarafından ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme yolu ile toplanmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Dikmen Belediye Başkanlığı'ndan izin alınmıştır. Ayrıca örnekleme oluşturan bireylere araştırmanın amacı açıklanarak, sözlü izinleri alınmıştır.

Verilerin toplanmasında, bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren 20 sorudan oluşan soru formu ve doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığa sahip bireylere uygulanan "Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı" (Patient Assesment Of Chronic Illness Care- PACIC) kullanılmıştır. Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İncirkuş tarafından 2010 tarihinde yapılmıştır. PACIC beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; hasta katılımı (1-3 maddeler), karar verme desteği (4-6. maddeler), amaç belirleme (7-11. maddeler), problem çözme (12-15. maddeler), izlem/koordinasyondur (16-20 maddeler). Ölçeğin değerlendirilmesinde; her bir alt boyut, o alt boyutun içinde tamamlanan maddelerin basit ortalaması ile puanlanır ve aracın tamamı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Araç toplam puanı ve her bir alt boyut puanı 1'den 5' e (1= Hiçbir Zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu Zaman, 5=Her Zaman) kadar sıralanan 5'li ölçek puanlanarak hesaplanır. Ölçek puanlarındaki artış; kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek olduğunu gösterdiği belirtilmektedir (İncirkuş 2011).Verilerin değerlendirilmesinde, frekans, yüzdeler, oran, t testi ve ANOVA istatistik testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş ortalaması 59.80±11,3 (min-max:40-95) olup yarıdan fazlasını (%52,6) kadınlar oluşturmaktadır. Bireylerin %77,6'sının evli, %23,9'unun lise mezunu, yarıdan fazlasının (%64,3) kentine ait emekli maaşının olduğu ve gelir algılarını "gelir-gidere denk" olarak ifade ettikleri (%57), çoğunun (%73,5) sağlık sigortası olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin yarıdan fazlasının (%62,6) en az bir kronik hastalığının olduğu ve %56,6'sının yakın akrabalarında da aynı kronik hastalık öyküsünün bulunduğu görülmüştür. Kronik hastalığa sahip olan bireylerin %65,7'inin hipertansiyon, %43,6'sının diyabet, %23,8'inin kardiyovasküler sistem hastalıkları ve %11,6'sının tiroid bezi hastalıkları olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığa sahip olan bireylerin tümünün hastalığı ile ilgili ilaç kullandığı, ilaç kullananların

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

büyük bir çoğunluğunun ilaçlarını önerilen zamanda (%89,5) ve dozda (%91,2) aldığı, yarısına yakınının (%49,3) ihtiyaç hissettiğinde sağlık kontrolüne gittiği ve sağlık kontrolleri için yarıdan fazlasının (%61) devlet hastanesini tercih ettiği saptanmıştır.

Çalışmamızda, kronik hastalığı olan bireylerin çoğunluğunun (%80,2) hastalığı ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların ise %83'ünün doktordan, %59'unun televizyondan, %47'sinin hemşireden bilgi aldığı görülmüştür. Kronik hastalığı bulunan bireylerin tamamına yakını (%94,7) hastalığına uyum sağladığını ifade etmiştir.

Bireyler, "Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği"ne göre, kendilerine sunulan kronik bakım hizmetlerini $2,83 \pm 0,9$ düzeyinde, diğer bir ifadeyle "nadiren" ile "bazen" arasında değerlendirmiştir. Alt ölçeklerin ortalaması ise sırasıyla; hasta katılımı $2,81 \pm 1,24$; karar verme desteği $3,14 \pm 1,22$; amaç belirleme $2,68 \pm 1,14$; problem çözme $3,02 \pm 1,11$; izlem $2,7 \pm 1,15$ 'dir. Ölçek ile "eğitim durumu ve hastalığı ile ilgili bilgi alma durumu" arasında anlamlı ilişki bulunurken, "yaş, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir durumu algısı, hastalık tipi, ilaç kullanımı" arasındaki ilişkiler anlamsız bulunmuştur.

Tartışma/Sonuç: Araştırma grubuna alınan bireylerde hipertansiyon prevalansı %41,5'ken diyabet prevalansı %27,6'dır. KKTC'de konuyla ilgili bir veri bulunmamaktadır. Türkiye'de yapılan çalışma sonuçlarına baktığımızda hipertansiyon prevalansı %27,4-%63, diyabet prevalansı ise %14,5-%18,2 olarak belirtilmektedir (TURDEP-II Çalışması 2010; Altun ve ark. 2005; Soydan 2003; TEKHARF 2003). Çalışmamızda, kronik hastalığa sahip olan bireylerin en fazla hipertansiyon (%65,7) ve diyabet (%43,6) olduğu görülmüştür. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması) diyabet prevalans sonuçları ile çalışmamız sonuçları arasında farklılık gözlenmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin tamamının hastalıklarıyla ilgili ilaç kullandıkları, ilaçlarını önerilen zamanda ve dozda aldıkları belirlenmiştir.

Bireylerin büyük bir çoğunluğunun hastalıkları ile ilgili bilgi aldığı, bu bilgileri ilk sırada doktordan, ikinci sırada televizyondan ve üçüncü sırada hemşireden aldıkları saptanmıştır. ABD'de yapılan bir çalışmada ise hastaların çoğunun kronik hastalıkları ile ilgili bilgilerini doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarından edindiği belirlenmiştir. Diğer bir kaynaktan ise bilgi kaynağı olarak medya gösterilmiştir. Bizim çalışmamızdaki sonuçları desteklemektedir. Kronik hastalığı olan bireyler kendilerine sunulan kronik bakım hizmetlerini $2,83 \pm 0,9$ düzeyinde değerlendirmiştir. İncirkuş'un (2010) çalışması ($2,54 \pm 0,9$), Glasgow ve ark. (2005) çalışması ($2,60 \pm 1,0$) ile Rosemann ve ark.(2007) çalışması ($2,44 \pm 1,1$) benzerlik göstermektedir. Fakat çalışmamız değerleri Aragonés ve ark.(2008) çalışmasından düşük ($3,17 \pm 0,8$) bulunmuştur. Toplam ölçek madde puan ortalamaları ile hastaların "eğitim durumları ve hastalıkları ile ilgili bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. İncirkuş'un (2010) İstanbul'da yapmış olduğu çalışma ile çalışmamızın bu sonucu paralellik göstermektedir.

Öneriler: Çalışmamızda yer alan bireylerin akrabalarında da yaygın olarak aynı kronik hastalık öyküsünün bulunduğu saptandığından, toplumsal bazda projelerin hayata geçirilmesi, hipertansiyon ve diyabet hastalıklarının ilk sıralarda yer alması nedeniyle, kronik hastalıkların ülke düzeyinde sıklığını ortaya çıkaran araştırmaların yapılması, bireylerin hastalıkları ile ilgili aldığı bilgilerin kaynağı olarak üçüncü sırada hemşire geldiğinden; toplum içinde hizmet sunan ve bireylerle yakın ilişkide olan hemşirelerin kronik hastalıkları daha fazla önemseyerek zaman ayırması ve bu konuda aktif çalışması, eğitim düzeyi düşük olan bireylerin ölçekten aldıkları puan ortalaması daha düşük olduğundan; bakım ve eğitimlerde bu durumun göz önünde bulundurulması, ölçekten alınan genel puan ortalamasının düşük bulunması nedeniyle, birinci basamak sağlık kurumlarında hastaların kronik hastalıklarla ilgili sağlık bakım ve eğitimlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, kronik hastalık bakımı, Prevalans, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı

Key Words: Chronic illness, Chronic illness care, Prevalance, Patient Assesment Of Chronic Illness Care

Kaynakça:

World Health Organization [WHO] (2008). 2008–2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Erişim: 13.04.2012,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

<http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>

Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S., Yardım, N. (Editörler) (2006).Türkiye hastalık yükü çalışması 2004 (ss. 2–12). Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık.

Glasgow, R. E., Wagner, E. H., Schaefer, J., Mahoney, L. D., Reid, R. J., & Greene, S. M. (2005). Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Medical Care*, 43(5), 436–444.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness.*Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1775-1779.

İncirkuş, K., Nahcıvan, Ö, N., (2011). Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4(1), 102-109.

İncirkuş, K. (2010). Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı'nın Geçerlilik Güvenirliği, Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul.

Aragones, A., Schaefer, E. W., Stevens, D., Gourevitch, M. N., Glasgow, R. E., & Shah, N. R. (2008). Validation of the Spanish translation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) Survey. *Preventing Chronic Disease*, 5(4), 1–10.

Rosemann, T., Laux, M. D., Droeemeyer, S., Gensichen, J., & Szecsenyi, J. (2007). Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 806–813.

TURDEP-II Çalışması. (2010).Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II. Erişim: 20.5.2012,

http://www.istanbul.edu.tr/itf/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf

Altun, B. Arıcı, M. Nergizoglu, G. Dericı, U., Karatan, O. Turgan, C., Sindel, S., Erbay, B., Hasanoglu, E., Caglar, S.(2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the patent study) in 2003. *J Hypertens* 23, 1817-23.

Soydan, I.(2003). Hipertansiyon ile ilgili tek harf çalışması verileri ve yorumu. Onat A, editor. Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı (TEKHARF). Argos iletişim, İstanbul, 60-71

308

ADANA İLİ KIRSALINDA 40 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERDE TİP 2 DIABETES MELLİTUS SIKLIĞI, İLİŞKİLİ FAKTÖRLER VE İZLEM SONUÇLARI

Ferdi Tanır¹, Elçin Yoldaçcan¹, Tamer Tetiker², Muhsin Akbaba¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. ADANA

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Endokronoloji ve Metabolizma BD. Adana

Giriş ve amaç: Diabetes Mellitus(DM) dünyada en sık görülen heterojen etkenli endokrin hastalıktır ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. DM sadece bireyi değil oluşturduğu akut ve kronik komplikasyonlarla toplumu da olumsuz yönde etkiler. Erken tanı, doğru tedavi ve izlem ile yaşam kalitesinin artırılabilmesi mümkün olmaktadır. Sağlık hizmetine ulaşmadaki zorluklardan ötürü özellikle kırsal bölgelerdeki temel sağlık

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

hizmetlerinde DM izlemi ayrı bir sorun özelliği taşımaktadır. Türkiye’de en çok görülen bölgelerden birisi de Adana ilinin içinde olduğu Akdeniz bölgesidir.^{1,2} Araştırmamız, Adana ili kırsalındaki 40 yaşayan Tip 2 DM tanısı ile tedavi alan 40 yaş üstü kişilerin sağlık özelliklerini ve hasta izlemine uyumlarını paylaşmak amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Adana ilinde ve eğitim alanımızda yer alan dört beldeden izin verilen ikisi olan Solaklı ve Havutlu beldeleri çalışma alanımız oluşturmuştur. Bu belde merkezlerinde oturan 40 yaş üstü gruptaki 2.032 erişkin popülasyonundan, Türkiye’deki tip2 DM görülme sıklığı ortalamasının (~%12) üç katı kadar randomize seçilen ve ulaşılan 742’si (%36.5) çalışmamıza katılmıştır. Eylül 2009’da başlayan veri toplama işleminde, kişilerin yaşadıkları beldenin birinci basamak sağlık kurumunda, çalışma hakkında bilgilendirme yapılarak imzalatılan aydınlatılmış onam sonrası çalışmaya dahil edilmişlerdir. Kişilerin yaşları, cinsiyetleri, eğitim durumları, meslekleri, hastalık öyküleri ve fiziksel aktiviteleri kayıt edilmiş, 12 saatlik açlık sonrası kan basıncı ölçümlerinin yanı sıra ağırlık ve boyları ile bel çevreleri ölçülmüş, fizik muayeneleri yapılmış, açlık kan şekeri, kolesterol ve trigliserid için kan örnekleri alınmıştır. Açlık kan şekeri(=AKŞ): ³126 mg/dl. veya oral glukoz tolerans testi (=OGTT): >199 mg/dl. ile tip 2 DM tanısı konulanlara tedavi başlanmış ve ikişer aylık dönemlerle 12 ay izlenmiştir. Araştırmanın veri toplama süreci Aralık 2010’da tamamlanmıştır. Veriler SPSS paket programında incelenerek sunulmuştur. Çalışmamız, prospektif kohort grubu olan kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Bağımlı değişkenimiz kan şekeri ile tip 2 DM tanısı, bağımsız değişkenlerimiz cins, yaş, eğitim, meslek, egzersiz, fizik muayene ve laboratuvar sonuçlarıdır. Değerlendirmede anlamlılık $p < 0.05$ ’tir.¹⁰⁻¹⁶

Araştırma sırasında klinik ortamdan uzakta çalışma, laboratuvar sonuçlarının eksiksiz tekrarlanması, çok merkezli çalışmada, kontrol izlemleri ve tedaviye uyumunun hastalara bağlı olarak değişebilmesi, çalışmamızın başlıca kısıtlılıkları olarak belirlenmiştir.

Bulgular ve tartışma: Araştırmamıza katılan 742 kişiden 344’ü (%46.4) erkek, 398’i (%53.6) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması: 53.2 ± 10.6 (min.:40, max.:85), median:51.0 idi. AKŞ: ³126 mg/dl. olan katılımcıların 108’inde (%14.5) tip 2 DM saptanmıştır.¹⁰⁻¹³

Araştırma grubunun %22.4’ünün soy geçmişinde hipertansiyon vardı. Tip 2 DM tanısı konulanların sadece %29.6’sı hastalığını bilmekteydi. Erkeklerde, obezlerde, hipertansiyonlularda, HbA_{1c} yükseklerde, soy geçmişlerinde DM olanlarda ve serum trigliserid düzeyi ≥ 150 mg. olanlarda Tip 2 DM anlamlı olarak fazlaydı. Hastaların sadece %32.4’ü düzenli ilaç alıyordu. Kontrollere uyma %63.8 ile en çok ilk kontrolde idi.

Katılımcıların 108’inde (%14.5) tip 2 DM saptanması, yaş grubu da dikkate alınırsa Wild ve arkadaşlarının 2000 yılı tahmini ve 2030 yılı projeksiyonu için Türkiye için belirlenen oranlar içerisinde kalmaktadır.¹ Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında; Satman ve arkadaşlarının yaptığı (TURDEP) ile Altun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda belirlenen sıklık oranları ile uyumludur.^{2,3}

Araştırma grubumuzda tip 2 DM görülmesinin erkeklerde, emekli, memur ve serbest çalışanlarda daha fazla, eğitim düzeyi ve yaşanan bölge açısından ise farksız görülmesi diğer çalışmalarla uyumlu değildir. Sonuçlarımız, cinsiyetin görülme sıklığını etkilemediğini gösteren Tseng’in çalışmalarından farklıdır ve katılımcıların özelliklerinden kaynaklandığı, çalışmanın yerel özelliği olabileceği düşünülmüştür.⁴

Tip 2 DM’un; >45 yaş grubunda, majör risk faktörü olarak belirlenen aile öyküsünde tip 2 DM olanlarda, hipertansiyon, trigliserid ve HbA_{1c} yüksekliğinde ve sedanter yaşam sürenlerde daha çok görülmesi, daha önce yapılan uluslararası ve ulusal çalışmalarda olduğu gibi çalışmamızda da anlamlı olarak bulunmuştur.^{2,4,5}

Araştırmamızda tip 2 DM olanların tedaviye başladıktan sonra kontrol muayenelerine gelmeleri (39.8%) ve tedaviye uyum(düzenli ilaç alımı-32.4%) çok düşük olarak bulunmuştur. Buna karşın kontrole ve tedaviye uyum açısından beldeler arasında fark bulunamamıştır. Bu sonuç, bu hastaların tedavisinde başarıyı düşüren kriter olarak dünyanın her tarafında belirlenen sorunun ortak olduğunu göstermesi açısından önemlidir.^{2,3,4,5}

Sonuç ve öneriler: Birçok çalışmada olduğu gibi; aile öyküsü, obezite, hipertansiyon, trigliserid ve HbA_{1c} yüksekliliği, sedanter yaşam tip 2 DM görülme sıklığını çalışmamızda da artırmıştır. Kontrol muayenesine devam ve tedaviye uyumu gösteren düzenli ilaç alımı tüm kronik hastalıklarda ve hemen her ülkede olduğu gibi çalışma

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bölgemizde de 1/3 kadardır. Bu yetersizliğin sağlık ve buna bağlı sosyoekonomik etkileri halen bir halk sağlığı sorunudur. Tip 2DM hastaların tedavi ve izleme uyumları için; DM'un olası komplikasyonları ile bunların nasıl önlenebileceği en geniş şekilde açıklanarak hastalarda DM güvenlik kültürü oluşturulmalıdır. DM'un medikal güvenlik kültürü için, tıp eğitimine ve özellikle temel sağlık hizmetleri hekimlerine; DM'lu hastayla iletişim, tedavi ve izlem modülleri eğitimi periyodik olarak verilmelidir.^{1,3,5}

Anahtar kelimeler: tip 2 diabetes mellitus, izlem, koruyucu hekimlik, risk faktörleri

Kaynaklar:

- 1.Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of Diabetes Mellitus. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 2004; 27:1047-53.
- 2.Satman I, Yilmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tutuncu Y, Sargin M, Dinccag N, Karsidag K, Kalaca S, Ozcan C, King H. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*. 2002;25:1551-6.
- 3.Altun B, Arıcı M, Nergisoglu G et al. Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertension* 23(10):1817-1823, 2005.)
- 4.Tseng CL, Frayne S, Sambamoorthi U, Tiwari A, Rajan M, Pogach L Gender and Diabetes Care. Abstr Academy Health. Meet 2005; 22: Abstract no. 3429
- 5.Kozan O, Oguz A, Abaci A, et al. Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults. *Eur J Clin Nutr*. 2007; 61(4): 548-53. (METSAR)

460

ADANA İLİ KIRSALINDAKİ 40 YAŞ ÜSTÜ HİPERTANSİYONLULARIN KAN BASINCI İZLEM ÖZELLİKLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Elçin Yoldaşcan¹, Ferdi Tanır¹, Tamer Tetiker², Muhsin Akbaba¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. ADANA

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Endokronoloji ve Metabolizma BD. Adana

Giriş ve amaç: Hipertansiyon, uzayan yaşam süresi ve bunun getirdiği risklere bağlı olarak kalp-damar hastalıkları risk faktörleri arasında en yaygın olanlardan birisidir. Hipertansiyon global ve artan bir epidemiktir; dünya genelinde 1.5 milyar insanı etkilemektedir. Hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklar için tek başına en büyük risk faktörüdür.Yüksek morbidite ve mortalite riski nedeniyle günümüz kronik hastalıkları içerisinde en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Araştırmamız, temel sağlık hizmetlerinde hipertansiyon ve kardiyovasküler risk faktörlerini taşıyan hastaların demografik özelliklerini, tedaviye ve izleme uyumlarını paylaşmak amacıyla planlanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve yöntem: Adana'nın yaşam tarzı ve beslenmeleri farklı iki kırsal bölgesinde oturan, 40 yaş üstü gruptaki 2.032 erişkin popülasyonundan randomize seçilen 812'si (%40.0) çalışma kapsamına alınmıştır. Bunlardan ulaşılan 742'si (seçilende %91.4, genelde %36.5) çalışmamıza katılmıştır. Çalışma verileri Eylül 2008-Ocak 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Demografik özellikler yanında sigara, diyet ve egzersiz alışkanlıklarını içeren anket, fizik muayene, kan basıncı ölçümü, açlık kan şekeri ve lipid profili, kan üre azotu, kreatinin, potasyum, idrar mikroalbumini ve kreatinini için kan ve idrar örnekleri alınmış, EKG çekilmiştir. Kan Basıncı ölçümünde Avrupa Hipertansiyon Derneği tarafından önerilen kan basıncı ölçme tekniği kullanılarak 3 farklı ölçümün ortalaması alınmıştır. ESH/ESC Hipertansiyon Rehberi raporu kriterlerine göre HT sınıflandırması esas alınmış, yüksek normal gruba yaşam biçimi, diyet, egzersiz değişiklikleri ile kontrol önerilmiştir. Bu ölçüm ortalamaları sonunda Sistolik: ≥ 140 ve/veya Diastolik: ≥ 90 mmHg. olanlar ile sistolik ≥ 140 mmHg. ve diastolik < 90 mmHg olan izole sistolik hipertansiyonlular ölçümlerden sonra diğer risk faktörleri de dikkate alınarak, daha önceden sürekli ilaçla kan basıncı kontrol altında olanlar ve klinik kardiyovasküler hastalık veya diğer hedef organ hasarı bulunduğu belirlenen hastalara ise ilk başvurularında hipertansiyonlu kabul edilerek ilaç verilmiş ve takibe alınmıştır. Diğer ölçümlerde belirlenen risk faktörleri Kardiyoloji ve Dahiliye Endokronoloji uzmanları tarafından değerlendirilmiştir. Gerekli olanlar ilaç tedavisi ile 12 ay izlenmiştir. Hipertansiyon tanısı konulan hastalar üçer aylık periyotlarla 12 ay izlenmiş ve bulgular SPSS programında değerlendirilerek sunulmuştur. Çalışmamız tanımlayıcı analitik bir çalışma olup, kesitsel bir saha izlem araştırmasıdır.

Bulgular ve tartışma: Araştırılan kişilerin; yaş ortalaması: 53.2 ± 10.5 (min:40, maks:85) idi. %24.2'sinin soy geçmişinde hipertansiyon vardı. %44.2'sinde kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg. idi ve bunlardan sadece %24.1'i hastalığını biliyordu ki bu sonuç diğer benzer ulusal çalışmalarla uyumluydu.¹⁻³ Araştırmamızda, kadınlarda, Havutlu bölgesinde oturanlarda, tuzlu diyet alanlarda, sigara kullananlarda, vücut kitle indeksi >25.0 olanlarda, >55 yaş veya ≥ 102 cm. bel çevresi olan erkeklerde, >65 yaş veya ≥ 88 cm. bel çevresi olan kadınlarda, serum total kolesterolü >200 mg, LDL düzeyi >150 mg., Açlık Kan Şekeri düzeyi ≥ 120 mg. veya EKG'de Sol Ventrikül Hipertrofisi olanlarda hipertansiyon anlamlı olarak fazlaydı. Bulgularımız ulusal ve uluslararası çalışmalarda genelde uyumlu bulunmuştur.³⁻⁴

Daha önceden HT tanısı olan 79(%24.1) alanlarla araştırma sırasında tanı konulan 249(%75.9) kişiye rehberlere göre tedavi verilerek izlenmiştir. Tedavide rehberlere göre birinci basamak hekimleri tarafından verilen ACE inhibitörleri, angiotensin-II reseptör antagonistleri, beta-reseptör blokerleri, kalsiyum kanal blokerleri, tiazid diüretikleri kullanılmıştır. HT tanısı konulan 328 kişinin iki aylık aralıklarla kontrol izlemesine alınmasından sonra, izlemeye katılımda; ilk kontrole 225(%68.6), ikinci kontrole 84(%25.6), üçüncü kontrole 78(%23.8), dördüncü kontrole 56(%17.1), beşinci kontrole 28(%8.5) ve altıncı kontrole 24(%7.3) kişi katıldı. İlaç kullanımının da hemen aynı oranda olduğu kabul edilirse, daha önce ilaç kullanımı ve izlemeye uyumu saptamak amacıyla yapılan çalışmalarda da benzer şekilde az oranda uyum olduğu saptanmıştır.^{1,3,5}

Sonuç ve öneriler: Günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yoğun olduğu kırsal bölgelerde, HT tanısının konulmasına dikkat edilmesi kadar hastaların izlenmesinde ve tedavilerine uyumlarındaki zorluklar aşılmalıdır. Bu kontrol izlemleri için standart rehberler geliştirilerek, kontrol izlemi yapan hekimler arasındaki farklılıklar en aza indirilmeli ve hastaların tedaviye uyumunu artıracak eğitimler yapılmalıdır. Yaşam tarzı değişiklikleri, birincil tedavi olarak hipertansiyonun her tipinde uygulanmalıdır. Hipertansiyonluların tedavi ve izlemlerinin, ilk basamak sağlık hizmetlerinden itibaren iyi yönetilmesinin gerekliliği, sağlık personeline, hastalara ve topluma kazandırılmalıdır. Böylece yaşam sürelerinin uzaması ile giderek artan orandaki yüksek kan basıncı ortalama değerlerinin kontrolü mümkün olabilecektir.⁵

Anahtar kelimeler: koruyucu hekimlik, hipertansiyon izlemi, kardiyovasküler risk

Kaynaklar:

1. 7.ESH-ESC 2007 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology Guidelines 2007; *J Hypertension* 25: 1105-1187.

2.Altun B, Arıcı M, Nergisoglu G et al. Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertension* 2005;23(10):1817-23.

3.Onat A. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2007. İnternet: <http://tekharf.org/2007.html>. Erişim: 01 Temmuz 2009.

4.Republic Of Turkey Ministry of Health. Prevention and control program for cardiovascular diseases. Strategic plan and action plan for the risk factors. İnternet: <http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/Bel.Goster.aspx99D5EC>. Erişim: 15 Kasım 2009.

5.Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment clinical applications. Jama 2002;288:2880-83.

935

ANKARA İL MERKEZİ'NDE BAZI AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURANLARDA OBEZİTE ALGISI VE SIKLIĞI

F. Nur Aksakal, Tuğba Özdemirkan, Seçil Özkan, Müzeyyen Zeyneb Tunca, Sefer Aycan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

Sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı veya anormal yağ birikmesi olarak tarif edilen obezite, günümüz dünyasının en yaygın, aynı zamanda en eski hastalığıdır. Günümüzde obezite prevalansı ve gözlenen artış salgın olarak değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre obezite/aşırı kiloluluk 1,3 milyar insanı etkilemekte, Avrupa'daki yetişkinlerde diyabet vakalarının %80'inden, iskemik kalp hastalıklarının %35'inden, hipertansiyonun %55'inden sorumlu tutulmakta ve her yıl 1 milyondan fazla ölüme neden olmaktadır. Avrupa ülkelerinde obezite prevalansı, erkeklerde %10-20, kadınlarda %10-25 arasında değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl obeziteden kaynaklanan ölüm sayısı 300.000 civarında olup sigaraya bağlı ölümlerden sonra 2. sırayı aldığı bildirilmektedir. Obezitenin önemli bir sorun olarak değerlendirilmediği Japonya'da kilo fazlalığının %24,5, obezitenin %2,3 sıklıkta olduğu bildirilmektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda sıklık %22-35 olarak bildirilmiştir. Prevalansta 90'lı yıllar boyunca erkeklerde %65, kadınlarda %30 artış görülmüştür.

DSÖ'ye göre en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilen obezitenin genetik, çevresel, biyolojik, sosyal, ekonomik, kültürel nedenleri vardır. Çalışmalarda obezite ile eğitim, sosyoekonomik durum arasındaki ters yönde ilişkinin varlığı gösterilmiştir. Obezite kadınlarda daha sık görülmektedir. Aile öyküsü obezite açısından önemli risk faktörlerinden birisidir. Ailesinde obezite hikayesi olanlarda obezite riski iki-üç kat artmaktadır.

Obezite, mortaliteyi büyük oranda etkileyen sosyal bir hastalık olduğundan oluşturduğu sağlık riskleri, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmasını gerektirmektedir. Toplumdaki obezite bilgisi, sıklığı, obeziteyi etkileyen faktörlerle sorunun büyüklüğü ve ciddiyetinin saptaması gerekli müdahalelerin belirlenmesi açısından önemlidir.

Bu çalışmada Ankara İl Merkezi'nde bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü kişilerde obezite algısı ve sıklığının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Kesitsel-tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Ankara İl Merkezi Sincan, Etimesgut, Gölbaşı İlçeleri'ndeki bazı aile sağlığı merkezlerine 7-18/03/2012 tarihleri arasında 8 iş gününde herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü 1200 kişinin katılımıyla yürütülmüştür. Anketin uygulandığı 8 gün boyunca farklı saat dilimlerinde başvuranlarla görüşülmüş, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, olurları alındıktan sonra çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırma süresince 18 yaş üstü 9000 kişinin başvurduğu belirlenmiş ve %22 sıklık, %95 güven aralığında ulaşılan kişi sayısı ile retrospektif olarak gücün %82 olduğu hesaplanmıştır.

Geliştirilen anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış olup bir anketin uygulama süresi ortalama 8-10 dakika sürmüştür. Ankette kişilerin bazı sosyodemografik özellikleri yanında, ailede aşırı kilolu/obez kimse

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

varlığı, kilosunu değerlendirme, kilosundan memnun olma durumu, kilosunun fazla olduğunu düşünme nedenleri sorgulanarak obezite algısı, obezite ve beden kitle indeksinin tanımı, obezite oluşumunda etkili faktörler, obezitenin hastalık olduğunu düşünme durumu, obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarının varlığı, sağlığın bozulmaması için bir ayda en fazla kaç kilo verilebileceği gibi sorularla obezite bilgileri değerlendirilmiştir. Ayrıca kilo vermeyi isteme ve deneme davranışları da araştırılmıştır. DSÖ'ne göre obezite; sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı veya anormal yağ birikmesi, Beden Kitle İndeksi (BKİ) ise; bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine ($BKİ = \frac{kg}{m^2}$) bölünmesi olarak tanımlanmıştır. Araştırma kapsamında obezite ve BKİ'nin tanımını bilme durumu bu tanımlara göre değerlendirilmiştir.

Boy ölçümü, duvara yapıştırılan mezurayla yapılmıştır. Araştırmaya katılanların ayakkabıları çıkarılarak, ayaklar birleşik, düz duvara baş arkası sırt, kalça, ayak topukları degecek şekilde, anatomik pozisyonda başın üzerinden tabana kadar olan uzunluk ölçülmüştür. Kilo ölçümünün etkileyecek giysi ve ayakkabılar çıkartılarak mekanik baskülle kilo ölçümü yapılmıştır.

BKİ'leri 18.0'in altında olanlar zayıf (normalaltı), 18.0–24.9 olanlar normal, 25.0–29.9 olanlar kilolu, 30.0 ve üzerinde olanlar obez kabul edilerek değerlendirmeler yapılmıştır.

Araştırma verisi SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare, Fisher'in Kesin Testi, korelasyon ve lojistik regresyon testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama(\pm)standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: İncelenen 1200 kişinin yaş ortalaması $39,9 \pm 14,5$ olup %56,2'si kadın, %72,1'i evli, %34,3'ü okuryazar/ilkokul/ortaokul mezunu, %34,3'ü ise lise mezunu, %27,9'u üniversite mezunu, %35,4'ü ev hanımı, %10,0'ı emekli, %3,1'i işsizdir. İncelenen 1200 kişinin %93,9'u sosyal güvencesi olduğunu, %28,1'i 1001-1500 TL arası, %25,4'ü 1501-2000 TL arası aylık geliri olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %23,9'i kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Kronik hastalığı olduğunu bildirenlerin %34,5'i hipertansiyon, %21,7'si diyabet, %9,4'ü hipotiroidi, %8,5'i astım, %8,5'i kalp damar sistemi ile ilgili hastalığı, %17,4'ü üriner sistem hastalıkları, kanser, romatizmal hastalıkları olduğunu belirtmiştir. İncelenenlerin %25,3'ü düzenli ilaç kullanmaktadır. Düzenli ilaç kullananların %34,0'ü tansiyon ilacı, %20,3'ü diyabet ilacı, %7,2'si tiroid ilacı, %6,2'si astım ilacı, %5,1'i kolesterol, %4,2'si aspirin, %23,0'ı kolşisin, demir, allopürinol, vitamin ilacı, doğum kontrol ilaçlarından birini kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %33,8'si sigara kullandığını belirtmiştir. İncelenenlerin %39,4'ünün ailesinde aşırı kilolu/obez kişi varken, bunların %44,0'ünün ailesinde 1 kişide, %30,7'sinin 2 kişide, %23,5'inin 3 veya daha fazla kişide aşırı kilolu/obez kişi bulunmaktadır.

Araştırmaya katılanların %42,4'ünün BKİ'i 18.5-24.9 aralığındadır. Katılımcılardan 51 yaş ve üzerindekiilerin %40,5'i, kadınların %27,7'si, erkeklerin %13,2'si, evlilerin %27,4'ü, okur-yazarların %56,1'i, ev hanımlarının %38,9'u, emeklilerin %22,9'u, sosyal güvencesi olanların %20,9'u, olmayanların %27,8'i obez olarak bulunmuştur. Aylık aile toplam geliri 1001-1005 TL arasında olanların %25,3'ü, 1500-2000 TL arasında olanların 22,9'u obezdir. Ailesinde aşırı kilolu-obez olanların %33,8'inde, olmayanların %12,8'inde obezite vardır. İleri yaş gruplarında, kadın cinsiyette, düşük öğrenim durumunda, ev hanımı ve emeklilerde, 1001-2000 aylık aile toplam geliri olan gruplarda ve ailesinde obez kişi varlığında obezite sıklığı daha yüksek saptanmıştır. Yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek ve aylık aile toplam geliri ve ailede aşırı kilolu/obez varlığına göre BKİ'lerinin dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

İncelenenlerin aşırı kilolu ve obez olma durumunu etkileyen faktörler için uygulanan lojistik regresyon modelinde; yaş artışının riski 1,05 (%95GA:1,036-1,068), erkek cinsiyetin 2,14 (%95GA:1,451-3,159), ilkokul mezunu olmanın 2,84 kat (%95GA:1,127-7,164) arttırdığı, bekar olmanın 0,54 (%95GA:0,364-0,805), ailede obez kimse olmamasının 0,34 kat (%95GA:0,250-0,450) azalttığı saptanmıştır. Ev hanımı olanlar referans grup olarak alındığında; serbest meslek sahibi olma 0,39 (%95GA:0,215-0,702), memur olma 0,35 (%95GA:0,207-0,593), öğrenci olma 0,34 (%95GA:0,168-0,681), emekli olma 0,26 (%95GA:0,139-0,505), işsiz olma 0,19 (%95GA:0,071-0,495) daha az riskli olarak saptanmıştır.

Yaş ile BKİ'leri arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı, güçlü bir ilişki ($r: 0.53$, $p: 0.001$) olduğu saptanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırmaya katılanların %40,1'i hayatının herhangi bir döneminde kilo vermek istemiş/denemiştir. Kilo vermek isteyen 459 kişinin %40,0'ı kilo vermek için diyet ve fiziksel aktivite yöntemini kullanmıştır. İncelenenlerin %22,2'si kişiye özgü olmayan diyetleri, %21,9'u besin içeriği yetersiz ve dengesiz diyetleri, %14,7'si kısa sürede hızlı kilo kaybettiren diyetleri yanlış uygulamalar olarak belirtmiştir. Son 1 ay içinde diyet yaptığını belirten 207 katılımcının %54,1'i uyguladığı diyeti öneren kimse olmadığını, %13,0'ı medya/internet/gazete önerisi ile diyet uyguladığını belirtmiştir. İncelenenlerin %47,9'u kendini normal kiloda bulduğunu, %39,2'si kilosundan memnun olduğunu belirtmiştir. İncelenenlerin %35,3'ü beslenme tarzı, %6,4'ü ailesel yatkınlık, %6,9'u çalışma koşulları ve psikolojik durumunu fazla kilolu olduğunu düşünme nedenleri arasında sıralamıştır. BKİ'si 18.0-24.9 arasında olanların %73,3'ü, 25.0-29.9 arasında olanların %38,6'sı kilosunu normal, 25.0-29.9 arasında olanların %60,1'i, ≥ 30.0 olanların %84,5'i kendisini kilolu olarak değerlendirmiştir ($p < 0.05$). Kilosunu değerlendirme durumuyla BKİ'leri arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı, güçlü ilişki ($\tau = 0.55$, $p = 0,001$) olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan 1200 kişinin %50,3'ünün obezitenin, %1,8'inin beden kitle indeksinin tanımını bildiği saptanmıştır. Katılımcıların %81,6'sı obezitenin hastalık olduğunu düşünmektedir. İncelenenlerden obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarıyla ilgili soruya cevap veren 870 kişi hipertansiyon (%31,7), şeker hastalığı (%30,1), kalp hastalığını (%18,6) belirtmiştir. 18-28 yaş grubundakiler (%61,2), kadınlar (%51,0), bekarlar (%63,0), yüksekokul/üniversite mezunları (%66,0), emekliler (%46,7), kronik hastalığı olmayanlar (%52,5), ailesinde aşırı kilolu/obez kimse olmayanlar (%51,0) obezitenin tanımını daha fazla bilmektedirler. Yaş grupları, medeni durum, öğrenim durumu, meslek grupları, kronik hastalık varlığına göre obezitenin tanımını bilinme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmışken ($p < 0.05$), cinsiyete ve ailede aşırı kilolu/obez kimse varlığına göre fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). 29-39 yaş grubundakiler (%84,8), kadınlar (%84,1), bekarlar (%84,5) yüksekokul/üniversite mezunları (%90,1), kronik hastalığı olmayanlar (%83,5), ailesinde aşırı kilolu/obez kimse olmayanlar (%82,4) obezitenin daha fazla sıklıkta hastalık olduğunu düşünmektedir. Yaş grupları, cinsiyet, öğrenim durumu, kronik hastalık varlığına göre obezitenin hastalık olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmışken ($p < 0.05$), medeni durum, meslek, ailesinde aşırı kilolu/obez kimse olma durumuna göre fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tartışma: Ülkemizde yapılan çalışmalarda obezite sıklığı %25,2-%36,2 arasında saptanmıştır (1,2,3). Bu çalışmada sıklık %21,3 olarak bulunmuş olup, ülkemizde yapılan çalışmalarda saptanan obezite sıklığından daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada obezite sıklığının daha düşük saptanması çalışmanın daha genç grupta yapılmış olmasına bağlanabilir.

Arslan ve ark. ile Saraç ve ark.nın yaptıkları çalışmalarla uyumlu olarak bu çalışmada obezite prevalansının yaşla birlikte arttığı, kadınlarda, ev hanımı ve emeklilerde, düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeyde, pozitif aile öyküsünde daha fazla olduğu saptanmıştır (4,5). Obezite ile kronik hastalık birlikteliği bu çalışmada yüksek saptanmıştır. Yaşla birlikte bazal metabolizma hızının azalması, vücut yağ oranının artması obezite sıklığında artışa neden olmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça obezite sıklığı azalmaktadır. Bu durum dengeli ve yeterli beslenme konusunda bilgi ve farkındalık artışına bağlı doğru beslenme uygulamalarına bağlanabilir. Kronik hastalığı olanlarda obezite sıklığının fazla olması, kronik hastalıkların obezite gelişimine zemin hazırlamasına bağlanabilir.

BKİ'si normal olanların büyük çoğunluğu kilosunu normal olarak değerlendirmekte, kilolarından memnun olduklarını ifade etmektedir. Kendisini aşırı kilolu ve obez olarak değerlendirenlerin tamamının BKİ'si 25 ve üzeridir. Bu sonuçlara göre katılımcıların obezite algısının istenilen yönde olduğu söylenebilir.

Katılımcıların yarıya yakını hayatının herhangi bir döneminde kilo vermeyi denediğini, büyük çoğunlukla kendi başına ve medya/internet/gazete önerisi ile diyet uyguladığını belirtmiştir. Bu verilerin obezite kontrolü konusunda sağlık personelinin çok medyadan etkilendikleri görülmektedir.

Sonuç Ve Öneriler: Gelişmiş ülkelerde epidemi düzeyinde olan obezite, ülkemiz içinde sağlık tehdidi olmaktadır. Bu çalışmada her beş kişiden birinin obez olması sorunun bizim toplumumuzda da yüksek boyutta olduğunu göstermiştir. Bu nedenle gerekli önlemlerin alınması kaçınılmazdır. Çalışmalarda belirtildiği gibi birçok risk faktörü obezite prevalansını etkilemektedir. Risk faktörlerinin belirlenmesi, vücut ağırlığının azaltılması ve uzun dönemde ideal düzeyde tutulması, kilo alımının önüne geçilmesi, kilo alınmasıyla ortaya çıkabilecek hastalık risk

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

etmenlerinin kontrol altına alınmasına yönelik programların geliştirilmesi gereklidir. Bu programların başarıya ulaşabilmesi için obezite bilgi düzeyi ve algısının eğitim faaliyetleriyle artırılması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: obezite, bilgi, algı, obezite risk faktörleri

Çıkar Çatışması: Yazarların konuyla ilgili olarak herhangi bir kurum, kuruluş ve/veya yazar ile maddi veya manevi bir çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Kaynaklar:

1. Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S ve ark.(et al). Population based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care 2002;25:1551-6.
2. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). Endokrinolojide Yönelişler Dergisi 2002;11(1).
3. Onat A., Hergenç G., Can G., Yüksel H., Sansoy V., Erginel N., Arslan P. TEKHARF Çalışması 2009; 1-214.
4. Arslan, C., Ceviz, D. (2007). Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. F. Ü. Sağ Bil Derg, 21 (5), 211-220.
5. Saraç, F., Özgen, A.G., Yılmaz, C., Tüzün, M. (2007). Obez kadınlar ve birinci derecedeki yakınlarında kardiyovasküler risk faktörleri. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 7, 371-377.

617

ANKARA'DA BAZI AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURANLARDA ORGAN BAĞIŞI-NAKLİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞLARI

Zeyneb Müzeyyen Tunca, Mustafa N. İlhan, Tuğba Özdemirkan, Mustafa Çakır, Sefer Aycan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Organ bağıışı; kişinin hayatta iken, serbest iradesi ile tıbben yaşamı sona erdikten sonra doku ve organlarını başka hastaların tedavisi için kullanılma-sına izin vermesidir. Organ nakli yetmezliğe girmiş bir organın görevlerini yapmak için canlı veya kadavra vericiden sağlanan organın hastaya transferi işlemidir.

Organ yetmezliği insidansı tüm dünyada artmakta olup, gerçekleştirilen organ nakillerinin hızı aynı artışı gösterememekte, organ nakli için bekleyen birçok hasta yaşamını yitirmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2011'de nakil bekleyen hasta sayısı 18793 iken nakil sayısı 3930'dur. 2012'de nakil bekleyen hasta sayısı 21001'e yükselmiştir.

Yaşamsal açıdan önemli olan organ nakli ve bağıışı, yalnızca toplumların gelişmişlik düzeyleriyle değil, bilgi düzeyleri, tutumları, davranışları, dini inanışları, gelenekleri ve kültürel değerleriyle de yakından ilgili bir konudur. Ülkemizde organ bağıışı-nakli konusunda geniş kapsamlı çalışmalara ilişkin veri bulunmamasına rağmen, bazı araştırmacıların bölgesel çalışmalar yaptıkları görülmektedir. Yapılan bu çalışmalarda katılımcıların organ bağıışına, bir başkasının organıyla yaşama fikrine olumlu baktıkları, organ bağıışının nereye, nasıl yapılacağını bilmedikleri belirtilmektedir. Çevresinde organa gereksinim duyan yakınları olan katılımcıların bilgilerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Korku, konu hakkında bilgi sahibi olmama, dini ve geleneksel nedenlerin organ bağıışını etkilediği ifade edilmektedir.

Organ nakli konusunda ileri olduğu kabul edilen ülkelerde bile istenen düzeyler yakalanamamaktadır. Toplumun organ bağıışı konusundaki düşüncelerinin, bilgisinin, davranışlarının ve katılımlarını olumlu veya olumsuz yönde etkileyen faktörlerin belirlenmesinin; sorunun boyutunu tespit etmek, eksiklikleri gidermek, yanlış inanışları düzeltmek için stratejiler geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bu çalışmada Ankara İl Merkezi'nde bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü kişilerde organ bağışi konusunda bilgi, tutum ve davranışların saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel-tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Ankara İl Merkezi Sincan, Etimesgut, Gölbaşı İlçeleri'ndeki bazı aile sağlığı merkezlerine 24.04.2012-04.05.2012 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü 1200 kişinin katılımıyla yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini bu tarihlerde 5 Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş üstü 3095 kişi oluşturmaktadır. Evrenden %50 bilinmeyen sıklık, %2,3 sapma, %95 güven aralığında 1144 kişiye ulaşılmaya hedeflenmiş, 1099 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşım yüzdesi 96,1'dir. Katılımcılara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, olurları alındıktan sonra çalışma kapsamına dahil edilmiştir.

Geliştirilen anket formu yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmış, bir anketin uygulama süresi ortalama 5-6 dakikadır. Bu ankette kişilerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, aylık gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu sorgulanmıştır. Katılımcılara bağışta bulunma, bağışta bulunma isteği ve nedenleri, organlarını para karşılığı bağışlama durumu, organını bağışladığı kişiyi görmeyi isteme, ailede bağışta bulunan kimsenin varlığı, bağış hakkında bilgi sahibi olma durumu, bilgi edinme kaynakları, organ bağışının önünde yasal engel bulunup bulunmadığı, gerekli şartları bilme durumu, yakının ölümü halinde organlarını bağışlama durumu, öldükten sonra yakınlarının organlarını bağışlamasını isteme durumu, sağlık personeline organ bağış konusunda güvenme durumu gibi bilgi, tutum, davranışlarla ilgili sorular yöneltilmiş, organ bağış ameliyatının korkutucu, tehlikeli bir ameliyat olmasını düşünme, bir insanı yaşatabilmek için önemli olduğunu düşünme, harcanan emeğin değerli olup olmadığı, dinen yasak olma durumu, herkesin ihtiyacı olabilme durumu ve organ bağışının gerekliliğine inanılması durumuyla ilgili önermelere katılıp katılmadığı sorulmuştur.

Veriler bilgisayara SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığıyla yüklenmiş, istatistiksel yöntem olarak Ki-kare testi, Fisher'in kesin testi, Yates düzeltilmiş ki-kare testi kullanılmıştır. Veriler ortalama(\pm)standart sapma, frekans dağılımı yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir

Bulgular: Araştırmaya katılanların %42,3'ü ≤ 29 yaş, %22,4'ü 30-39 yaş grubunda, %17,0'ı 40-49 yaş grubunda, %18,3'ü ≥ 50 'dir. Yaş ortalaması $35,8 \pm 13,8$, ortancası 32 (18-75)'dir. Katılımcıların %54,5'i kadın, %45,5'i erkek, %54,3'ü evli, %45,7'si bekdir. Katılımcıların %1,4'ü okuma yazma bilmediğini, %2,4'ü okuma yazma bildiğini, %10,7'si ilkököl mezunu, %10,5'i ortaokul mezunu, %37,7'si lise mezunu, %37,4'ü üniversite mezunu, %26,7'si öğrenci, %22,4'ü memur, %18,7'si ev hanımı, %5,0'ı işsiz, %8,6'sı işçi, %7,8'i emekli, %10,7'si serbest çalışandır. Katılımcıların %16,0'ı aylık aile toplam gelirinin ≤ 1000 TL, %18,2'si 1001 TL-1500 TL, %27,4'ü 1501-2000 TL, %32,4'ü aylık 2001-5000 TL arasında, %6,0'ı ≥ 5001 TL olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %21,4'ünün kronik hastalığı olduğunu, %19,5'i düzenli ilaç kullandığını, %60,6'sı sigara kullanmadığını, %29,4'ü sigara kullandığını, %10,0'ı sigara kullanmayı bıraktığını belirtmiştir.

Katılımcıların %97,8'i organ bağışında bulunmadığını, %99,1'inin organ bağışçısı kartı olmadığını, %35,3'ü organ bağışında bulunmayı istemediğini, %27,2'si istediğini, %37,5'inin bu konuda fikri bulunmadığını belirtmiştir. Organ bağışında bulunmayı istememe nedenlerinden en az bir neden belirten katılımcıların %26,4'ü dini inançlara uymadığı, %22,0'ı tam olarak ölmeden organlarının alınmasından korktuğu, %19,6'sı vücut bütünlüğünün bozulmasını istemediği, %13,2'si korktuğu için organ bağışında bulunmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %86,5'i organlarını parayla bağışlamayacağını, %4,9'u parayla bağışlayabileceğini, %8,6'sı fikri olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %74,5'i ailesinde organ bağışında bulunan kimsenin olmadığını, %39,4'ü öldükten sonra yakınlarının organlarını bağışlamasını istediğini, %33,7'si fikrinin olmadığını, %26,9'u öldükten sonra yakınlarının organlarını bağışlamasını istemediğini belirtmiştir. Katılımcıların %39,1'i yakınının ölümü halinde organlarını bağışlama konusunda fikrinin olmadığını, %33,1'i ölen yakınlarının organlarını bağışlayacağını, %27,8'i ölen yakınının organlarını bağışlamayacağını belirtmiştir.

Katılımcıların %40,9'u organ bağış hakkında bilgi sahibi olmadığını, %35,7'si kısmen, %23,4'ü bilgi sahibi olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %39,9'u televizyon/radyodan, %25,7'si sağlık personelinin, %17,0'ı gazete/dergiden, %12,5'i yakınlarından organ nakli konusunda bilgi edindiklerini belirtmiştir. Katılımcıların %82,8'i organ bağış hakkındaki bilgilendirmenin gerekli olduğunu, %5,2'si gerekli olmadığını düşünmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcıların %33,5'i organ bağıışı için yasal engel bulunmadığını, %9,9'u bulunduğunu, %56,6'sı bu konuda bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %78,1'i organ bağıışı için gerekli şartları bilmediğini, gerekli şartları bilenlerin %22,0'ı nüfus bilgilerini içeren kimlik, %30,4'ü doktorun bilgisi, %29,0'ı sağlık raporu, %17,4'ü 1. dereceden akraba olan şahidin gerekli olduğunu belirtmiştir. İncelenenlerin %52,0'ı ölmeden önce nakil kararının alınabileceğini, %16,3'ü alınamayacağını ve %31,7'si bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %46,8'i organ bağıışı konusunda sağlık personeline güvendiğini ifade etmiştir.

Katılımcıların %81,4'ü organ bağıışının artırılması gerektiğini, %18,6'sı artırılması gerekmediğini düşündüğünü belirtmiştir. Organ bağıışının artırılması için yapılması gerekenler konusunda en az bir yanıt verenlerin %39,1'i eğitim verilerek, %33,7'si medya yoluyla bilgilendirilerek, %27,0'ı sağlık personeli tarafından bilgilendirilme yoluyla artırılması gerektiğini ifade etmiştir.

“Korkutucu ve çok tehlikeli bir ameliyat olduğunu düşünüyorum.” önermesine katılımcıların %44,2'sinin katılmadığını, %37,8'inin katıldığını, “Bir insanı yaşatabilmek için önemli olduğunu düşünüyorum.” önermesine %86,0'ı katıldığını, %4,4'ü katılmadığını, “Hayatı kurtarmak için bu konuda harcanan emeğin değerli olduğunu düşünüyorum.” önermesine %85,7'si katıldığını, %3,2'si katılmadığını, “Organ bağıışının dinen yasak olduğunu düşünüyorum.” önermesine katılımcıların %17,2'si katıldığını, %56,3'ü katılmadığını, “Organ nakline herkesin ihtiyacın olabilir.” önermesine katılımcıların %85,9'u katıldığını, %3,6'sı katılmadığını, “Organ bağıışının gerekliliğine inanıyorum” önermesine katılımcıların %82,8'i katıldığını, %3,9'u katılmadığını belirtmiştir.

Katılımcılardan 736 kişiden erkeklerin %63,2'si, kadınların %76,0'ı organ bağıışı konusunda sağlık personeline güvendiğini belirtmiştir. Katılımcılardan okuma-yazma bilmeyenlerin %66,7'si, okur-yazar olanların %56,3'ü, ilkokul mezunlarının %55,3'ü, ortaokul mezunlarının %75,0'ı, lise mezunlarının %66,5'i, yüksekokul-üniversite mezunlarının %75,9'u, kronik hastalığı olanların %61,5'i, olmayanların %71,9'u, aylık geliri \geq 5001 TL olanların %80,0'ı, 2001-5000 TL arası olanların %75,9'u, 1501-2000 TL arası olanların %69,1'i, 1001-1500 TL arası olanların %67,2'si, \leq 1000 TL olanların %57,0'ı, organ bağıışı konusunda sağlık personeline güvendiğini belirtmiştir. Cinsiyetlerine, öğrenim durumuna, mesleklerine, aylık gelirlerine, kronik hastalık varlığına, sigara kullanıma durumuna göre organ bağıışı konusunda sağlık personeline güvenme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Katılımcılardan 1098 kişiden \leq 29 yaştakilerin %32,5'i, 30-39 yaş grubu ve \geq 51 yaşındakilerin %14,5'i, evlilerin %15,6'sı, bekarların %32,7'si, öğrencilerin %37,5'i, memurların %27,6'sı, işçilerin %11,3'ü, ev hanımlarının %8,3'ü, aylık geliri 2001-5000 TL arasındakilerin %28,9'u, 1000-1500 TL arasındakilerin %15,1'i, kronik hastalığı olanların %15,8'i, olmayanların %25,5'i, düzenli ilaç kullananların %14,6'sı, düzenli ilaç kullanmayanların %25,5'i, sigara kullananların %18,0'ı, kullanmayanların %26,6'sı organ bağıışı konusunda bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Yaş grupları, medeni durum, aylık gelir, kronik hastalık durumu, düzenli ilaç kullanımı, sigara kullanma durumuyla organ bağıışı konusunda bilgi sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$), cinsiyet ve sosyal güvence durumlarına göre fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Ailesinde organ bağıışında bulunan kimse olanların %11,3'ü, olmayanların %1,3'ü, organ bağıışı hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünenlerin %6,2'si, bilgi sahibi olmadığını düşünenlerin %0,4'ü organlarını bağıışlayacağını belirtmiştir. Ailesinde organ bağıışında bulunan kimse varlığı, organ bağıışı hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünme durumuna göre organ bağıışında bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tartışma: Ülkemizde yapılan organ bağıışına ilişkin çalışmalarda, organlarını bağıışlamayı istediklerini belirtenlerin sıklığı %45.5-57 arasında değişmesine karşılık organ bağıışcısı kartı taşıyanların sıklığının %1.7-3.6 arasında oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu çalışmada katılımcıların %97,8'i organ bağıışında bulunmadığını, %99.1'inin organ bağıışcısı kartı olmadığını, %27,2'si organ bağıışında bulunmayı istediğini belirtmiştir (1). Organ bağıışında bulunma, bulunmayı isteme sıklığı bu çalışmada literatürden düşük saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak bağıışta bulunma, bağıış kartı taşıyıcısı olma sıklığının organ bağıışını isteme sıklığından daha düşük olması kişilerin organ bağıışına yönelik olumlu tutumlara sahip olmalarına rağmen organlarını bağıışlamadıklarının bir göstergesidir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışmada organ bağışında bulunmayı istememe nedenleri arasında dini inançlara uymama, tam olarak ölmeden organlarının alınmasından korkma, vücut bütünlüğünün bozulmasını istememe, korku belirtilmiştir. Türkiye’de 1990 yılında yürütülen bir çalışmada, katılımcıların %26.2’sinin dini inançları, %43.8’inin vücut bütünlüğünün bozulmasından korkma nedenleriyle organ bağışını reddettikleri bulunmuştur. Aynı çalışma 12 yıl sonra tekrarlandığında organ bağışlamayı istemede değişiklik görülmemiştir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda kişilerin konu hakkında yeterli farkındalığa, bilgiye sahip olmamalarının, ölüm korkusunun, dini kurallara, beyin ölümüne ve ahlaki politikalara ilişkin bilgisizlik ya da şüphenin bağışa karar verme sürecini olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında yer aldığı bulunmuştur (1,2). Organ bağışında bulunmama nedenleri bu çalışmada literatürle benzerdir.

Ailelerin organ bağışı hakkındaki tutumlarının, kişilerin bu konu hakkında aileleriyle iletişimde bulunmalarının, organ bağışına karşı olumlu tutumların geliştirilmesinde etkili olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (3). Bu çalışmada ailesinde organ bağışında bulunan kimse varlığında kişilerin bağış konusuna daha olumlu baktıkları saptanmıştır.

Yapılan birçok çalışmada görsel ve yazılı yayınların organ bağışı konusunda toplumun bilgilendirilmesinde etkili olduğu görülmüştür (4,5). Özkan ve Yılmaz’ın yaptıkları araştırmada katılımcıların %55.3’ü organ bağışı hakkında bilgisi olduğunu ve %88.8’inin sahip oldukları bu bilgileri radyo/televizyon aracılığıyla edindiklerini ifade etmişlerdir (2). Bu çalışmada organ bağışı hakkında bilgi sahibi olma sıklığı ve en çok bilgi edinilen kaynak olarak medyanın gösterilmesi yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler: Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olan yetersiz sayıdaki organ nakli için organ bağışını arttırmak amacıyla toplumun bilgilendirilmesi, katılımlarının sağlanması gerekmektedir. Bilgilendirme çalışmalarının medyayla iş birliği içinde sağlık personeline yapılması değerlidir.

Anahtar Kelimeler: organ nakli, organ bağışı, bilgi, tutum, davranış

Çıkar Çatışması: Yazarların konuyla ilgili olarak herhangi bir kurum, kuruluş ve/veya yazar ile maddi veya manevi bir çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Kaynaklar:

1. Kaça G, Amado S, Kıkıcı İ, Cilasin S, Dağ E, Leylek İ, Şahin Ö, Organ Bağışına Yönelik Tutumların Planlı Davranış Kuramı Çerçevesinde İncelenmesi, Türk Psikoloji Dergisi, Aralık 2009, 24 (64), 78-91
2. Özkan S, Yılmaz E, Hasta Yakınlarının Organ Bağışı ile İlgili Bilgi ve Tutumları. Aile ve Toplum Dergisi, 2009; 5(17):19-30
3. Feeley, T. H. College Students’ Knowledge, Attitudes and Behaviours Regarding Donation: An İntegrated Review of The Literature. Journal of Applied Social Psychology, 2007; 37(2), 243-271.
4. Yaşar M, Oğur R, Uçar M, Göçgeldi E, Yaren H, Tekbaş, FÖ, Korkmaz A., Bir Sağlık Meslek Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Organ Bağışı Konusundaki Tutumları ve Tutumlarına Etki Eden Faktörler. Genel Tıp Dergisi, 2008; 18(1):33-37.
5. Özmen, D, Çetinkaya, AÇ. Sarizeybek, B, Zeybek A. Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Organ Bağışına İlişkin Bilgi ve Görüşleri. Türkiye Klinikleri J. Med Sci, 2008, 28:311–318.

629

ANKARA’DA BİR TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE OLASI DEPRESYON SIKLIĞI VE RİSK ETMENLERİ

Tuğba Özdemirkan, Mustafa N. İlhan, Emine Avcı, Emine Füsün Civil, M. Ali Bumin

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş: Depresyon, kişinin sosyal işlevlerini ve günlük yaşama dair etkinliklerini rahatsız edecek, bozacak dereceye ulaşmış üzüntü, melankoli veya keder durumudur. Küresel hastalık yüküne yol açan ilk on hastalık arasında beşinci sırada olan depresyon önemli sağlık sorunlarından biridir (2,4).

Gençlik dönemi, bireyin sosyal, fiziksel değişiklikler yaşadığı, duygusal, davranışsal, cinsel, ekonomik, akademik ve toplumsal birçok çatışma yaşadığı, psikososyal, cinsel olgunlukla birlikte kimlik bulma çabalarının arttığı çelişkiler dönemidir. Bu dönemde üniversite gençliğinin ruhsal sağlığı, toplumsal sağlığın önemli bileşenlerinden biri olmaktadır (1,2). Öğrencilerde yaş, ailelerinden uzakta yaşamak, derslerinde başarısız olmak, stres gibi faktörlerin depresyon sıklığını ve psikiyatri kliniklerine başvuruunu artırdığı bilinmektedir (2,3).

Epidemiyolojik çalışmalar ergenlerde depresyon yaygınlığının %0.4-8.3 arasında olduğunu, ergenlerin yetişkinlere oranla daha fazla depresif duygulanım yaşadıklarını bildirmektedir (2,5).

Tıp Fakóltesi öğrencileri eğitim içeriğinin daha yoğun olması, hastalık ve ölümlle yakından ilgilenmeye başlamanın duygusal yükü nedeniyle diğer öğrencilere nazaran depresyon açısından daha fazla risk altındadırlar (6,7,8,9). Bu sıklığın sınıflar ilerledikçe arttığı bilinmektedir (9,10). Riskli olan bu grupta depresyonun erken dönemde saptanması ve tedavi edilmesi depresyonun olası etkilerini azaltması açısından önem arz etmektedir. Bunun için tıp fakóltesi öğrencileri arasında farkındalığın artırılması gerekmektedir.

Bu çalışmada Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi öğrencilerinin olası depresyon durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel-tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde 2010-2011 eğitim-öğretim döneminde öğrenim görmekte olan 1284 öğrenciden 1003 öğrencinin katılımıyla yürütülmüştür. Ulaşım yüzdesi %78,11'dir. Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde öğrenim gören öğrencilere araştırmanın amacına yönelik bilgi verilerek, olurları alındıktan sonra geliştirilen anket formu 04-28 Şubat 2011 tarihleri arasında gözlem altında uygulanmıştır. Bir anketin uygulanma süresi ortalama 10 dakikadır.

Anket formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, sınıf, öğrencilerin Ankara'da ikamet ettikleri yer, ailelerinin yaşadığı yer, anne/babanın meslek ve öğrenim durumu, ailelerinin aylık toplam geliri, aylık kişisel harcamaları, tıp fakóltesini kendi isteğiyle tercih etme durumu, tıp fakóltesinde eğitim görmekten memnun olma durumu, fakóltede eğitim sırasında sınıf/staj kayıp olma durumu, kronik hastalık varlığı gibi tanımlayıcı özellikler sorgulanmıştır. Anne, babalarının birlikte olma, aralarındaki ilişki durumu sorgulanmıştır. Anketin son bölümünde öğrencilerin daha önce doktor tarafından depresyon tanısı alma, depresyon ilacı kullanma durumları, ailede depresyon tanısı alan kimse varlığı, son bir yıl içerisinde yaşamlarını etkileyen herhangi bir kayıp yaşama durumu sorgulanmış, 21 sorudan oluşan Beck Depresyon Envanterine yer verilmiştir. Beck Depresyon Envanteri, katılımcının kendi kendine doldurduğu, 21 tane iç görü vasıtalı, depresyon tanıma amaçlı sorulardan oluşmaktadır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, sınıf, öğrencilerin Ankara'da ikamet ettikleri yer, aylık kişisel harcama durumu, 3 ay ya da daha uzun süredir devam eden doktor tarafından tanısı konmuş kronik hastalık varlığı, ailenin yaşadığı şehir, ailenin yaşadığı yer, annenin öğrenim durumu, babanın öğrenim durumu, annenin meslek durumu, babanın meslek durumu, ailenin aylık toplam gelir durumu, tıp fakóltesini kendi istekleri ile tercih etme durumu, tıp fakóltesinde eğitim görmekten memnun olma durumu, tıp fakóltesinde eğitim sırasında eğitim/staj kaybı durumu, anne ve/veya babanın birliktelik durumu, anne ve babanın ilişki durumu, olası depresyon durumu, son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma durumu, daha önce doktor tarafından depresyon tanısı alma durumu, daha önce depresyon ilacı kullanma durumu, son bir yıl içerisinde herhangi bir kayıp yaşama durumu, bağımlı değişkenleri; tıp fakóltesinde eğitim sırasında eğitim/staj kaybı durumu, olası depresyon durumudur.

Araştırmanın verileri SPSS Version 15.0 programıyla bilgisayara aktarılıp analiz edilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, ortalama(±)standart sapma, frekans dağılımı yüzde olarak sunulmuştur, verilerin

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

karşılaştırılmasında χ^2 testi ve Fischer'in Kesin Testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 1003 öğrencinin %53,8'i kız, %46,2'si erkek olup, yaş ortalamaları $21,12 \pm 2,25$ 'dir. Öğrencilerin %28,1'i yurttta, %36,9'u arkadaşları, %33,0'ü ailesi ile yaşadığını, %50,7'si aylık harcama miktarının 500 TL ve altı, %37,5'i 501-1000 TL, %10,6'sı 1001 TL ve üzeri olduğunu, %27,9' u ailelerinin aylık toplam gelir durumunun 1500 TL ve altı, %22,3'ü 1501-2000 TL arası, %49,8'i 2001 TL ve üstü olduğunu belirtmiştir.

Öğrencilerin %69,0'ı tıp fakültesini kendi istekleriyle tercih ettiklerini, %78,3'ü tıp fakültesinde eğitim görmekten memnun olduklarını, %81,8'i'si sınıf/staj kaybı olmadığını, belirtmişlerdir. Tıp fakültesini kendi isteğiyle tercih etmeyen 299 öğrencinin %32'2'si ailesinin istemesini, %21,6'sı çevrelerinden etkilenmelerini, %42'si iş garantisi olmasını %4'ü saygın bir meslek olmasını tercih nedeni olarak belirtmişlerdir.

Öğrencilerden tıp fakültesini kendi isteği ile tercih etmeyenlerin %25,6'sı, kendi isteği ile tercih edenlerin %14,2'si sınıf/staj kaybı yaşadığını ifade etmiştir. Tıp fakültesinde eğitim görmekten memnun olmayanların %30,4'ü, memnun olanların %18,1'i sınıf/staj kaybı yaşadığını ifade etmiştir. Tıp fakültesini kendi istekleri ile tercih etme durumu ve tıp fakültesinde eğitim görmekten memnun olma durumu ile sınıf/staj kaybı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

İncelenen 997 öğrencilerden %91,4'ü anne ve babasının birlikte yaşadığını, %3,2'si anne, babasının ayrı yaşadığını, %4,9'u ebeveynlerinden birinin vefat etmiş olduğunu, %0,3'ü anne ve babasının vefat etmiş olduğunu ifade etmiştir.

"Anne ve babanızın ilişkisini nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna cevap veren 995 öğrencinin %86,4'ü huzurlu, mutlu bir aile yaşamına sahip olduğunu, %9,9'u sürekli tartıştıklarını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %15,8'i "Beck Depresyon Ölçeğine" göre olası depresyona sahipken, %84,2'si olası depresyona sahip değildir. Öğrencilerden hazırlık sınıfında olanların %73,7'sinde, Dönem 1'lerin %86,2'sinde, Dönem 2'lerin %85,6'sında, Dönem 3'lerin %82,1'inde, Dönem 4'lerin %81,0'ında, Dönem 5'lerin %85,5'inde, Dönem 6'ların %84,8'inde olası depresyon mevcut değildir. Ailesi Ankara'da yaşayanların %86,0'ı, Ankara dışında yaşayanların %83,4'ünde, devlet yurdunda kalanların %80,5'inde, özel yurttta kalanların %85,5'inde, öğrenci evinde kalanların %83,1'inde, ailesi ile yaşayanların %85,9'unda, aylık 500 TL ve altında harcayanların %83,6'sında, 501-1000TL arasında harcayanların %87,0'ında, 1001-1500 TL arasında harcayanların %78,9'unda, 1501-2000 TL arasında harcayanların %100'ünde, 2001 TL'den fazla harcayanların ise %50'sinde olası depresyon durumu mevcut değildir. olası depresyon mevcut değildir. Ailesi ilde yaşayan katılımcıların %85,3'ünde ilçede yaşayanların %81,7'sinde, beldede yaşayanların %93,8'inde, köyde yaşayanların %77,3'ünde olası depresyon mevcut değildir. Ailenin aylık toplam gelir durumuna göre 1000 TL' ve altı geliri olanların %84,6'sında, 1001-1500TL arasında olanların %81,3'ünde, 1501-2000 TL arasında olanların %81,9'unda, 2001-5000TL arasında olanların %86,7'sinde, 5001 TL ve üstü olanların %83,7'sinde olası depresyon mevcut değildir.

Tıp fakültesini kendi isteği ile tercih edenlerin %86,2'sinde, kendi isteği ile tercih etmeyenlerin %80,5'inde, tıp fakültesinde eğitim görmekten memnun olanların %87,2'sinde, memnun olmayanların %73,5'inde, sınıf/staj kaybı olan öğrencilerin %80,8'inde, sınıf/staj kaybı olmayanların %85,0'ında olası depresyon durumu mevcut değildir.

Huzurlu ve mutlu bir aile yaşamına sahip olduğunu ifade edenlerin %86,0'ında, anne, babasının sürekli tartıştığını ifade edenlerin %71,3'ünde olası depresyon mevcut değildir.

Daha önce depresyon tanısı almamış öğrencilerin %87,0'ında, almış öğrencilerin %64,2'sinde; daha önce depresyon ilacı kullanmamış öğrencilerin %87,0'ında, kullanmışların %65,8'inde; ailesinde doktor tarafından depresyon tanısı konmuş kişi olmayanların %86,5'inde, olanların %72,4'ünde, son bir yıl içerisinde kayıp yaşamamışların %87,5'inde, yaşamışların %74,0'ında olası depresyon mevcut değildir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Aileden birey kaybı olanların %20,9'unda, maddi kayıp yaşayanların %22,2'sinde, sağlık kayıpları yaşayanların %35,1'inde, arkadaş kaybı yaşayanların %33,3'ünde olası depresyon durumu mevcut bulunmuştur.

Tartışma: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin olası depresyon durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada 1003 öğrencinin %69'u tıp fakültesini kendi istekleri ile tercih ettiklerini, %31'i ise kendi istekleri ile tercih etmediklerini belirtmişlerdir. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde son sınıf öğrencilerine yapılan bir çalışmada öğrencilerin %76,8'i tıp fakültesini kendi istekleriyle tercih ettiğini (1), Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2007 yılında yapılan bir çalışmada öğrencilerin %60,9'u idealindeki fakültede okuduğunu belirtmişlerdir (2). Bu iki çalışmanın bulguları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Tıp fakültesini kendi istekleri ile tercih etmeyenler en fazla iş garantisi olmasını ve ailelerinin isteğini tercih etme nedeni olarak belirtmişlerdir. Bu bulgular öğrencilerin meslek seçiminde kendi istekleri dışında çevrelerindeki bir takım faktörlerden etkilendiklerini ve geleceğe yönelik iş kaygısı taşımak istemediklerini göstermektedir.

Tıp fakültesini kendi istekleriyle tercih etmeyenlerin, tıp fakültesinde eğitim görmekten memnun olmayanların fakültedeki eğitim sırasında diğerlerine göre daha yüksek sıklıkta sınıf/staj kaybına uğradığını görmekteyiz. Tıp Fakültesi eğitim içeriği ve getirdiği sorumluluklar nedeniyle diğer fakültelere göre çok daha yoğun çalışma temposu gerektirmektedir. Ek olarak eğitim sırasında staj/sınıf kaybı olması depresyon riskini artırmaktadır. Fakülteyi kendi istekleriyle tercih etmeyenler ve staj/sınıf kaybı olanlarda depresyon sıklığının daha fazla olması bu durumu desteklemektedir.

Huzurlu ve mutlu bir aile yaşamına sahip öğrencilerde olası depresyon sıklığı daha az görülmektedir. Bu durum anne ve baba arasındaki ilişkinin çocukların ruhsal sağlığı açısından önemli olduğunu bilgisini doğrular niteliktedir.

Bu çalışmada sınıf ilerledikçe artan strese ve sorumluluğa bağlı olarak olası depresyon sıklığı artmaktadır. ABD'de tıp fakültesinin ilk dört yılı esnasında yapılan bir araştırmada öğrencilerin en az %12'sinde depresif belirtilerin olduğu ve ikinci yıl sonunda bu durumun en büyük sıklıkla %25'lere ulaştığı tespit edilmiştir (3). Bu sıklığın sınıflar ilerledikçe arttığını belirten başka çalışmalar da vardır. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2006-2007 öğrenim yılında okuyan 265 öğrencide yapılan çalışmada benzer sonuçlar bildirilmiştir (2).

Sonuç ve Öneriler: Yaşadıkları dönem, aldıkları eğitimin yoğunluğu ve getirdiği sorumluluk nedeniyle depresyon açısından risk altındaki tıp fakültesi öğrencilerinin konu hakkında farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Bu konuda tıp fakültesi yönetimi ve danışman öğretim üyeleri veya dönem koordinatörlerinin yapacağı çalışmalar ve izlemler önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tıp fakültesi, öğrenci, depresyon

Çıkar Çatışması: Yazarların konuyla ilgili olarak herhangi bir kurum, kuruluş ve/veya yazar ile maddi veya manevi bir çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Kaynaklar:

1. Canbaz S, Sünter A. T, Aker S, Pekşen Y, Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler, Genel Tıp Dergisi, 2007;17(1):15-19
2. , Ç.G. Gerçek, C. Güneş, A. Hüseyinoğlu, M.B. Güler, A. Yıldırım, Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresif Belirti Sıklığının Demografik Özellikler, Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Baskın El ve Şiddete Maruz Kalma ile İlişkili TÜBAV Bilim Dergisi Yıl: 2009:2(4);476-483.*A.S. Mayda
3. Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. JAMA; 260:2521-2528.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

E.Didem Evci-Kiraz, Filiz Ergin, Gülnur Saruhan, Cenk Benli, Erdal Beşer, Orhan Okur, Pınar Okyay

Adnan Menderes Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporlarına göre yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Özellikle 85 yaş ve üzeri nüfusun 2020 yılında 19 milyon ve 2050 yılında 40 milyon olması beklenmektedir. Buna paralel ilerleyen yaşlarda bağımlılık ve fonksiyon yitimi de artacaktır. Beklenen demografik değişim sonucu multidisipliner bakım ihtiyacı da artacaktır.

Yaşlı bakımına yönelik çok sayıda tıbbi bakım hizmetleri ve bakım veren merkezlerden bahsedilebilir. Ancak, DSÖ Avrupa Bölgesinde yaşayan çok sayıda yaşlı tüm bakım hizmetlerini yaşadıkları evde almak istemekte ve evlerinde ölmeyi tercih etmektedirler. Evde olmak, aile ile birlikte olmak gibi kavramlar doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, yaşlı bakım teknikeri dışında, aile içi yaşlı bakımı veren kişilerin artmasını gündeme taşımaktadır.

Özellikle Türkiye gibi ülkelerde, aile, arkadaşlar, eşler, komşular ailede yaşayan bir yaşlının bakımında büyük rol almaktadırlar. DSÖ devlet tarafından desteklenmeyen yaşlı bakımının ailelere büyük bir yük getireceğini belirtmektedir. Bu yük maddi yönden olabileceği gibi, bakım verenlerin yaşadığı depresyon, sağlık düzeyinde düşüklük, korku, endişe, yaşlıya zarar verebilecek davranışlar vb. şeklinde de ortaya çıkmaktadır.

DSÖ bakım verenlerin yükünün farkında olmaları ve buna yönelik eğitim programları, bakım prosedürleri, destek mekanizmaları oluşturulması için alan çalışmaları yapılmasını önermektedir.

Çalışmanın amacı bakım verenlerin yaşlı bakımından kaynaklanan yükünü değerlendirmek ve risk faktörlerini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışmadır. Çalışmada veri toplama aracı olarak yarı-yapılandırılmış soru kağıdı ve üç ölçek (Genel Sağlık Anketi-12, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği, *Epidemiyolojik Araştırma Merkezi-Depresyon Ölçeği*) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma sonuçlarına göre; yaşlı bakımı verenler sıklıkla kız (%33.4) ve erkek (%28.3) çocuklar ile gelinlerdir (%16.6). Her dört bakım verenden birisinin bakım yükü altında olduğu belirlenmiştir. Yaşlının yaşı ve aile büyüklüğü bakım yükü ile ilişkilidir. Gelinler ve torunlar, erkek ve kız çocuklara göre iki kat daha fazla bakım yükü altındadır ($p=0.014$). Bakım verenlerin yaklaşık dörtte birinin diğerlerine göre daha kötü sağlık durumu içinde olduğu ve *Epidemiyolojik Araştırma Merkezi-Depresyon Ölçeği puanlarının ortalamasının yüksek olduğu* saptanmıştır. Bakım verenlerin yaklaşık üçte biri yaşlılara bakım veren bireyler olarak devletten maddi ve manevi destek beklediklerini belirtmişlerdir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresi ortalama 74.5 (erkek:72.0, kadın 77.1)’dir. Aydın şehir merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaklaşık 20 000 yaşlı için kaliteli yaşam, sağlıklı yaşam ortamları sağlamak ve yeterli/ulaşılabilir bakım hizmeti sağlamak üzere en az 10 yıllık planlamalar yapılması gerekmektedir. Aydın çalışmasında şehir merkezinde 760 yaşlıdan 262’sinde bakım veren bir kişinin bulunduğu tespit edilmiştir (bakım veren bulunma oranı=%34.5). Eşler bu çalışmada bakım veren olarak ele alınmamıştır. Bunun nedeni eşlerin yaşının bakım alanının yaşına yakın olacağı ve aynı bakım ihtiyacına onların da gereksinim duyabileceğinin düşünülmesidir. Bu çalışma ile Aydın’da bakım veren oranı hakkında kaba bir sonuç elde edilebilecektir. Aydın’da 20 000 şehir merkezi yaşlı nüfusu için yaklaşık 6 900 yaşlının bakım verenlerle birlikte yaşadığı söylenebilir. Bakım hizmetinin düzeyi her yaşlı için farklı olacaktır. Bu nedenle bakım verenlerin özellikleri, birlikte yaşadığı yaşlıların sorunlarına yönelik almaları gereken eğitimler, bakım alanlara sağlanması gereken sosyal destekler, diğer gereksinimler ve bakım yükünü azaltma müdahaleleri vb. çok çeşitli olacaktır.

Aydın çalışması toplum temelli bir çalışmadır ve sonuçları ile yararlı bir kaynak olmayı amaçlamaktadır.

Hizmet modeli oluşturma ve yerel, uzun vadeli hizmet planları geliştirmede en önemli unsur hedef kitlenin gerçekçi olarak belirlenmesidir. Toplum tabanlı yapılan bu çalışma sonuçlarına göre; Aydın için yapılacak bir planlamada, hedef kitleye sağlıklı yaşlılara bakım verenlerin de dahil edilmesi; yaşı ileri olan yaşlılara bakım

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

verenlere öncelik verilmesi; geniş ailelerin dikkate alınması ve bu ailelerde kız ve erkek çocuklar yanı sıra gelin ve torunların (yükün en çok çıktığı grup olarak) unutulmaması gerekmektedir.

Çalışmamızda mahalle düzeyinde bakım ihtiyacı olan yaşlıların ve bu yaşlılara bakım verenlerin tespiti sırasında muhtarların çok yardımı olmuştur. Kentlerde en küçük birim olan mahalleleri en iyi onlar tanımaktadırlar. Öncelikle mahallelerden başlayan, kent genelini kapsayan bir veri tabanına ihtiyaç bulunmaktadır. Çalışmamızın tüm Aydın İlini kapsayacak şekilde geliştirilmesinde yarar görülmektedir. Daha sonra muhtarların yönetebileceği düzeyde, pratik, ulaşılabilir mekanizmalar kurulmalıdır. Bu mekanizmalara örnek olarak; bakım hizmeti ihtiyacının iletilmesi için iletişim ağı oluşturulması, bakım verenlere sosyal, tıbbi destek sağlanması, yaşlı bakım kursları gibi eğitim ve kriz yönetimi, komşuluk ilişkileri gibi kişisel gelişim çalışmaları verilebilir. Bakım verenlerin karşı karşıya olduğu risk faktörlerinin erken tespiti ile hem bakım verenlerin karşılaştığı-karşılaşacağı kişisel sorunlar en aza indirilecektir, hem de bakım alan yaşlıların memnuniyeti artacaktır.

Anahtar sözcük: Bakım verenler, bakım yükü, yaşlı, risk faktörleri

552

AYDIN MERKEZİNDE YAŞLI İSTİSMAR/İHMAL PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Filiz Ergin

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD/AYDIN

Giriş-Amaç: Yaşlı nüfusun artışı ile birlikte yaşlı istismar ve ihmali dünyada önemli kazanmaya başlamıştır. Toplum tabanlı yapılmış çalışmalarda yaşlı ihmal ve istismarının %3,2 ile %35 arasında değiştiği dikkati çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, çalışmalardan elde edilen sonuçların buzdağının görünen yüzü olduğunu, tespit edilmemiş veya bildirilmemiş yaşlı ihmal ve istismar oranının %80'leri bulabileceğini bildirmektedir. Ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmakta, yaşlı istismar ve ihmali konusu önem kazanmaktadır. Bu konuda yapılmış toplum tabanlı çalışmalar az olup, çalışmaların daha çok huzurevlerinde yapıldığı dikkati çekmektedir. Bu sorunun uzun yıllar kapalı kapılar ardında ev içi bir problem olarak görülmesi ve bu nedenle gerçek rakamlara ulaşılabilmesi nedeniyle bu çalışma toplum tabanlı bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu çalışmanın amacı; Aydın Merkezinde yaşlı istismar ve ihmal prevalansını, istismar tiplerini ve buna neden olan faktörleri belirlemektir. Ayrıca yaşlıların beklentileri ve istekleri de sorgulanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışma kesitsel tipte olup, Eylül-Ekim 2011 tarihleri arasında Aydın merkezinde gerçekleştirilmiştir. Aydın merkezinde 65 yaş ve üzeri nüfus 19 399 dolayındadır. Örneklem seçiminde çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İl merkezindeki 20 muhtarlık bölgesi küme birimi olarak alınmış, muhtarlık bölgeleri buldukları yere göre doğu-batı-kuzey-güney şeklinde dört ana bölgeye ayrılmıştır. Bu ana bölgelerin her birinden basit ratgele örnekleme metodu ile ikişer muhtarlık bölgesi seçilmiştir (böylece sekiz muhtarlık bölgesi elde edilmiştir). Seçilen muhtarlıklardan 65 yaş ve üzeri bireylerin hanelerinin listesi alınmış, sistematik örnekleme metodu yardımıyla yaşlıların yaşadığı haneler seçilmiştir. Aydın iline komşu bir il olan İzmir ilinde 2011 yılında yapılmış bir çalışmada yaşlı istismar prevalansı %13,3 bulunduğundan, % 95 GA'nda $p=10$, $d=0,03$ ve desen etkisi iki olarak alındığında ulaşılması hedeflenen örnek büyüklüğü 768 olarak hesaplanmıştır. %10 yedek grup seçimi yapılmış olmasına karşın, 756 kişiye ulaşılabilmektedir. Her haneden bir yaşlı ile görüşülmüş, iletişim, konuşma, ciddi düzeyde işitme problemi veya psikiyatrik bir sorunu olmayan yaşlılar çalışmaya dahil edilmiştir. Yarı yapılandırılmış bir anket formu eğitilmiş anketörler aracılığı ile yaşlıların evlerinde yüz yüze görüşme yöntemi ile ve yaşlı ile görüşmecinin yalnız kalabileceği bir odada gerçekleştirilmiştir. Çalışma öncesinde anket soruları örneğe girmeyen 10 yaşlı üzerinde denenmiştir. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikler, istismar ve ihmal değerlendirme formu ve yaşlıların beklentilerinin sorgulandığı bölüm.

Tanımlamalar: Yaşlı istismarı: Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Toronto Deklerasyonu'na göre yaşlı istismarı "Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır". "Yaşlı bireyin sağlık ve iyilik

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış” veya “belli bir zaman dilimi içerisinde bir yetişkin tarafından yaşlının o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması” şeklinde de tanımlanabilmektedir.

Istismar tipleri beş ana başlık altında (fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik istismar ve ihmal) son 12 ay için sorgulanmıştır. Her başlık için örnek vererek yaşlının açıklaması istenmiş, kim tarafından ve kaç kez maruz kalındığı sorgulanmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde; ortalama, standart sapma, yüzde değerleri verilmiş, analitik değerlendirmede ki-kare, student's t testi ve mann-Whitney-U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %14,2'si son 12 ay içinde herhangi tipte bir istismar veya ihmale maruz kaldıklarını belirtmiş, tipleri sorgulandığında %8.1'i psikolojik, %7.6'sı ihmal, %3.5'i ekonomik, %2.9'u fiziksel, %0.4'ü de cinsel istismara maruz kaldığını belirtmiştir. Elli dokuz yaşlı birden fazla istismar tipi ile karşı karşıya kaldığını belirtmiştir. Bu davranışları gösterenlerin çoğunlukla yaşlının çocukları (%68,1), eşleri (%12,9) ve kardeşleri (%9,5) olduğu görülmüştür. Kadınlarda (psikolojik %10.1, ihmal %9,6), erkeklere göre (psikolojik %6,2, ihmal 5,7) psikolojik istismarın ve ihmalin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Psikolojik istismarın ayrıca geniş ailede yaşayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, fiziksel engeli bulunanlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. 75 yaş ve üzeri yaşlılarda (%6,0), 75 yaş altı gruba göre (%2,5) ekonomik istismarın daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Yalnız yaşayan yaşlıların (%12,8) evlilere (%5,2) göre daha fazla ihmal durumu yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca kronik hastalığı olan, fiziksel engeli bulunan, günlük aktivitelerinde bağımlılığı olan, aile içi kötü ilişkileri olan ve yanında kalabileceği başka bir yakını bulunmayan kişilerin daha fazla ihmal durumu ile karşı karşıya kaldığı tespit edilmiştir. Beklentilerin sorgulandığı son bölüm 136 yaşlı tarafından cevaplanmıştır. Cevap verenlerin %39.7'si hükümetlerin yaşlıların daha fazla ilgilenmesini beklediklerini, %22,8'i gençlerin yaşlılarla ilgili duyarlılıklarının artırılması gerektiğini, %8,8'i yaşlıların kendi ailelerinin yanında bakılmalarının gerektiğini, sadece %2,9'u gerekli durumlarda yaşlının huzurevlerinde bakılabileceğini belirtmiştir.

Tartışma-Sonuç: Yaşlı istismar ve ihmalinin dünyanın pek çok bölgesinde önemli bir halk sağlığı sorunu ve sosyal bir problem olduğu söylenebilir. Yaşlı istismarı ile ilgili yapılmış çalışmalarda farklı prevalans hızlarının saptanması, metodolojik faktörlere (hedef gruplardaki farklılıklar, istismar değerlendirme araçlarındaki farklılıklar) veya bölgesel ve kültürel farklılıklara (toplum tarafından konunun algılanışı, bilgi eksikliği, aile yapısı vb.) bağlanabilir. Bu çalışma sonuçları (herhangi bir istismar tipine maruziyet %14,2) Aydın'a komşu bir il olan İzmir ilinde yapılmış çalışma sonuçları (%13,3) ile benzerlik göstermektedir. Toplum tabanlı çalışma sonuçlarının verildiği bir sistematik derlemede yaşlı istismarı prevalansının %3,2 ile %27,5 arasında değiştiği belirtilmiştir. Aydın çalışmasında psikolojik istismar (%8,1) en fazla maruz kalınan istismar tipi olarak belirtilmiştir. Literatür bulgularına bakıldığında da en fazla maruz kalınan istismar tipinin psikolojik istismar ve ihmal olduğu görülmektedir. Aydın çalışmasında kadın cinsiyetin, geniş ailede yaşıyor olmanın, sosyal güvencenin olmamasının, fiziksel engelin bulunma durumunun psikolojik istismar görülme durumunu etkilediği tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılmış çalışmalarda da kadınların erkeklere göre daha fazla istismar durumu ile karşı karşıya kaldığını göstermektedir. Erkek hakimiyetinin olduğu toplumlarda kadınların gerek eğitim seviyelerinin daha düşük olması, sosyal güvencesi olan kadınların daha düşük oranda olması gerekse ekonomik açıdan erkeğe daha çok bağımlı olması gibi nedenlerle kadınların erkeklere göre daha fazla istismar veya ihmal durumu ile karşı karşıya kalmış olabileceği söylenebilir. Literatür bulgularına bakıldığında fiziksel engeli olma ve eşin ailesi ile yaşama durumunun istismara maruz kalma durumunu etkilediği saptanmıştır. Fiziksel engeli olma durumunda yaşlı, istismar davranışından kaçınma veya buna karşılık verebilme davranışında bulunamayabilir. Ayrıca engeli olan bir yaşlıya bakan bakım vericilerin bakım yükleri daha fazla olacağından bu kişilerin yaşlıya daha fazla istismar ve ihmal davranışında bulunabileceği düşünülebilir. Bu çalışmada, psikolojik istismarda olduğu gibi kadın cinsiyetin, kronik hastalığı veya fiziksel engeli bulunma durumunun, yanında kalabileceği başka bir yakını bulunmaması durumunun, aile içi ilişkilerinin kötü olması ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma durumunun ihmale maruz kalmayı etkilediği tespit edilmiştir. Yaşlıların %39.7'si hükümetlerin yaşlıların daha fazla ilgilenmesini beklediklerini, %22,8'i gençlerin yaşlılarla ilgili duyarlılıklarının artırılması gerektiğini, %8,8'i yaşlıların kendi ailelerinin yanında bakılmalarının gerektiğini, sadece %2,9'u gerekli durumlarda yaşlının huzurevlerinde bakılabileceğini belirtmiştir. Bu sonuçlar yaşlıların hükümetten sosyal destek ve güvenlik anlamında destek beklediklerini göstermektedir. Bu çalışma Aydın ilinde bu konuda yapılmış ilk çalışma olup, yaşlı bakım hizmetleri ile ilgili planlamalara yön vermesi bakımından önemlidir.

Öneriler: İstismar ve ihmal durumunun yaşlı sağlığı üzerine ciddi etkileri olması nedeniyle bu durumu tespit etmek, halkı bu konuda bilinçlendirmek suretiyle halkın farkındalığını arttırmak ve bu durumlarla karşı karşıya kalınmasını önleyebilmek için yasal düzenlemelerin yapılmasını sağlamak önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: yaşlı istismarı, aile içi şiddet, yaşlı

Kaynaklar:

Kissal, A., Beşer, A. (2011). Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in Izmir, Turkey. *Social Work in Health Care*, 50:2, 158-175.

Cooper,C., Selwood, A., Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect. *Age and Ageing*, 37(2),151-160.

Pillemer, K., Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse—A random sample survey. *Gerontologist*, 28, 51-57.

O’ Connor K, Rowe J. Elder abuse. *Reviews in Clinical Gerontology* 2005; 15: 47-54.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Eds) World report on violence and health. World Health Organization 2002, Geneva.

278

ÜNİVERSİTE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE BAŞ AĞRISI SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Elçin Balcı, Osman Günay, Mehmet Sağıroğlu

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç. Baş ağrısı, toplumda en sık görülen yakınmalardan biridir.. Baş ağrısı primer ya da sekonder olabilir. Sekonder baş ağrıları çeşitli önemli hastalıkların belirtisi olabilir (1). Öte yandan, baş ağrısı yaşam kalitesini, okul ve iş başarısını olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi’nin çeşitli fakültelerinde okuyan son sınıf öğrencilerinde baş ağrısı sıklığını ve bununla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem. Çalışma, 2011 – 2012 eğitim–öğretim yılında Erciyes Üniversitesi’ne bağlı Tıp, Edebiyat ve Fen fakültelerinin son sınıflarında okuyan öğrenciler üzerinde yapıldı.

Çalışma için, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan etik onay ve ilgili fakültelerin dekanlıklarından idari izin alındı. Bu fakültelerden birbirine yakın sayıda öğrencinin araştırma kapsamına alınması amaçlandı. Tıp Fakültesi’nin son sınıfında okuyan öğrencilerin tamamının araştırma kapsamına alınması düşünüldü. Edebiyat ve Fen fakültelerinde bölüm sayısı ve öğrenci sayısı çok daha fazla olduğu için, bu fakültelerden rastgele seçilen üçer bölümün son sınıflarında okuyan öğrencilerin tamamının araştırma kapsamına alınması planlandı. Böylece toplam 405 öğrencinin araştırma kapsamına alınması hedeflendi.

Araştırma kapsamına alınması düşünülen öğrenciler sınıflarında ziyaret edilerek, araştırma hakkında bilgilendirildi ve sözel onamları alındı. Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri hastanenin çeşitli birimlerinde “intern doktor” olarak çalıştıkları için, bu öğrenciler çalıştıkları birimlerde ziyaret edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 33 sorudan oluşan anket formu verildi. Anketler araştırmacıların gözetiminde öğrenciler tarafından dolduruldu.

Ziyaret sırasında görüşülebilen öğrencilerden çalışmaya katılmayı kabul etmeyen olmadı. Ancak anket formlarına isim yazılmadığı için, bulunamayan öğrenciler yeniden ziyaret edilemedi. Böylece toplam 276 öğrenci ile ilgili veriler değerlendirilmeye alındı.

Baş ağrısı ile ilgili veriler değerlendirilirken; sıklıkla baş ağrısı olanlarla, her zaman baş ağrısı birlikte değerlendirilerek, “ciddi baş ağrısı olanlar” olarak, hiç baş ağrısı olmayanlar ve arasıra olanlar ise “ciddi baş

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ağrısı olmayanlar” olarak kabul edildi. Baş ağrısı vakaları, öğrencilerin ifade ettiği sıklığa göre değerlendirildi. Baş ağrısı tipleri arasında ayırım yapılmadı.

Elde edilen veriler SPSS 13 programı yardımıyla değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizinde ki kare testi ve logistik regresyon analizi kullanıldı. $P<0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular. Değerlendirmeye alınan 276 öğrencinin 46’sı Tıp Fakültesi, 127’si Edebiyat Fakültesi ve 103’ü Fen Fakültesi öğrencisiydi. Tüm öğrencilerin 116’sı erkek, 160’ı kadındı.

Öğrencilerin % 65.2’si arasıra, % 21.4’ü sıklıkla, % 1.8’i ise her zaman baş ağrısı olduğunu ifade etti. Toplam baş ağrısı prevalansı %88.4 bulundu. Baş ağrısı her zaman olanlarla sıklıkla olanlar birleştirilerek, öğrencilerin %23.2’sinin “ciddi baş ağrısı” sorunu olduğu kabul edildi. Ciddi baş ağrısı olanların oranı Tıp Fakültesi’nde %21.7, Edebiyat Fakültesi’nde %26.8, Fen Fakültesi’nde %19.4 olup, fakülteler arasında önemli bir fark bulunamadı ($P>0.05$). Ciddi baş ağrısı sorunu olan öğrencilerin %57.8’i alın bölgesinde, %57.8’i şakaklarda, %43.8’i göz dibinde, %32.8’i ensede, %23.4’ü tepede ağrı olduğunu belirtti.

Ciddi baş ağrısı olan öğrencilerin %82.8’i uykusuzluğun, %78.1’i stresin, %68.8’i zihinsel yorgunluğun, %50’si bedensel yorgunluğun %46.9’u açlığın, %46.9’u kuvvetli ışığın, %18.8’i sigaranın, %7.8’i alkolün, %14.1’i çayın, %9.4’ü kahvenin, %40.6’sı aşırı soğuk havanın, %20.3’ü aşırı sıcak havanın, %6.3’ü nemli havanın ve baş ağrısını tetiklediğini ifade etti. Bu öğrencilerin 48.4’ü baş ağrısı başlamadan önce bunu hissettiğini, %45.3’ü baş ağrısıyla birlikte göz kararması, 35.9’u bulantı, % 26.6’sı baş dönmesi, %17.’si burun kanaması, %15.6’sı gözde şimşek çakması, %9.4’ü kusma, %4.7’si bayılma olduğunu belirtti.

Ciddi baş ağrısı olan öğrencilerin 45.3’ü hekime başvurmuştu. Hekime başvurma açısından fakülteler arasında önemli bir fark bulunamadı. Hekime başvuranların oranı erkeklerde %21.1 iken, kadınlarda %55.6 olup, aradaki fark önemli bulundu ($P<0.001$). Hekime başvuranlar içerisinde, hekim tarafından en sık konulan tanılar sinüzit (%44.8) ve migren (%24.1) olarak belirlendi. Baş ağrısı nedeniyle hekime başvuran öğrencilerin %68.9’una ilaç yazıldığı, %50’sinin hekimin önerilerine tam olarak uyduğu ve %84.8’inin hekimin önerilerinden yarar gördüğü belirlendi.

Ciddi baş ağrısı sıklığını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, logistik regresyon analizi uygulandı. Logistik analizde, bağımsız değişkenler olarak; “yaş, cinsiyet, okuduğu fakülte, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, gözlük kullanma durumu, ders çalışma süresi, cep telefonu kullanma süresi ve televizyon izleme süresi” alındı. Bu bağımsız değişkenler içerisinde, sadece cinsiyetin baş ağrısı sıklığını önemli ölçüde etkilediği ve kadınlarda ciddi baş ağrısı sıklığının erkeklere göre yaklaşık 2.27 (1.18 – 4.36) kat fazla olduğu belirlendi.

Ciddi baş ağrısı olmayan öğrencilerin %47.6’sı okuldaki başarı durumunu “iyi ve çok iyi” olarak değerlendirirken, ciddi baş ağrısı olanlarda bu oran %42.2 olarak bulundu. Ancak aradaki fark önemli bulunamadı ($P>0.05$).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırma grubundaki öğrencilerin %23.2’sinde ciddi olmak üzere, toplam %88.4’ünde baş ağrısı yakınması vardır. Fakülteler arasında baş ağrısı prevalansı açısından önemli bir fark bulunmamıştır. Buna karşılık, kadınlarda baş ağrısı prevalansı erkeklerden önemli ölçüde yüksektir. Cinsiyetin baş ağrısı prevalansına etkisi öğrencilerin sigara ve alkol kullanma durumu, ders çalışma, cep telefonu kullanma ve televizyon izleme süresi gibi değişkenlerden bağımsızdır. Kadınlarda baş ağrısı nedeniyle hekime başvurma oranı da erkeklerden önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Buğdaycı ve arkadaşlarının Mersin’de 8 – 16 yaş grubu öğrenciler üzerinde yaptıkları bir araştırmada, kız öğrencilerde baş ağrısı prevalansı erkek öğrencilerden önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (2). Yetişkin kadınlarda da baş ağrısı görülme sıklığının erkeklerden yüksek olduğu bilinmektedir (3). Danimarka’da 12 yıl arayla yapılan iki araştırmada da, kadınlarda primer baş ağrılarının sıklığı erkeklerden yüksek bulunmuştur (3,4)

Baş ağrısı olan öğrencilerin yarıdan fazlası hekime başvurmamıştır. Hekime başvuru açısından Tıp Fakültesi ile diğer fakülteler arasında önemli bir fark yoktur. Bunun nedeni, Tıp Fakültesi son sınıfta okuyan öğrencilerin kendilerini hekim olarak hissetmeleri ve kendilerini tedavi edebileceklerini düşünmeleri olabilir. İran’da yapılan bir araştırmada, migreni olan üniversite öğrencilerinin sadece %49’unun bu nedenle hekime başvurduğu ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

%91'inin hekim tavsiyesi olmadan ilaç kullandığı belirlenmiştir. Bu araştırmada, cinsiyetin hekime başvurma oranlarına önemli bir etkisi bulunmamıştır (5).

Baş ağrısı nedeniyle hekime başvuran öğrencilerin sadece %50'sinin hekimin önerilerini tam olarak uygulamaları, üniversite eğitimi almış bireylerin bile hekim önerilerine uymasında sorunlar olduğunu göstermektedir. Eğitimli bireylerin, ilaç prospektüsündeki bilgileri okuyarak ya da internet gibi başka kaynaklardan yararlanarak, kendi tedavilerini yapabileceklerini düşünmeleri de, hekim önerilerine tam olarak uymamanın nedenleri olabilir.

Sonuç olarak, toplumun her kesiminde olduğu gibi, üniversite öğrencilerinde de baş ağrısı önemli bir sağlık sorunudur. Bu sorun kadınlarda daha yaygındır. Baş ağrısının önemli hastalıkların belirtisi olabileceği ya da tek başına yaşam kalitesini ve okul/iş başarısını olumsuz yönde etkileyebileceği göz önünde bulundurularak, tüm baş ağrısı vakaları hekim tarafından dikkatle değerlendirilmelidir. Her durumda tedavi hekim tarafından düzenlenmeli, üniversite eğitimi almış bireyler, hekim önerilerin uyma konusunda topluma örnek olmalıdır.

Anahtar Kelimeler. Baş ağrısı, prevalans, üniversite, öğrenci

Kaynaklar:

1. Olesen J, Steiner TJ. The international classification of headache disorders, 2nd edn (ICDH-II). J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004 75: 808–811.
2. Bugdaycı R, Özge A, Şaşmaz T, et al. Prevalence and factors affecting headache in Turkish schoolchildren. Pediatrics International 2005; 47: 316–322.
3. Russell MB, Rasmussen BK, Thorvaldsen P, Olesen J. Prevalence and sex-ratio of the subtypes of migraine. Int J Epidemiol 1995; 24(3): 612–618.
4. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. Eur J Epidemiol. 2005;20(3):243–249.
5. Sedighi B, Ghaderi-Sohi S, Emami S. Evaluation of self-medication prevalence, diagnosis and prescription in migraine in Kerman, Iran. Saudi Med J 2006; Vol. 27 (3): 377–380

878

BALÇOVA'DA 30 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE DİYABET PREVALANSI VE FARKINDALIK DURUMU

Kevser Tarı Selçuk¹, Melih Kaan Sözmen², Belgin Ünal³

¹Bigadiç Devlet Hastanesi, Balıkesir

²Narlidere Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: Diyabet tüm yaş gruplarında görülebilen, komplikasyonlarla seyreden, iyi tedavi edilmediğinde kalp, damar, göz, böbrek ve sinir dokusu başta olmak üzere hemen hemen tüm yaşamsal organlarda kalıcı bozukluklara neden olabilen, yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltan, tedavi maliyetinin çok yüksek olduğu önemli bir halk sağlığı sorunudur. Uluslararası Diyabet Federasyonu(IDF) tarafından yapılan tahminlere göre 2010 yılı itibarı ile tüm dünyada diyabet prevalansının %6.6 olduğu ve 2030 yılında bu değer %7.8 olacağı bildirilmektedir. Ülkemizde, 1997-1998 yıllarında 20 yaş üzeri kişilerde gerçekleştirilen TURDEP-I çalışmasında diyabet prevalansının %7.2 olduğu, 2010 yılında tekrarlanan TURDEP-II çalışmasında ise prevalansın %13.7'ye ulaştığı bildirilmektedir. Daha önceden bir hekim tarafından diyabet tanısı almış olma durumunun toplam diyabetlilere oranı olarak tanımlanan farkındalık oranının, TURDEP II çalışmasında %54.5 olarak saptandığı belirtilmektedir. Diyabette farkındalık, erken dönemde kan glukoz düzeyinin kontrol altına alınması yoluyla gelişecek komplikasyonların önlenmesi, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve yaşam süresinin uzatılması

açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada Balçova'da 30 yaş ve üzeri popülasyonda diyabet prevalansının ve diyabetli bireylerde farkındalık durumunun saptanması, diyabet prevalansı ve farkındalık durumunun bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tipte olup, İzmir ili Balçova ilçesinde yürütülen Balçova'nın Kalbi Projesinin(BAK) 2007-2008 yılları arasında toplanan durum saptama aşaması verileri değerlendirilerek yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Balçova ilçe sınırlarında yaşayan 30 yaş ve üzeri 36,187 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada örnek seçimi yapılmayıp tüm evrene ulaşılması hedeflenmiş, veri toplama aşamasında araştırmaya katılan ve kan örneği alınan 12,915 kişinin verisi(katılım oranı %35.6) değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni diyabet varlığı ve diyabet farkındalık durumudur. Araştırma kapsamında Amerikan Diyabet Birliği(ADA) 2009 yılı tanı kriterlerine göre açlık kan şekeri(AKŞ) 126mg/dl ve üzerinde olması veya bireyin ifadesine göre antidiyabetik ilaç kullanımı veya daha önceden bir hekim tarafından diyabet tanısı almış olma durumu diyabet varlığı olarak tanımlanmıştır. Daha önceden bir hekim tarafından diyabet tanısı almış olma durumunun toplam diyabetlilere oranı ise diyabet farkındalık oranı olarak tanımlanmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence durumu, algılanan ekonomik durum, sigara kullanımı, eşlik eden kronik hastalık varlığı(koroner arter hastalığı, kanser, hipertansiyon ve stroke), Beden Kütle İndeksi(BKI) ve kan basıncı bu araştırmanın bağımsız değişkenleridir. Araştırma kapsamında BKI'nin değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırması esas alınmış, bu sınıflandırmaya göre 30.00kg/m² üzerinde BKI'ne sahip olma obezite olarak tanımlanmıştır. Kan basıncının değerlendirilmesinde Yüksek Kan Basıncının Önlenmesi, Saptanması, Değerlendirilmesi ve Tedavisi İçin Yedinci Ortak Ulusal Komite(JNC 7) Raporunda belirtilen sınıflandırma kullanılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre 120-139mm/Hg sistolik, 80-89mm/Hg arası diastolik kan basıncına sahip olma prehipertansiyon, 140mm/Hg sistolik ve 90mm/Hg ve üzeri diastolik kan basıncına sahip olma hipertansiyon olarak tanımlanmıştır.

Veriler eğitimli anketörler aracılığıyla bireylerin adreslerinde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış, bireyler ölçümler ve kan alımı için aç karnına gelmek üzere Balçova Belediyesine ait en yakın semt evine davet edilmiştir. Semt evlerinde ölçümler yapılmış, kanlar alınmış ve alınan kanlar Dokuz Eylül Üniversitesi Merkez Laboratuvarında incelenmiştir. Araştırmanın bütçesi Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projesi(BAP) ve Balçova Belediyesi tarafından desteklenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılmış, veri çözümlemede tanımlayıcı istatistikler, ki kare testi ve lojistik regresyon analizinden yararlanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak p<0.05 alınmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun %30.5'i 30-44, %39.7'si 45-69 ve %29.8'si 70 ve üzeri yaş grubundadır. Grubun %66.6'sı kadındır ve %81.0'i evlidir. Araştırma grubunda ilkökul ve daha az eğitim düzeyine sahip olanların oranı %55.4, ekonomik durumunu orta olarak algılayanların oranı %80.7'dir. Grubun %92.5'inin sosyal güvencesi vardır ve %46.7'si sigarayı bırakmıştır. Eşlik eden kronik hastalığı olanların oranı %33.9'dur. Katılımcıların %39.5'i obez ve %40.4'ü prehipertansiftir.

Araştırma grubunda diyabet prevalansı %13.0'tür. Ki kare testinde diyabet prevalansı 70 yaş ve üzeri grupta, erkeklerde, ilkökul ve daha az eğitim düzeyine sahip olanlarda, dul olanlarda, ekonomik durumunu kötü olarak algılayanlarda, sosyal güvencesi olanlarda, sigarayı bırakanlarda, eşlik eden kronik hastalığı olanlarda, obez ve hipertansif bireylerde anlamlı olarak yüksektir(p<0.05). Tek değişkenli analizlerde diyabet prevalansı ile ilişkili etmenlerin alındığı, geriye doğru eleme yöntemi ile yapılan lojistik regresyon analizi sonucuna göre, diyabet prevalansı erkeklerde 1.32 kat(%95GA:1.16-1.50), ilkökul ve daha az eğitim düzeyine sahip olanlarda 1.31 kat(%95 GA:1.16-1.50), ekonomik durumunu orta düzey olarak algılayanlarda 1.37 kat(%95GA:1.06-1.78), sigarayı bırakanlarda 1.20 kat(%95GA:1.02-1.42), eşlik eden kronik hastalığı olanlarda 2.84 kat(%95GA:2.50-3.24), obez olanlarda 1.78 kat(%95GA:1.48-2.15) ve kan basıncı yüksek olanlarda 1.65 kat(%95 GA:1.38-1.97) yüksektir. Her bir yaş için diyabetik olma olasılığı %3 artmaktadır.

Araştırmadaki diyabetli bireylerin %87.7'si diyabetin farkındadır. Ki kare testinde diyabet farkındalığı 70 yaş ve üzeri grupta, kadınlarda, ilkökul ve daha az eğitim düzeyine sahip olanlarda, ekonomik durumunu kötü olarak algılayanlarda, sosyal güvencesi olanlarda, sigara içmeyenlerde, eşlik eden kronik hastalığı olanlarda anlamlı olarak yüksektir(her biri için p<0.05). Tek değişkenli analizlerde diyabet farkındalığı ile ilişkili etmenlerin alındığı, geriye doğru eleme yöntemi ile yapılan lojistik regresyon analizi sonucuna göre farkındalık, kadınlarda 1.78 kat(%95GA:1.31-2.43), sosyal güvencesi olanlarda 1.94 kat(%95 GA:1.08-3.50), eşlik eden kronik hastalığı olanlarda 2.62 kat(%95 GA:1.91-3.55) ve ekonomik durumunu orta düzey olarak algılayanlarda 3.55 kat(1.48-8.53), yüksektir. Ekonomik durumunu kötü olarak algılayanlarda farkındalık düzeyi anlamlılığını yitirmiştir(1.11, %95 GA:0.66-1.88).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Araştırmada diyabet prevalansı %13.0, diyabet farkındalık durumu %87.7 olarak saptanmıştır. Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri(TEKHARF) çalışmasında 2007-2008 yıllarında 35 yaş üzeri nüfusta diyabet prevalansının %11.3 olarak tahmin edildiği, 1997-1998 yıllarında TURDEP-

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

I çalışmasında diyabet prevalansının %7.2 olduğu, 2010 yılında tekrarlanan TURDEP II çalışmasında diyabet prevalansının %13.7, obezite prevalansının %35.9 ve hipertansiyon prevalansının %31.3 olduğu bildirilmektedir. Balçova'da yaşayan kişilerdeki diyabet sıklığının yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzer olduğu söylenebilir. Ülkemizde yürütülen TEKHARF ve TURDEP II çalışmalarına göre diyabet prevalansı açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Literatürde birçok çalışmada diyabet prevalansının yaşla birlikte arttığı bildirilmektedir. BAK çalışmasında da diyabet prevalansının erkeklerde anlamlı olarak yüksek olması, kadınların %27.6'sının erkeklerin ise %34.0'ünün 70 ve üzeri yaş grubunda olmasından kaynaklanabilir. BAK çalışmasında ilkokul ve daha az eğitim düzeyine sahip olanlarda diyabet prevalansı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aksu ve arkadaşları tarafından Bursa'nın Nilüfer İlçesinde 2006 yılında yürütülen bir çalışmada da düşük eğitilmiş bireylerde diyabet prevalansının anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada ekonomik durumunu orta olarak algılayanlarda diyabet prevalansının yüksek olarak algılayanlara göre anlamlı olarak yüksek olması, araştırma grubunun büyük çoğunluğunun ekonomik durumunu orta olarak algılamasından kaynaklanabilir.

BAK çalışmasında obez ve hipertansif bireylerde diyabet prevalansı anlamlı olarak yüksektir. Bu bulgu literatürdeki birçok çalışma ile uyumludur. Ayrıca bu çalışmada sigarayı bırakanlarda ve eşlik eden kronik hastalığı olanlarda diyabet prevalansının anlamlı olarak yüksek olması, sigarayı bırakma oranının yaşla birlikte artması ve bireylerin diyabet tanısı aldıkları için sigarayı bırakmış olmaları ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada farkındalık durumu %87.7 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde diyabet farkındalığının belirlenmesine yönelik yürütülen çalışmalar oldukça sınırlıdır. TURDEP II çalışmasında farkındalık durumu, bilinen diyabetlilerin, toplam diyabetlilere oranı olarak tanımlanmış ve %54.5 olarak saptanmıştır. Bu çalışma ile TURDEP II çalışması arasında farkındalık açısından farklı sonuçlar elde edilmesinin nedeni olarak, kentsel bir bölge olan Balçova'da sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylığı düşünülebilir. Balçova ilçesi içinde bir üniversite hastanesi ve coğrafi olarak ulaşımı kolay birinci basamak sağlık kurumları vardır. Kadınlarda ve ekonomik durumunu orta olarak algılayanlarda farkındalık durumunun anlamlı olarak yüksek bulunması, grubun %66.6'sının kadın olmasından, %80.7'sinin ekonomik durumunu orta olarak algılamasından ve kadınların sağlık hizmetlerini erkeklere oranla daha çok kullanmalarından kaynaklanabilir. Sosyal güvencesi olanlarda farkındalığın anlamlı olarak yüksek bulunması, sosyal güvencesi olanların sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyor olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca eşlik eden kronik hastalığı olanlarda farkındalığın anlamlı olarak yüksek olması, bu bireylerin sağlığının bozulması nedeniyle sağlık hizmeti almak için daha çok başvuru yapmalarından kaynaklanabilir.

Görece büyük bir araştırma grubu üzerinde çalışmanın yürütülmesi ve ölçüm sonuçlarının değerlendirilmesinde standart kriterlerin kullanılması bu çalışmanın güçlü yanlarıdır. Katılım oranının düşüklüğü, diyabet tanısını doğrulamak için bir başka günde ikinci bir ölçümün yapılmamış olması ve bozulmuş açlık glukozu saptanan kişilere glukoz tolerans testinin yapılmamış olması bu çalışmanın önemli kısıtlılıklarındandır. Sözü edilen değerlendirmelerin yapılmış olması diyabet prevalansını az da olsa artırabilirdi ancak farkındalık oranını azaltabilirdi.

Araştırmada diyabet prevalansı %13.0 olarak belirlenmiştir ve her on diyabetliden yaklaşık dokuz diyabetin farkındadır. Obez ve hipertansif bireylerde diyabetin anlamlı olarak yüksek oranlarda bulunması obezite ve hipertansiyonun önlenemez risk faktörleri olma açısından önemini koruduğunu göstermektedir. Diyabetin önlenmesi ve ortaya çıkışının geciktirilmesi için birinci basamak sağlık kuruluşlarında diyabet riskli bireylerin saptanmasına yönelik çaba harcanmalıdır. Diyabet riskli bireylere ve tüm topluma yönelik olarak diyabetin önlenmesi için verilecek koruyucu hizmetleri benimsetecek politikaların uygulamaya geçirilmesi sağlanmalı, tüm topluma ve yüksek risklilere yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre girişimler planlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Diyabet prevalansı, Farkındalık, Sosyodemografik özellikler

Kaynaklar:

1. Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Diyabetin Toplumsal Önemi ve Bu Konuda Yapılan Çalışmalar <http://www.bsm.gov.tr/diyabet/docs/03.pdf> Erişim tarihi:09.05.2012

2. International Diabetes Federation. (IDF) Diabetes Atlas 4th. ed <http://www.diabetesatlas.org/content/diabetes-and-impaired-glucose-tolerance> Erişim tarihi:03.04.2012

3. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman s, Salman F, Uygur S et al. Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey. Diabetes Care 2002;25(no 9): S 1551- S1556

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

4. TURDEP II İlk

Sonuçlar http://www.istanbul.edu.tr/itf/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf
Erişim tarihi:11.04.2012

5. Balcova heart study: rationale and methodology of the Turkish cohort, Ergör G et all. Int J Public Health, DOI 10.1007/s00038-011-0309-x

6. Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes—2011
http://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/S4.full.pdf+html

7. BMI Classification
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Erişim tarihi:18.05.2012

8. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf> Erişim tarihi:12.05.2012

9.Third Report Of National Cholesterol Education Program(NCEP) Expert Panel On Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Cholesterol In Adult Final Report, 2002<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3full.pdf> Erişim tarihi:20.05.2012

10.Türk Erişkinlerinde Diyabet ve Prediyabet: Patogeneze Önemli Katkı <http://tekharf.org/images/2009/bolum12.pdf>Erişim tarihi:15.04.2012

11. Prevalence And Associated Risk Factors Of Type 2 Diabetes Mellitus In Nilufer District, Bursa, Turkey
http://ijod.uaeu.ac.ae/iss_1402/e.pdf Erişim tarihi:01.09.2012

941

BAZI KRONİK HASTALIKLARA SAHİP KİŞİLERİN TANSİYON, KOLESTEROL VE KAN ŞEKERİ ÖLÇTÜRME DURUMLARI

Gökalp Yentür, Erman Pulgat, Berrak Bora Başara, Cemil Güler, Uğur Dilmen

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Kanser insan sağlığı için hem hastalık yükü bakımından hem de mortalite bakımından gittikçe büyüyen bir sorun olmasına rağmen kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet halen tüm dünyada en büyük ölüm nedeni olarak görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesinde 2008 yılı için 53 ülkenin yaşa standardize edilmiş ölüm nedenlerine bakıldığında Türkiye'deki ölümlerin % 47,8'i kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet'ten kaynaklandığı ve bu oranın gelişmiş Avrupa ülkelerinden çok yüksek olduğu, ancak birkaç Doğu Bloku ülkelerinden ve Türki Cumhuriyetlerden az olduğu görülmektedir¹. Bu çalışmanın amacı; hastalıkların erken tanısını ve tedavisinin kolaylaşmasını sağlayabilecek en kolay yöntem olan tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçümü farkındalığını tespit etmektir. Bu doğrultuda, enfarktüs, koroner kalp hastalığı, kronik kalp yetmezliği, hipertansiyon ve diyabet hastalıklarına sahip oldukları hekim tarafından teşhis edilmiş bireylerin, tanı almadan önce tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçümü yapıp yapmadıkları ve ne zaman yaptıkları cinsiyet ve vücut kitle indeksi (VKİ) ayrıntısında incelenmiş böylece hangi alt grupların bu kronik hastalıkların risk grubunda olduklarının daha çok bilincinde olduğu ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada; Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan "Türkiye Sağlık Araştırması 2008" çalışmasının veri tabanı kullanılmıştır. Söz konusu araştırmanın örneklem büyüklüğü Türkiye toplam, kent ve kırsal bazında tahminler üretecek şekilde hesaplanmıştır. Tasarım gereği toplam örneklem hacmi 7 910 hane olarak belirlenmiştir. Örneklem sonucunda elde edilen veri setinden kitleyi temsil edecek değerlere ulaşabilmek için

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ağırlıklandırma işlemi gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın konusu olan hastalıklar tek tek “Bir Hekim Tarafından Teşhis Edildi mi” sorularıyla çalışmaya katılanlara yöneltilmiştir. Ölçümler “Tansiyonunuz sağlık personeli /eczacı kalfası tarafından hiç ölçüldü mü?”, “Kolesterolünüz hiç ölçüldü mü?” ve “Kan şekeri hiç ölçüldü mü?” sorularıyla ve soruların cevabı evet ise en son ne zaman ölçüldü sorularıyla araştırılmıştır. Veriler SPSS İstatistiksel Paket Programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analizlerde ki kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Öncelikle “Türkiye Sağlık Araştırması 2008” veritabanından adı geçen hastalıkların cinsiyet ve 4 VKİ grubuna göre toplumda görülme yüzdeleri hesaplanmıştır. Toplumun genelinde VKİ grubu yükseldikçe hastalıkların görülme yüzdesi istisnasız şekilde her hastalıkta artmıştır. Bu durum kadınlarda aynı şekilde geçerli iken erkeklerde enfarktüs, kronik kalp hastalığı ve hipertansiyon görülme yüzdeleri normal kilolu grupta, düşük kilolu gruptan daha azdır.

Çalışmanın asıl amacı olan; bazı kronik hastalıklara sahip kişilerin tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçtürme durumlarının cinsiyet ve VKİ’ye göre incelenmesi sonucu ilginç sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Enfarktüs geçirmiş hastaların %11,3’ü daha önce hiç tansiyon ölçtürmediğini, %25,8’i daha önce hiç kolesterol ölçtürmediğini ve %26,8’i de daha önce hiç kan şekeri ölçtürmediğini belirtmişlerdir. Cinsiyet ayrımında ölçümlere bakıldığında genel olarak erkeklerin kadınlara kıyasla daha az ölçüm yaptırdıkları görülmüştür. Tansiyon ölçümünde anlamlı olmayan bu farklılık kolesterol ve kan şekeri ölçümlerinde anlamlı çıkmıştır. Enfarktüs geçirmiş erkeklerin %30,2’si kadınların ise %17,6’sı kolesterol, erkeklerin %31,3’ü kadınların ise %18,3’ü daha önce kan şekeri ölçümü yaptırmamıştır. Enfarktüs geçirmiş hastalarda daha önce tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçtürmemiş kişilerin en yaygın olarak fazla kilolular grubunda olduğu ortaya çıkmıştır. Tansiyon ölçümünde bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıyken ($p < 0,05$), diğer 2 ölçümde anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Ayrıntılı olarak incelenirse, Enfarktüs geçirmiş obez kadınların sadece % 4’ünün daha önce hiç tansiyon ölçtürmedikleri görülürken bu değer obez erkeklerde %14,1’dir.

Koroner Kalp Hastalarının %11’i daha önce hiç tansiyon ölçtürmediğini, % 7,2’si de son 12 aydan daha önce tansiyon ölçtüklerini belirtmişlerdir. Kolesterol ve Kan Şekeri için ise bu değerler sırasıyla %24,2 (% 10,7 son 12 aydan önce) ve %28,4 (% 9,3 son 12 aydan önce)’tür. Cinsiyet ayrımında ölçümlere bakıldığında enfarktüs geçirmiş kişilerde görülen erkeklerin kadınlara kıyasla daha az ölçüm yaptırmama durumu burada görülmemektedir. Buradan yola çıkarak, toplum koroner kalp hastalığı görülmesinde erkek olmanın kadın olmaya kıyasla daha büyük risk oluşturduğu gerçeği bilincindedir. Ancak ölçümlerin yapıldığı zaman aralığı göz önüne alındığında hiç ölçüm yaptırmayan veya son 12 aydan daha önce yaptıranlar cinsiyet bakımından karşılaştırıldığında farklılık görülmektedir. Koroner Kalp Hastası teşhisi almış olup hiç ölçüm yaptırmayan veya son 12 aydan daha önce yaptıranlar; tansiyon için erkeklerde %21,2, kadınlarda %15,2, kolesterol için erkeklerde % 37,7, kadınlarda %32,3 ve son olarak kan şekeri için erkeklerde % 40,3, kadınlarda ise %35,0’dır. VKİ gruplarına göre bakıldığında koroner kalp hastalarında kolesterol ve kan şekeri ölçtürme alışkanlıkları oldukça benzer ve VKİ arttıkça artan bir davranış sergilemektedir, yani daha kilolu kişiler daha çok ölçüm yaptırmaktadırlar. Tansiyon ölçümünde ise düşük kilolu koroner kalp hastalarının % 12,5’i hiç ölçüm yaptırmamışken normal kilolularda bu oran % 18,9’a çıkmaktadır.

Kronik kalp yetmezliği hastalarının % 8,3’ü daha önce hiç tansiyon ölçtürmediğini, %23,1’i daha önce hiç kolesterol ölçtürmediklerini ve %27,3’ü de daha önce hiç kan şekeri ölçtürmediklerini belirtmişlerdir. Kronik kalp yetmezliği teşhisi almış olup hiç tansiyon ölçtürmeyenler veya son 12 aydan daha önce ölçtürenler; erkeklerde % 16,5, kadınlarda % 11,3 olarak görülmüştür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Bu değerler kan şekeri ölçümü için erkeklerde % 39,3, kadınlarda ise %31,1 olup yine anlamlı farklılık görülmüştür. Kolesterol için ise erkeklerde % 33,5, kadınlarda % 31,8 olarak görülen değerler arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır. VKİ gruplarına göre bakıldığında Kronik kalp yetmezliği hastalarının tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçtürme sıklığı VKİ arttıkça sürekli olarak artmaktadır. Tansiyon ölçümü ile direkt bağlantılı olan bu ciddi rahatsızlıkta, fazla kilolu ve obez kişilerin sırasıyla % 4,6’sı ve %2,5’i tansiyon ölçümü yaptırmamış görünse de genel olarak erkeklerden kaynaklanan bu ihmal son 12 aydan daha önce yaptırılmış ölçümler hesaba katıldığında (fazla kilolular için % 7,3 ve obezler için % 6,3) daha da çarpıcı bir şekilde sergilenmektedir.

Tansiyon ölçümü, hipertansiyon tanısı almış kişilerde diğer hastalıklardaki kadar düşük olmasa da dikkate değer seviyededir. Erkeklerde %8,8, kadınlarda %5,9 olan tansiyon ölçtürmeyenler genelde % 7 oranındadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hipertansiyon tanılı erkeklerin % 7,2'si son 12 aydan önce tansiyon ölçtürmüşken, kadınlarda bu oran % 5,0'dır ve cinsiyet bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır. Fazla kilolu erkeklerle (% 16,5) kadınlar (%9,8) arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Obez kadınlarda bu oran % 10,4'e çıkarken erkeklerde %12,8'e düşmüş ve anlamlı fark ortadan kalkmıştır.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Önlenabilir sağlık problemlerinin mümkün olduğu kadar azaltılması ülkelerin uluslar arası gelişmişlik sıralamalarında en önemli faktörlerden birisidir. Bunun başarılması için risk grubundaki kişilerin sigarayı bırakmasını sağlamak, spor yapılması teşvik edilerek kilo problemlerini ortadan kaldırmak gibi hastalıktan koruyucu yöntemler çok önemlidir. Ancak toplumdaki her bireyin ve özellikle risk grubundakilerin bu önlenabilir sağlık sorunlarının tanısı ve takibi için çok basit ama son derece önemli olan tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçümü yaptırma sıklıkları o toplumun sağlık alanındaki farkındalığının da göstergesidir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2008 yılında yaptığı Türkiye Sağlık Araştırması sonucunda ortaya çıkarılan bu veriler toplumun hangi fiziksel özelliklerine sahip alt gruplarının sağlık bilincine sahip olduğu araştırılmış, birçoğu ölümcül sonuçlara sebep olabilecek bu hastalıkların tanısında ve takibinde elzem olan tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçümlerinin özellikleri ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

Özellikle kronik hastalıklar açısından risk grubunda yer alan kişilerin düzenli olarak tansiyon ölçtürmesi, kolesterol ve kan şekeri seviyelerinin bakılması önemlidir. Bu çalışmada risk grubundaki kişilerin bu bilince sahip olmadıkları görülmüştür. Özellikle aile hekimlerinin kronik hastalıklar açısından yüksek risk taşıyan kişileri düzenli kontrole çağırması, yapılması gerekenler ile ilgili bilgilendirmeleri, düzenli tahlillerle takiplerini yapmaları gerektiği düşünülmektedir. Toplumun kendi sağlığını takip edebilmesi için sağlık bilincinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun için özellikle kişilerin bilincini arttırmak amacıyla çeşitli kampanyaların yapılması, öğretici programların hazırlanması etkili olabilir. Bu noktada özellikle sağlık çalışanları başta olmak üzere tüm kesimlere çok önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tansiyon, kolesterol, kan şekeri, ölçüm, hastalık

Kaynaklar:

1-Global Health Observatory Data Repository, <http://apps.who.int/ghodata/>

507

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NE ÖZÜRLÜ RAPORU BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sultan Aydın, Esin Sayın, Ali Rıza Karakoyun, Murat Demirezen, Sibel Kıran, Mehmet Ali Kurçer

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Özürlülük belirli bir aktivite için aktivitenin gerektirdiği ile bireyin yapabildiği arasındaki farklılığı tanımlar ve birey ile çevresi arasındaki ilişkiyi yansıtır. ¹ Özürlülük halen dünyadaki en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Türkiye'de özürlülere ilişkin yeterince veriye ulaşılamamaktadır. ² Ülkemiz nüfusunun 2002'de yapılan "Türkiye Özürlüler Araştırması"na göre özürlülük oranı %12.29'dur. 2011 tarihi itibarı ile adrese dayalı nüfus sayımına göre Türkiye nüfusunun 74.724.269 olduğu göz önüne alındığında, ülkemizde 9.187.612 özürlü yaşamaktadır.⁴

Özürlü kimlik kartı ile gelir vergisi indirimi, özürlü istihdamı için özrünü kanıtlayabilme, seyahat, belediye otobüsü, sinema, tiyatro, milli park biletlerinde ya indirimli ya da ücretsiz faydalanma gibi özür sınıfına göre tüm sosyal hak ve hizmetlerden yararlanabilmektedirler. Bu çalışmanın amacı Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi'ne özürlü raporu başvuruları değerlendirilerek ülkemizde bu alanda var olan bilgi açığını kapatmaya destek olmaktır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve Yöntem: Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi'ne özürlü raporu almak amacıyla başvuran 626 olgu, geriye dönük olarak yaş, cinsiyet, başvuru nedenleri, vücut fonksiyon kaybı oranları ve özürlerinin hangi vücut işlevlerini ilgilendirdiği yönünden incelenmiştir.

Tanımlayıcı tipte ki bu araştırmada Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi rapor sekreterliğinde 4 araştırma görevlisi doktor tarafından 2011 yılına ait mevcut 626 raporun tamamı (dahil edilen %100) incelenerek veri toplama formuna kaydedilmiştir. "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" hükümlerine uygun olarak sağlık kurulu tarafından düzenlenen "Özürlü Sağlık Kurulu Rapor Formu"nda demografik özellikleri, özür durumlarına ilişkin klinik bulguları, teşhislerin yer aldığı sistemler, özür oranları, ağır özürlü olup olmama, rapor geçerlilik süresi ve özürlülük sınıfı, raporu ne amaçla istediği, raporun kullanım amacı, daha önce rapor alıp almama, sosyal güvencenin olup olmaması yer almaktadır. Elde edilen veriler SPSS for Windows 15.0 istatistik paket programına aktarılarak analiz edilmiştir. Ortalamalar \pm standart sapmalarıyla gösterilmiş, önemlilik testlerinden Ki-kare kullanılmıştır.

Bulgular: Özürlü raporu almak için başvuranların 607 (%96.5'i) herhangi bir özür oranına sahipken, %4.5'inde özür tespit edilmemiştir. Yaş dağılımı 1-90 yıl, yaş ortalaması 33.9 ± 24.77 'dir. Araştırmaya dahil edilen olguların %58.8'i (368 kişi) erkek, %41.2'si (258)'ü kadındır. Özür raporu için başvuranların %77.5'i sosyal güvenceye sahiptir. Olguların %32.1'i Zonguldak merkezden, %59.3'ü Zonguldak ilçelerinden, %8.6'sı diğer illerden başvurmuşlardır.

Başvuru sebeplerine bakıldığında; %58.3 ü sosyal yardımdan faydalanmak, %39.3'si özürlü kimlik kartı çıkartmak, %35.9'si 2022 sayılı yasadan faydalanmak, %32.1'i özel eğitimden yararlanmak, %10.4'ü önceki rapora itiraz etmek, %5.1'si istihdam edilmek, %4.8'i fiziksel rehabilitasyona girmek, %4.0'ı vergi indiriminden faydalanmak, geri kalan sebepler ise özel tertibatlı araç/akülü araç/tekerlekli sandalye istemek %2.6'sı, H sınıfı sürücü belgesi %1.6'sı, özür derece tespiti %1.4'ü, trafik kazasında sigortadan tazminat istemek %1.3'ü, maluliyet %0.5'i, yardımcı cihaz/işitme cihazı/ortez/protez kullanmak %0.5'i, iş kazası %0.3'ü, veli izni %0.2'sidir.

Kadınların toplam özür oranı ortalaması erkeklerden daha yüksektir ($p=0.0001$). Yaş arttıkça kardiyovasküler, görme, sindirim, ürogenital, endokrin, solunum, onkoloji, sinir, kas-iskelet sistemlerinden getirdikleri özür oranları artmaktadır ($r=0.354$). Yaş atıkça özür oranı ortalaması ve ağır özürlülük oranı artmaktadır.

Ruhsal-duygusal, kronik ve sınıflanamayan özür sınıfı kadınlarda erkeklere göre (sırasıyla $p=0.027$, $p=0.018$, $p=0.004$) anlamlı derecede yüksektir. Kadınlarda kardiyovasküler ($p=0.0001$), endokrin ($p=0.0001$) ve kas ($p=0.002$) sistemlerinde özürlülük oranı anlamlı derecede yüksekken, diğer sistemlerde anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Yaş ile ağır özürlülük oranı arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuştur ($R=0,354$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Çalışmamızda özürlü raporu almak için başvuranlar arasında erkeklerin kadınlardan daha fazla olması, Türkiye Özürlüler Araştırması'nda ülkemizdeki özürlü nüfus içerisinde, erkeklerin kadınlardan 1.37 kat fazla olması ile benzerlik göstermektedir⁵. Turhanoğlu ve arkadaşlarının Diyarbakır'da yaptıkları çalışmada rapor almak için kadınlar daha fazla başvururken, çalışmamız Akar ve arkadaşlarının Gazi Üniversitesi'nde yaptıkları çalışma ile uyumlu olup, erkekler daha fazla başvurmuşur¹⁻². Bu farklılığın olası nedeni Ankara ve Zonguldak'ın sosyokültürel olarak benzer bir yapıya sahip olmasına karşın Diyarbakır'a benzememesinden kaynaklanıyor olabilir. Başvuru nedenine bakıldığında başvuranların hemen hemen tamamının özür derece tespiti, özürlü kimlik kartı çıkarılması ve sosyal yardımdan faydalanmak olduğu görülmüştür. Akar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bu üç neden bu çalışma ile uyumlu olarak ilk üç sırada yer almasına karşın, başvuru oranları daha düşüktür (sırasıyla; %59.1, %39.3, %58.3)². Özel eğitimden yararlanma isteği başvurma oranı Akar ve arkadaşlarının çalışmasına göre (%59.1), bu çalışmada ise daha düşüktür (% 37.5) bulunmuştur².

Turhanoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık görme, işitme ve ortopedik özürlülük, Akar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık %38.5 (255)'i zihinsel işlevlerle ilgili özür, bu çalışmada en sık % 59,4 ile zihinsel-ruhsal-davranışsal, ikinci sıklıkla % 37.7 ile kas-iskelet sistemi ile ilgili özürlü olduğu saptanmıştır. Akar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada olguların vücut fonksiyon kaybı ortalamaları 54.9 ± 27.6 iken bu çalışmada 66.8 ± 25.6 olarak bulunmuştur²⁻³. Bölgeler arasında bu farklılıkların her bir bölgede var olan özür tipinin sıklığının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sadece kadınların özür oranı ortalaması 73.05± 21.25 olarak, erkeklerden (%62.9) daha yüksek bulundu.

Anahtar sözcükler: Özürlülük, özürlü raporu, özür oranı, ağır özür.

Kaynaklar:

1.Arslan Ş, Gökçe Kutsal Y. Yaşlılarda özürlülüğün değerlendirimine yönelik çok merkezli çalışma raporu. Başbakanlık Özürhüner İdaresi Başkanlığı ve Türk Tabipler Birliğı. Yayın no: 003/2000.

2.Akar T, Demirel B, Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Özürhünerin Analizi. Türkiye Klinikleri J Foren Med 2008;5(3):101-108

3.Turhanoglu, A D, Saka G, Karabulut Z, Kılınc Ş, Ertem M. Diyarbakır il Merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde Özürlülük ve kronik hastalık sıklığı. Turkish Journal of Geriatrics 2000;3 (4): 146-150.

4. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2011 Nüfus Sayımı Sonuçları, T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu

5. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve T.C. Başbakanlık Özürhüner İdaresi

Başkanlığı. Türkiye Özürhüner Araştırması 2002.

297

BİR ÖĞRENCİ YURDUNDA KALAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDEKİ İNTERNET BAĞIMLILIĞI İLE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Atilla Senih Mayda, Muammer Yılmaz, Gökçe Çağdaş Gerçek, Sinemis Çetin Dağı, Nurettin Teker, Sezer Tiryaki, Güzin Toygar, Murat Türkarlan, Ayşe Meryem Uslu, Elif Usturalı, Esra Yamansavcı, Neriman Yardımcı, Alper Doğan Önder

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı

Giriş: İnternet bağımlılığı her yaşta ve cinsiyette görülen bir rahatsızlıktır. Yapılan bazı çalışmalarda internet bağımlısı olarak nitelendirilebilecek hastaların oranı toplam kullanıcıların % 1.98'i ile %3,5'u arasında değişmiştir. Ayrıca internet bağımlılığı açısından risk altında olabileceği düşünülen kullanıcıların oranı ise % 8.68 ile % 18,4 arasında bulunmuştur (1,2).

Gelişen dünyada internetin temel ortaya çıkış amacı iletişimi artırmak ve bilgi paylaşımını kolaylaştırarak, araştırmacıların olanaklarını artırmaktır. Ancak internetin tahmin edilenden de hızlı yaygınlaşması patolojik aşırı kullanıma bağlı sorunları da ortaya çıkartmaya başlamıştır. İşyeri ve okul performansının düşmesi, uyku bozukluğu, internetsiz bir hayatın çok sıkıcı ve boş gelmesiyle kendini gösteren yoğun avölüsyon(irade/istek azalması), hatta internetin aşırı kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan kas ve iskelet sistemi problemleri ile belirli cins video oyunlarına bağlı epileptik nöbetler bahsi geçen belirtileridir (3). Kompulsif internet kullanımı, bilgisayar bağımlılığı, internet aşırı kullanımı ve daha yaygın olarak internet bağımlılığı olarak tanımlanan bu tablo hakkında ilk yayınlar 1990'lı yılların ortalarından itibaren gözükmeye başlamıştır (4,5,6,7). Bu yayınlar özellikle ABD ve Batı Avrupa Ülkelerinden yapılmış olmakla birlikte son zamanlarda literatürde giderek Uzakdoğu ülkelerinden yayınlarla karşılaşılmaktadır (1,8,9). Ülkemizde de genç nüfusun fazlalığı, internetin yaygınlaşma hızının yüksekliği ve işsizlik gibi sosyoekonomik nedenlerden dolayı klinisyenlerin bu problemle daha sık karşılaşmaya başlayacağını düşünmekteyiz Özellikle okul çağında sık görüldüğü için öğrencilerin oldukça ruhsal ve bedensel gelişimlerini, sosyal ilişkilerini kötü yönde etkileyerek akademik başarılarını da

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

düşüren aşırı şekilde internet/bilgisayar kullanımı bireyin hem akademik hem de kişisel gelişimini negatif yönde etkilemekte, kişiyi bağımlı hale getirmektedir (10).

İnternet gibi ileri derecede sofistike bir teknoloji aracını bağımlılığın tanımlanması ve ayırıcı tanısını yapılması oldukça güçtür. Bu nedenle klinisyenlerin normal ve patolojik internet kullanımının sınırlarını çizmek açısından dikkatli ve deneyimli olmaları gerekir (11). Patolojik kumar oynama kriterleri Young tarafından modifiye edilerek 8 maddelik bir değerlendirme ölçeği oluşturulmuştur. Ayrıca Goldberg tarafından geliştirilmiş 7 maddelik DSM-IV sınıflama sistemine göre uyarlanmış bir tanı ölçeği de bulunmaktadır.

Tipik bir internet bağımlısı haftada 40-80 saat arasında bilgisayar başında kalmakta ve tek seferde hiç aralıksız 20 saate kadar bilgisayar başından kalkmayabilmektedir. Uyku döngüsü bozulan hasta uyarıcı madde kullanmaya aşırı kahve ve kolalı içecekler tüketmeye başlayabilir, fiziki aktivitenin giderek azalmasına bağlı obesite, karpal tünel sendromu, sırt ağrısı ve postür bozuklukları gelişebilir (11). ABD’de yapılan bir çalışmada 152 ortaokul öğrencisinde bilgisayar kullanımına bağlı kas ve iskelet ağrıları araştırılmış ve anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (12).

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada internet bağımlılığının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile olan ilişkisi araştırılmış, günde 1 saatten fazla internette vakit geçiren çocuklarda dikkat eksikliği semptomlarının varlığı saptanmıştır. (13).

Daha çok genç popülasyonda görülen bir problem olmakla birlikte bizim gözlemlerimize göre internet bağımlılığı, ileri yaşlarda da ortaya çıkabilmektedir. Emekliliği takiben görülen aşırı internet kullanımı vakaları da bildirilmiştir (11).

Çoğu durumda, Beck Depresyon Ölçeği (BDE) toplam puanı 17 olan bireyin klinik müdahaleyi gerektiren düzeyde “depresyonu” vardır. Aynı bireyde, belirtiler süregelen ve bireyin günlük yaşantısını olumsuz etkilemiş ise psikiyatrik tanı olasılığı daha da artmaktadır(14).

Bu çalışmada amacımız; depresyon ve internet bağımlılığının Avni Akyol Yurdunda kalan öğrencilerde prevalansını hesaplamak, depresyon ve internet bağımlılığının birlikteliğini araştırmak, internet bağımlılığının yaş ve cinsiyete göre dağılımını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel tipte araştırmada Düzce Avni Akyol Öğrenci Yurdu Yönetiminden yazılı ve sözlü izin alınarak öğrenci yurdunda kalan 1000 kişiden 698 kişiye öğrencilerle yüz yüze görüşülmek suretiyle anket formu uygulanmıştır. Araştırmanın Evreni; Düzce Avni Akyol Yurdunda Kalan 1000 Öğrenci, araştırmanın örneklemini; Düzce Avni Akyol Öğrenci Yurdunda kalan öğrencilerin tamamıdır. Araştırmanın hipotezleri: “1.İnternet bağımlısı olan bireylerde Beck depresyon ölçeği skoru daha yüksektir.”, “2. İnternet bağımlılığı erkeklerde daha sıktır.” şeklinde kurulmuştur. *Bağımlı değişkenler*; Goldberg’in internet bağımlılığı tanı kriterleri ve beck depresyon ölçeği, *bağımsız değişkenle ise*; yaş, cinsiyet, ailenin sosyoekonomik durumu, ailenin birliktelik durumu olarak belirlendi. Araştırmanın analizinde bir istatistik paket programı kullanılarak; kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerde ki-kare testi, grupların ortalamaların karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların 234 ünü (% 33,5) orman fakültesi, 180 ini (% 25,8) teknik eğitim fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin 376 sını (%53,9) erkekler, 322 sini (%46,1) kadınlar oluşturmaktadır. Gelir durumuna göre kişilerin 587 si (% 84,1)orta gelir düzeyindedir. Kişilerin 19unun (% 2,7) sinin öz annesi, 19 unun (%2,7) sinin öz babası vefat etmiştir. Kişilerin 103 ünün (%14,8) anne babası birlikte değildir. Kişilerin 17 sinin(%2,4) üvey annesi, 17 sinin (% 2,4) üvey babası vardır. Kişilerin 538 inin (%77,1) aylık eline geçen para 0-500 YTL dir.

Araştırmaya katılan kişilerin internete bağlanma süresine göre kişilerin 317 si (% 45,4) 1 saatten az bağlanmaktadır. İnternet kullanım süresine göre kişilerin 351 i (%50,3) 1- 5 yıldan beri interneti kullanmaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İnternete bağlanma yerine göre kişilerin 313 ü (%44,8) yurttta, 189 u (%27,1) evde, 161 i (%23,1) internet kafede, 35 i (% 5) okulda bağlanmaktadır.

Katılımcıların internet bağımlılık durumlarına göre dağılımı değerlendirildiğinde; 397 sinin (% 56.9) internet bağımlılığı vardır. Fakülte ve bölümlerine göre katılımcıların internet bağımlılık dağılımı farklılık göstermemektedir. ($x^2=17,86$ $p=0.057$) Araştırmaya katılan 698 kişinin 376 sını (%53.9) erkekler, 322 sini (%46.1) kadınlar oluşturmaktadır. Cinsiyete göre kadınların 166 (%51.6) sında, erkeklerin ise 231 (%61.4) inde internet bağımlılığı vardır. Cinsiyete göre internet bağımlılığı dağılımı anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($x^2=6,90$ $p=0,009$) Araştırmaya katılan kişilerin 698 kişinin 625'i (%89) 19 yaş ve üzerinde, 73'ü(%11) 18 yaş ve altındadır. Yaş gruplarına göre 19 yaş ve üstünde olanların 365 inde (%58,4),18 yaş ve altında olanların 32 inde (%43,8) internet bağımlılığı vardır. Yaş gruplarına göre internet bağımlılığı dağılımı anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($x^2=5,07$ $p=0,024$)

Aylık eline geçen para miktarına göre internet bağımlılığı dağılımı farklılık göstermemektedir. ($x^2= 4.326$ $p=0.115$)

Araştırmaya katılan kişilerin depresyona itebilecek özel durumları; katılımcıların 102 si(% 14.6) sınıfta kalmıştır, 152 si(%21.8) son bir yıl içinde yakınını kaybetmiştir, 84 ünün (%12) kronik bir hastalığı vardır. Katılımcıların 504 ü (%72.2) okuduğu bölümden memnun, 194 ü (%27.8) ise memnun değildir. Sınıfta kalanların 76 sında (%74.5) internet bağımlılığı vardır. Sınıfta kalma durumuna göre internet bağımlılığı dağılımı anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($p < 0,001$ $x^2=15.14$) Yakınını kaybetme durumuna göre internet bağımlılığı dağılımı anlamlı bir fark göstermemektedir. ($p=0.07$ $x^2=3.12$) Kronik hastalığı olanların 63 ünde (%75) internet bağımlılığı vardır. Kronik hastalık durumuna göre internet bağımlılığı dağılımı anlamlı bir fark göstermektedir. ($p<0,001$ $x^2=12.78$) okuduğu bölüm memnuniyetine göre internet bağımlılığı dağılımı anlamlı bir fark göstermemektedir. ($p=0,69$ $x^2=0.16$)

Araştırmaya katılan kişilerin 241 inde (% 34.5) BDE formu değerlendirmesine göre depresyona yatkınlık vardır. BDE formu değerlendirmesine göre depresyona yatkınlığı olanların 194 ünde (%80.5)internet bağımlılığı vardır. BDE formu değerlendirmesine göre internet bağımlılığı dağılımı anlamlı bir fark göstermektedir. ($p=0,000$ $x^2=83,73$)

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler: Yapılan bazı çalışmalarda internet bağımlılığı erkeklerde kızlardan 2 veya 3 kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyet ile internet bağımlılığı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (15). Bizim çalışmamızda katılan erkeklerin %61.4'ü, kadınların ise %51.6'sı internet bağımlıdır. Cinsiyete göre internet bağımlılık dağılımı anlamlı farklılık göstermektedir.

En büyük risk grubu 12-18 yaş arasındaki ergenlerdir (15). Bizim çalışmamızda araştırmaya katılan kişilerin yaş gruplarına göre internet bağımlılık durumlarına bakıldığında 698 kişinin 625'i (%89) 19 yaş ve üzerinde, 73'ü(%11) 18 yaş ve altındadır. Yaş gruplarına göre 19 yaş ve üstünde olanların 365 inde (%58,4),18 yaş ve altında olanların 32 inde (%43,8) internet bağımlılığı vardır. Yaş gruplarına göre internet bağımlılığı dağılımı anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada farklı fakültelerde okuyan öğrencilerde internet bağımlılığı açısından anlamlı bir farklılık bulmadık.

İnternet/bilgisayar kullanımı bireyin hem akademik hem de kişisel gelişimini negatif yönde etkilemekte, kişiyi bağımlı hale getirmektedir (10). Bizim çalışmamızda da sınıfta kalan öğrencilerde internet bağımlılığı daha yüksek oranda görülmüştür. Araştırmaya katılan kişilerin depresyona itebilecek özel durumlarına göre internet bağımlılıkları anne ve babası birlikte olmayanlarda, öz annesi vefat edenlerde ve üvey annesi bulunanlarda internet bağımlılığı oranı anlamlı derecede yüksek olmakla birlikte bu kişilerin aynı zamanda beck depresyon ölçeğine göre de anlamlı oranda depresyona eğilimli oldukları saptanmıştır. Bize göre

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bu durumlarda depresyon eğilimini internet bağımlılığı yerine kişilerin depresyon neden olabilecek özel durumlarına bağlamak daha anlamlı olabilir.

Yaptığımız çalışmada kronik hastalığı olanlarda internet bağımlılığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu kişilerin hastalıklarından dolayı yapacağı sosyal aktivite sınırlı olacağından internete yönelmeleri ve dolayısıyla bağımlılık oranlarının yüksek çıkması anlamlı olabilir. Gelir durumuna göre internet bağımlılığı dağılımı anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır.

Depresyon sadece internet bağımlılığına bağlı olmayıp; kronik hastalık ,son bir yıl içinde yakınına kaybetme, sınıfta kalma,bölüm memnuniyeti, öz anne baba varlığı ve birlikteliği gibi nedenlere de bağlı olabileceği için bu etkenlerin bağımsız olarak depresyonla ilişkisi araştırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: İnternet, bağımlılık, depresyon, Beck Testi

Kaynaklar:

- 1- Whang LS, Lee S,Chang G. Internet over-users' psychological profiles: a behavior sampling analysis on internet addiction. *Cyberpsychol Behav* 2003;6:143-150. (içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)
- 2- Johansson A, Gotestam KG. Problems with computer games without monetary reward: similarity to pathological gambling. *Psychol Rep* 2004; 95:641-650. (içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)
- 3- Nalwa K, Anand AP. Internet addiction in students: a cause of concern. *Cyberpsychol Behav* 2003; 6:653-656. (içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)
- 4- Meerkerk GJ, Van Den Eijnden RJ, Garretsen HF. Predicting compulsive Internet use: it's all about sex. *Cyberpsychol Behav* 2006; 9:95-103. (içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)
- 5- O'Reilly M. Internet addiction: a new disorder enters the medical lexicon. *CMAJ* 1996;154:1882-1883. (içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)
- 6- Griffiths MD, Dancaster I. The effect of type A personality on physiological arousal while playing computer games. *Addict Behav* 1995; 20:543-548. (içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)
- 7- Bingham JE, Piotrowski C. On-line sexual addiction: a contemporary enigma. *Psychol Rep* 1996;79:257-258. (içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)
- 8- Kim K, Ryu E,Chon MY,Yeun EJ,Choi SY, Seo JS,Nam BW. Internet addiction in korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43:185-92. (içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)
- 9- Chuang YC. Massively multiplayer online roleplaying game-induced seizures: a neglected health problem in internet addiction. *Cyberpsychol Behav* 2006; 9:451-456. (içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)
- 10- Cengizhan C. Bilgisayar ve internet bağımlılığı9. Türkiye'de internet konferansı,2003,İstanbul. (içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)
- 11- Young K. *Innovations in Clinical Practice (Volume 17)* by L. VandeCreek & T. L. Jackson (Ed.), Sarasota, FL: Professional Resource Press. 1999. (içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)
- 12- Jacobs K, Baker NA. The association between children's computer use and musculoskeletal discomfort *Work*. 2002; 18:221-226. (içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

13- Chan PA, Rabinowitz T. A cross-sectional analysis of video games and attention deficit

hyperactivity disorder symptoms in adolescents. Ann Gen Psychiatry 2006; 24: 5-16.

(içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)

14- http://www.martiterapi.com/index_dosyalar/sonuc.html (Erişim tarihi:14.06.2012/ 10:00)

15- Odabaşoğlu G ve ark. İnternet bağımlılığı kaç yaşında başlar?: Sıradışı bir vaka üzerinden Çocuk ve ergenlerde internet bağımlılığı. 3. Ulusal Bağımlılık Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı,2006:56. (içinde Bağımlılık Dergisi, 2007, Cilt: 8, Sayı: 1, s:36-41)

673

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE 01.10.2011-31.03.2012 TARİHLERİ ARASINDA YAPILAN ALT ENDOSKOPİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Abdulkadir Zakin, Çağlar Bektaş, Ekrem Bayraktar, Emre Baldan, Zafer Aydın, Özgür Harmancı, Sarp Üner, Serap Arslan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ad

Giriş ve Amaç: Kanserler tüm dünyada ve Türkiye’de ölüm nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. 2008 yılı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ölümlerin %13,6’sının çeşitli kanserler nedeniyle olduğu görülmüştür (1). Türkiye’de ise kanserler kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Kanserler arasında kolon ve rektum kanserleri erkeklerde (%8) ve kadınlarda (%9) önemli yer tutmaktadır (2).

Türkiye’de önemli bir halk sağlığı sorunu olan kanserle mücadele adına hazırlanan “Ulusal Kanser Kontrol Programı” kapsamında meme ve serviks kanserlerinin önlenmesine yönelik tarama programlarının yanı sıra 2009 yılından itibaren kolorektal kanserler için de tarama standartları yayınlanmıştır. Bu kapsamda toplum tabanlı tarama programları yapılmaktadır (3).

Kolorektal kanserlerde tarama yılda bir yapılan gaitada gizli kan bakılması ve 10 yılda bir yapılan alt endoskopi yöntemiyle gerçekleştirilmektedir. Kolorektal kanser tarama yöntemleri invazif kanser morbiditesi ve mortalitesini azalttığı düşünülen ve etkinliği kanıtlanmış az sayıdaki tarama yöntemlerindedir (4).

Bu çalışmada bir üniversitenin erişkin hastanesinin 6 aylık döneminde yapılmış tüm alt endoskopilerin yapılış nedenleri ve elde edilen sonuçların incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışmanın evrenini bir üniversite hastanesinin İç Hastalıkları Gastroenteroloji Ünitesi’nde 01.10.2011-31.03.2012 tarihleri arasında yapılan 1185 kolonoskopi kaydı oluşturmaktadır. Üniversite hastanesinde erişkinlere yönelik tüm alt endoskopi işlemleri bu üniteye yapılmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş tüm kayıtlar araştırmaya dâhil edilmiştir. Gastroenteroloji Ünitesi’nden yazılı izin alınan çalışmada veriler SPSS 15.0 istatistik paket programında incelenmiş ve analizlerde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada yer alan hastaların %51,1’i kadındır ve ortalama yaşları 55,3±14,7 yıldır (17-91 yıl; ortanca yaş 57 yıl).

Hastaların %51,5’i belirti ve/veya bulgu ile , %32,7’si kontrol ve %11,3’ü tarama amaçlı başvurmuştur. Herhangi bir belirti ve/veya bulgu ile gelen hastaların %32,1’i rektal kanama, %24,9’u anemi, %22,4’ü barsak alışkanlığı değişikliği, %11,4’ü karın ağrısı, %8,8’i gaitada gizli kan pozitifliği, %5,2’si dispepsi ile başvurmuştur.

Alt endoskopi sonuçlarının %43,0’ü normal, %50,2’si patolojik, %5,9’u suboptimal değerlendirme ve %1,9’u değerlendirilemedi şeklinde rapor edilmiştir. Patolojik sonuçların dağılımı ise %27,6 polipoid lezyon,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

%24,9 hemoroid, %24,8 inflamatuvar görünümlü lezyon, %6,4 divertikül, %5,0 malign görünümlü lezyon ve %4,1 vasküler patoloji şeklindedir.

Hastaların alt endoskopi sonuçlarının ve sonucu patolojik olanların tanılarının cinsiyete göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

50 yaşın altındakilerin %5,6'sına tarama, %35,7'sine kontrol ve %58,7'sine herhangi bir belirti ve/veya bulgu nedeniyle alt endoskopi yapılmıştır. 50 yaş ve üzerindeki için bu değerler sırasıyla %14,0; %37,9; %48,1'dir. Gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). Farklılığı yaratan grup alt endoskopi yapılmış nedeni tarama olan gruptur.

Çalışmada tarama yapılan erkeklerin yaklaşık %60'ı ortanca yaş olan 58 yaş ve üzerinde kadınların ise yaklaşık %70'i ortanca yaş olan 55 yaş ve üzerindedir.

Erkeklerde tarama yapılanların %56,9'unda kadınlarda ise %33,7'sinde alt endoskopi sonucunda patoloji bildirilmiştir.

Hastaların %28,3'ünden biyopsi alınmıştır (erkek %32,8-kadın %23,9; $p=0,01$) ve biyopsi yapılan hastaların %9,9'u malignite ile uyumlu olarak raporlanmıştır (erkek %11,7-kadın %8,9). Tarama amaçlı yapılan alt endoskopilerden biyopsi alınanların hiçbirinde malign sonuca rastlanmamıştır. Erkeklerde saptanan malignitelerin %14,3'ü, kadınlarda ise %40'ı kontrol için başvuran hastalarda saptanmıştır.

Hastaların hemogloblin değerlerine ulaşılabilenlerde ortalama hemogloblin $13,1\pm 2,04$ g/dl'dir (6,2-18,1 g/dl). Hastaların %30,5'inin değerleri anemi ile uyumludur. Alt endoskopi sonucu malign görünümlü lezyon olan erkeklerin %76,9'unda anemi varken, kadınların %60,0'ında anemi vardır. Biyopsi sonucu malign olan hastalar incelendiğinde ise erkek hastaların %85'inde anemi varken, kadın hastaların %58,3'ünde anemi vardır.

Tartışma: Bu çalışmada ortalama yaş $55,3 (\pm 14,7)$ yıldır. Yapılan farklı çalışmalarda katılanların yaş ortalaması $44,9 (\pm 15,2)$ (5) ile $61 (\pm 6,9)$ (6) arasında değişmektedir.

Araştırmaya katılanların %11,3'ü tarama ile gelenler oluşturmaktadır. İstanbul'da yapılan benzer bir çalışmada da hastaların %12,7'sine tarama amacıyla endoskopi yapılmıştır (7). Yurtdışında çok merkezli bir çalışmada ise tüm kolonoskopilerin %29,6'sının ortalama risk grubuna %10,7'sinin ise ailesinde kolorektal kanser hikayesi olanlara yapıldığı belirtilmiştir (8).

Çalışmada hastaların %43,0'ünün alt endoskopi sonucu normal değerlendirilmiştir. Yapılan diğer bazı çalışmalarda normal sonuç %28,0 ile %54,3 arasında değişmektedir. (7, 9, 10, 11).

Tarama amaçlı yapılan alt endoskopilerden biyopsi alınanların hiçbirinde malign sonuca rastlanmamasına karşın İstanbul'da yapılan bir çalışmada kolonoskopi sonucu kolorektal kanser çıkan hastaların %41,6'sı tarama ile saptanmıştır (7).

Alt endoskopi sonucu malign görünümlü lezyon olan erkeklerin %76,9'unda anemi varken, kadınların %60,0'ında anemi vardır (10).

Sonuç ve Öneriler: Tarama amacıyla yapılan alt endoskopiler yurt dışında yapılan çalışmalara göre düşüktür ve artırılması gerekir.

Taramaların 50 yaş civarında yapılması daha uygundur.

Taramanın yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

Malignite saptanan hastalarda anemi yüzdesi önemli derecede yüksek olduğundan nedeni bilinmeyen anemilerde kolorektal malignite düşünülerek alt endoskopi planlanmalıdır.

Çalışma tanımlayıcı tiptedir. Temsil gücü yüksek ve birden fazla merkez içeren çalışmalar daha doğru sonuçlar verecektir. Bunun için standardize edilmiş ulusal bir veri tabanı oluşturulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: alt endoskopi, tarama, kanser

Kaynaklar:

- 1) <http://apps.who.int/ghodata/?vid=10012> Erişim tarihi:12.06.2012
- 2) T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Yayın No: 809, 2011.
- 3)Türkiye’de Kanser Kontrolü. Editör: A. Murat Tuncer. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi, Ankara, 2008.
- 4)Kolonrektak Kanser Taraması Ulusal Standartlar.
- 5)Kolonoskopik lezyonlar ve histopatolojik sonuçları: 322 hastanın değerlendirmesi; Şerif YILMAZ, Kadim BAYAN, Yekta TÜZÜN, Fikri CANORUÇ, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Diyarbakır,AKADEMİK GASTROENTEROLOJİ DERGİSİ, 2006; 5 (3): 184-187
- 6)Comparing patient and endoscopist perceptions of the colonoscopy indication; Maida J Sewitch PhD1,2, Dara Stein MSc2, Lawrence Joseph PhD2,3, Alain Bitton MD FRCPC1,4, Robert J Hilsden MD PhD FRCPC5, Linda Rabeneck MD MPH FRCPC6, Lawrence Paszat BA MD MS FRCPC7,8,Jill Tinmouth MD PhD9, Mary Anne Cooper MD MEd10 MJ Sewitch, D Stein, L Joseph, et al. Comparing patient and endoscopist perceptions of the colonoscopy indication. Can J Gastroenterol 2010;24(11):656-660.
- 7)S.B. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi endoskopi ünitesinde yapılmış olan beş yıllık kolonoskopi uygulamalarının endikasyon ve sonuç ilişkisinin değerlendirilmesi;dr.saffet ercan uzmanlik tezi, istanbul – 2008
- 8)Assessment of Quality of Colonoscopy Reports: Results from a multi-center consortium; David A. Lieberman, Douglas O. Faigel, Judy Logan, Nora Mattek, Jennifer Holub, Glenn Eisen, Cynthia Morris, Robert Smith, Marion Nadel, *Gastrointest Endosc.* 2009 March ; 69(3 Pt 2): 645–653. doi:10.1016/j.gie.2008.08.034
- 9)Kolonoskopi Deneyimlerimiz: Ardışık 983 Hastanın İrdelenmesi ;Taner Yiğit, GATA Genel Cerrahi AD Etlik / Ankara, *Kolon Rektum Hast Derg* 2007;17:154-159
- 10)Indications and Outcome of Colonoscopy in the Middle of Nile Delta of Egypt; Hasan ElBatea, Mohamed Enaba, Galal ElKassas, Ferial El-Kalla, Asem Ahmed Elfert, 3 November 2010 / Accepted: 17 December 2010 / Published online: 8 January 2011 _ Springer Science+Business Media, LLC 2011
- 11)Colonoscopies performed by resident physicians in a university teaching hospital: a consecutive analysis of 1000 cases; ABCD, arq. bras. cir. dig. vol.25 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2012, João Batista de Sousa; Silvana Marques e Silva; Maria Bianca de Lacerda Fernandes; Antonio Carlos dos Santos Nobrega; Romulo Medeiros de Almeida; Paulo Gonçalves de Oliveira

496

BİR DEVLET HASTANENİN DAHİLİYE KLİNİĞİNDE YATAN GERİATRİK HASTALARDA DÜŞME SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ

Selda Yörük

Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu

Giriş: Toplum giderek yaşlanmakta, yaşlılarda sık görülen sorunlarla da daha sık karşılaşmaktadır. Pek çok sağlık sorunu gibi düşme de yaşlılarda sık görülen bir sorundur^{1,2}. Düşmeler ciddi yaralanma ve ölüm ile sonuçlanabileceği gibi yaşlının sosyal izolasyonuna ve yaşam kalitesinin düşmesine, hastanede kalma süresinin

artmasına ve huzur evlerine erken başvuruya neden olmaktadır. Yaşlıların en önemli sorunları arasında yer alan kazalar içinde, hem ev hem de ev dışı kazalar arasında, ilk sırayı düşmeler almaktadır^{1,2,3}.

Çalışmanın amacı; bir devlet hastanesi dahiliye kliniğinde yatan yaşlılarda düşme sıklığı ve risk faktörlerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma; dahiliye kliniğinde 1 Mart-30 Nisan 2011 tarihleri arasında, 65 yaş ve üzeri yaşlılarda (n=445) yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış, çalışmaya katılmayı kabul eden, iletişim kurma engeli olmayan toplam 445 yaşlı ile yürütülmüştür. Araştırma öncesi Balıkesir Devlet Hastanesi'nden yazılı izin ve hastalardan çalışmanın amacı açıklanarak sözel olarak onamları alınmıştır. Araştırmanın değişkenlerini içeren anket formunda; sosyodemografik özellikler, tıbbi öykü, düşme öyküsü ile ilgili sorular yer almaktadır. Veriler yaşlılarla yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Araştırmanın bağımlı değişkeni "son bir yılda ev içinde yada ev dışında düştünüz mü?" sorusuna verilen yanıt ile belirlenmiş ve "evet", "hayır" olarak gruplandırılmıştır. Son bir yılda düşme; sosyodemografik değişkenlerle, sağlık durumu ve daha önceki düşme öyküsünü içeren değişkenlerle incelenmesinde ki-kare testi, t testi kullanılmıştır. Son bir yılda düşme sıklığını etkileyen faktörlerin çok değişkenli olarak incelenmesi amacıyla Lojistik Regresyon Modeli kullanılmıştır. Cinsiyet, kronik hastalığı varlığı, ilaç kullanımı, düşme korkusu, yardımcı cihaz kullanımı modele alınmıştır.

Araştırmanın istatistiksel analizinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlıların %50.8'i erkek, yaş ortalaması 74.1±6.5, %34.6'sı okur yazar değil, %66.1'i evli, %4.7'sinin sağlık güvencesi yoktur. Çalışmaya katılan hastaların %9.9'u herhangi bir işte çalıştığını, %22.5'i geliri olmadığını, %19.3'ü yalnız yaşadığını belirtmiştir. Çalışmada; son bir yıl içinde düşme prevalansı %32.1 bulunmuştur. Çalışmamızda 65-74 yaş grubunda düşme sıklığı %30, 75 ve üzeri yaş grubunda ise %37'dir. Kadınlarda düşme sıklığı %58.8'dir. Düşme öyküsü olan (n=143) yaşlıların %46.6'sı 1, %24.1 iki, %12.8 üç, %16.5'i dört ve daha fazla düştüğünü, %21.6'sı sokakta düştüğünü, %46.8'i kayarak düştüğünü, %37.4'ü düşme sonrası hastane yatışı olduğunu, %13.9'u düşmeye bağlı kırık, %3.2'sinin ise kalıcı sakatlık olduğunu belirtmiştir. Düşme öyküsü olan yaşlıların %63.0'ı yardımcı cihaz (gözlük, baston, işitme cihazı) kullandığını belirtmiştir.

Kadınlarda (p=0.004), kronik hastalığı olan (p=0.004), yardımcı cihaz kullanan (p=0.008), düzenli ilaç kullanan (p=0.008), düşme korkusu olan (p=0.034) yaşlılarda düşme anlamlı olarak yüksek bulunmuştur .

Lojistik regresyon analiz sonucuna göre; düşme sıklığı kadınlarda erkeklere göre 1.5 kat [% 95 GA: 1.03-2.35] fazladır.

Tartışma: Bu çalışma da yaşlılarda son bir yılda düşme prevalansı %32.1 saptanmıştır. Bu bulgu ile benzer olarak yapılan toplum tabanlı epidemiyolojik çalışmalarda düşme prevalansı %28-35, uzun süreli bakım veren kurumlarda kalan yaşlılarda %30-50 arasındadır⁴. Yaş ile birlikte fonksiyonel kapasitenin azalması, hareketsizlik ve fiziksel kırılganlık olabileceği ve düşme sıklığının arttığı belirtilmiştir. Yetmiş yaşın üzerindeki yaşlılarda düşme sıklığı %32-42'ye yükselmektedir⁴. Düşme sıklığı ileri yaş grubunda risk faktörü olmasına rağmen bu çalışmada anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kadın cinsiyetinde düşmeye bağlı ölümcül olmayan yaralanmalar erkelere göre daha sıktır⁴.

Çalışmamız ve literatür ile benzer olarak kadınların daha fazla düştüğü ve cinsiyetin risk faktörü olduğu gösterilmiştir^{4,5}. Bunun temel nedeni kadınlarda osteoporoz gibi kas-iskelet sistemi hastalıklarının daha fazla görülmesi ile açıklanmaktadır. Sosyoekonomik durum ile ilgili düşük gelir ve eğitim düzeyi, kötü çevre koşullarının kronik hastalık riskini arttırdığı ve bununda düşme sıklığını arttırabileceği belirtilmektedir⁴. Ancak çalışmada eğitim durumu ve gelir ile düşme riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eşlik eden akut ve kronik hastalık durumları; parkinson hastalığı, hipertansiyon, diyabet, osteoartrit, anemi, depresyon, apati, konfüzyon; bilişsel bozukluğu olanlarda düşme ve kalça kırığı riski artmaktadır⁶. Kronik hastalığı olan yaşlılarda düşme anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmada diyabet, kalp hastalığı, hipertansiyon ile düşme arasındaki ilişkiye bakılmış ancak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Düşme ile ilgili olan bir diğer risk faktörü davranışsal faktörler arasında yer alan düşme korkusudur. Düşme korkusu daha önce düşme öyküsü olan yaşlılarda daha fazladır⁴. Bu bulgu çalışmamızdaki sonuçları desteklemektedir. Üçten fazla ilaç alımı düşme için risk faktördür. Düzenli ilaç kullananlarda düşme anlamlı olarak yüksek olmasına rağmen, ilaç sayısı ile düşme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sedatifler, trankilizanlar, benzodiazepan gibi merkezi sinir

sistemini etkileyen ilaçların kullanımının düşme için risk faktörü olduğu bildirilmektedir^{4,6}. Bu çalışmada hastaların kullandığı ilaçlar sorulmamıştır. Buda çalışmanın kısıtlılıklarından biri olduğu düşünülmektedir.

Görme bozukluğu, işitme bozukluğu, denge sorununun olması düşmeyi etkileyen faktörler arasındadır^{4,5,6}. Gözlük, işitme cihazı ve yardımcı yürüme aracı kullanma ile düşme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Görme, işitme ve denge sorunları yaşlılarda düşmeye zemin hazırlayan fizyolojik değişikliklerdir. Görme alanı, keskinliği ile işitme, ekstremiteler ve kas gücünün değerlendirilmesi, düşmelerde gerekli olan fizik muayene basamaklarıdır. Yaşlıların, ortopedik ayakkabı konusunda bilinçlendirmesi, normal kas gücü, eklem hareket açıklığının korunması için yürüyüş gibi egzersizlerin önerilmesi, görme bozukluklarının giderilmesi, düşme korkusu olan bireylerin rehabilitasyon amacı ile fizik tedavi ve rehabilitasyon ünitelerine sevk edilmesi korunmada etkili olan önlemler arasında yer almaktadır⁶.

Sonuç ve Öneriler: Araştırma sonucunda bir sağlık kurumunda yatan yaşlılarda düşme prevalansı ve düşme ile ilişkili olan risk faktörleri belirlenmiştir. Bu çalışmada düşme sıklığının literatür ile benzer olduğu ve kadın cinsiyetinin en önemli risk faktörü olduğu saptanmıştır. Kadınlarda, düşme anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Düşme için koruyucu önlemleri alınması ve bu konuda yaşlı bireylerin eğitilmesi, düşme önleyici programların hazırlanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Alıştırma programları düşme konusunda endişeli olan yaşlıların denge sağlama yeterliğini başarılı bir şekilde artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, düşme, risk faktörü

Kaynaklar:

1. Lawlor DA, Patel R, Ebrahim S. Association between falls in elderly women and chronic diseases and drug use: cross sectional study. *BMJ* 2003;327(27):1-6 (PMID:14512478)
2. Evitt CP, Quigley PA. Fear of falling in older adults: a guide to its prevalence, risk factors, and consequences. *Rehabilitation Nursing* 2004;29(6):207-10 (PMID:15597999)
3. Uyanık M, Karaduman AA, Can F: Yaşlılarda düşmeler, kırıklar ve önlenmesi, osteoporoz rehabilitasyonu. Ed. Arıoğul S.(Editör): Geriatri ve Gerontoloji. 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara 2006, 339-42
4. World Health Organization. A Global Report on Falls Prevention Epidemiology of Falls. http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf. Erişim Tarihi: 07.08.2012
5. Karataş GK, Maral I. Ankara Gölbaşı ilçesinde geriatrik popülasyonda 6 aylık dönemde düşme sıklığı ve düşme için risk faktörleri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2001; 4(4): 152-58
6. Atay E, Akdeniz M. Yaşlılarda düşme, düşme korkusu ve bedensel etkinlik .*GeroFam* 2011; 2(1): 11-28

395

BİR GÖRME ENGELLİ İLKÖĞRETİM OKULUNDA ÖĞRENİM GÖREN ÖĞRENCİLERİN ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARI

Nazmiye Aydın, Kamer Gür, Sevil Albayrak, Fadime Doğan, Sema Arslan

Marmara Üniversitesi

Giriş: Şiddet, dünyadaki tüm çocuklarının yaşadığı çok büyük ve çok ciddi bir sorun olmasına karşın engelli çocukların yaşadığı şiddetin büyüklüğü hakkında bilinenler azdır. Oysa ki engelli çocukların şiddete maruz kalma riski oldukça fazladır (Pinheiro PS. 2006, Jones L. ve ark. 2012).

Şiddet, ülkemizde de giderek artan hem bireysel hem de toplumsal bir sorundur.Ulusal düzeyde sorunun boyutunu görmek açısından, Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 2006-2007 yılları arasında ortaöğretim öğrencilerin şiddete maruziyet durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada; öğrencilerin son üç ay içinde şiddetle karşılaşma yüzdesi 18,9 ve son bir ayda şiddetle karşılaşma yüzdesi 14,4 olarak bildirmiştir. Son

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

üç ay içerisinde şiddete uğrayan çocukların; % 22'sinin fiziksel, % 53'ünün sözel, % 36,3'ünün duygusal, % 15,8'inin cinsel şiddet ile karşılaştığı saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir çalışmada 15–59 yaş arasındaki tüm ölümlerin % 1,7'sinin şiddet nedeniyle gerçekleştiği görülmektedir (Meclis Araştırması Komisyon Raporu 2008, Dedeoğlu 2008). Türkiye'de farklı coğrafik bölgelerde yaşayan 7-18 yaşlar arasındaki çocukların evde, okulda ve sokakta maruz kaldıkları ya da tanık oldukları istismar ve şiddet davranışlarını saptamak amacı ile yapılan başka bir çalışma da ise; çocukların yüzde 56'sının fiziksel istismara, yüzde 49'unun duygusal istismara, ve yüzde 10'unun cinsel istismara tanık olduğunu tespit edilmiştir (Oral 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre, dünya nüfusunun yaklaşık % 10'u engelli insanlardan oluşmaktadır. "Türkiye Özürlüler Araştırması" sonuçlarına göre, engelli olan nüfus toplam nüfus içindeki oranı %12.29'dur. Buna göre ülkemizde 8.431.937 kişi engelli olarak yaşamlarını sürdürmektedir (Türkiye Özürlüler Araştırması Temel Göstergeleri, 2006).

Tarihin her döneminde engelliler, toplum içerisinde çok çeşitli güçlüklerle karşılaşmışlardır. Şiddet ve engellilik arasındaki bağlantı iki yönlüdür. Engelli çocuklar sadece daha fazla şiddete maruz kalmamakta, aynı zamanda şiddet zihinsel ve diğer engelliliklerin önemli bir sebebi de olmaktadır. Genellikle engelli çocukların mağduru olduğu görülen belirli şiddet biçimleri bulunmakla birlikte, bunları fark etmek ve tanımak güçtür (Filippini 2004). Arıkan (2001)'nin yaptığı araştırmaya göre engelli insanların sağlıklı insanlara göre başta şiddet olmak üzere tüm sorunları daha ağır koşullarda yaşadıkları tespit edilmiştir. Filippini ve ark. (2004) göre; aşağılama, fiziksel temas korkusu ya da hor görme, engelli çocukların mağduru olduğu sıkça görülen şiddet biçimlerindedir. Jones L ve ark.(2012) engelli çocukların şiddetle karşılaşma risklerini ve prevalansını belirlemek amacı ile yaptıkları metaanaliz sonucunda, engelli çocukların engelli olmayan akranlarına göre şiddet kurbanı olma olasılığının üç ila dört kat daha fazla olduğunu saptamışlardır.

Şiddetin çocuklar üzerindeki etkileri oldukça fazladır bunlar; düşük ya da zayıf benlik saygısı, kendine güvensizlik, diğerlerine güvenme ve sevme becerisinden yoksun olma, öfke ve intikam duyguları, pasif ya da içe kapanma davranışları, kaygı, korku, depresyon, uyku ve yeme bozuklukları, okul sorunları ve başarısızlık, madde bağımlılığı, evden ya da okuldan kaçma, kendini suçlama, fiziksel, ruhsal ve duygusal gelişimde gecikme, ilişkilerin sorunları şeklinde sıralanabilir (T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi 2010).

Şiddet karmaşık ve çok boyutlu bir olgu olduğundan önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle evde, toplumda şiddeti önleme ve şiddeti azaltmada "şiddete hoşgörü göstermeyen" bir anlayışın oluşturulması, her bireyin şiddete son verme yönünde sorumluluk alması ve çaba göstermesi önemlidir. Araştırma sonuçlarında, okullarda şiddetin önlenmesine yönelik eğitim programları düzenlendiği takdirde öğrencilerin daha yapıcı olduğu, çatışma çözüm yaklaşımları kullandığı, şiddete eğilim de ve şiddet davranışlarında azalma olduğu; böylece daha güvenli ve şiddet içermeyen bir okul ortamının oluşacağı belirtilmiştir (Uysal A. ve Bayık A. (2009). Ayrıca Engelli Bireylerde 2020 Sağlıklı İnsan için Hedefler kapsamında yer alan hedef 9'da "Toplumdaki bireyleri evde, okulda, işyerinde ve yaşanılan her yerde daha sağlıklı bir ortamda yaşama olanağına kavuşturmak" ifadesine vurgu yapılmıştır (Mary, Nies, Mc.Ewen 2010). Bu gerçeklerden yola çıkarak görme engelli bireylerin şiddete maruziyet durumlarının araştırılması ve uygun girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi oldukça önem taşımaktadır.

Bu araştırma, bir görme engelli ilköğretim okulunda öğrenim gören görme engelli öğrencilerin şiddete maruziyet durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç Yöntem: Bir görme engelli ilköğretim okulunda öğrenim gören görme engelli öğrencilerin şiddete maruziyet durumlarını belirlemek amacıyla kesitsel araştırma tasarımı şeklinde planlanan araştırma 03.10.2011-06.01.2012 tarihleri arasında öğrenim gören 6, 7 ve 8. sınıf öğrencileri ile yapıldı. Bu sınıflarda öğrenim gören 93 görme engelli öğrencinin tümü evren ve örnekleme oluşturdu. Okul, İstanbul'da Anadolu yakasında yer alan bir devlet okuluydu. Okulun bir reviri vardı ve öğrenciler 09:00-15:30 saatleri arasında öğrenim görmekteydiler. Görme engeline ek olarak anlama ve iletişim kurma problemi yaşayan öğrenciler çalışma kapsamı dışında

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

birakıldı. Bu nedenle çalışma 84 kişiyle tamamlandı. Öğrenciler, paravanlar ile bölünüş olan sağlık odasına ikili veya üçlü gruplar halinde alındı. Araştırmacılar verileri, yüz yüze görüşme tekniğini kullanarak topladı. Okul yönetiminden ve öğrencilerden izin alındı.

Veri toplama aracı olarak, tanılama formu ve şiddete maruz kalma ölçeği kullanıldı. Kaya ve Bilgin tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçek, çocukluk, erken ve orta ergenlik döneminde (9-18 yaş) son bir yılda ve geçmişte (son bir yıl haricinde) herhangi bir yerde (evde, oturlan çevrede veya okulda), doğrudan yaşanan veya tanık olunan şiddetin türlerini ve sıklığını, öz-bildirime dayalı değerlendirme aracıdır. Toplam 38 madden oluşan ölçek, yakın zamanda şiddete maruz kalma ölçeği (YAşMÖ) ve geçmişte (GEşMÖ) olmak üzere iki alt ölçeğin birleşmesiyle oluşmuştu. YAşMÖ 26 madde ve 6 faktörden oluşmakta ve cronbach alfa değeri ,91'dir. GEşMÖ 12 madde ve 3 faktörden oluşmakta ve cronbach alfa değeri ,90'dir. Dörtlü Likert tipinde olan ölçekler hiçbir zaman-0 puan, hemen hemen her gün-3 puan şeklinde puanlanmaktadır. Puanın yüksek olması, şiddete maruz kalmanın yoğunluğunu göstermektedir (Kaya, Bilgin 2012). Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik ve Chi-square testleri kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin % 75'inin yakın zamanda (son bir yılda) %65,5'inin geçmişte (daha önceki yıllarda) şiddete maruz kaldığı tespit edildi. % 78,6'sının ise hem yakın zamanda hem geçmişte bir veya birden fazla şiddete maruz kaldığı saptandı. şiddete maruz kalan öğrencilerin % 54,5'i erkek, % 45,5'i kızdı ve % 40,9'u 8. sınıftı.

Çalışmaya katılanların % 84,5'i konjenital, % 15,5'i sonradan olmak üzere tamamı görme engelli öğrenciydi. % 45,2'si kız, % 54,8'i erkekti, % 27,4'ü 6. sınıf, % 33,3'ü 7. sınıf, % 39,3'ü 8. sınıf öğrencisiydi ve % 13,1'inin anne babası ayırıydı. % 57,1'i ailesinin ekonomik durumunu orta olarak değerledirdi ve % 23,8'i yatılı öğrenim görmekteydi.

Anne babası ayrı olanların % 90,9'unun şiddete maruz kaldığı, anne babası sağ olanların % 76,8'inin, sadece annesi sağ olanların tamamının şiddete maruz kaldığı tespit edildi. Yatılı öğrencilerin tamamı, yatılı olmayanların da çoğu (% 70,3) yakın zamanda veya geçmişte şiddete maruz kaldığını ifade etti. Yatılı ve gündüzlü öğrenim görme durumu ile şiddete maruziyet arasında istatistiksel açıdan fark vardı ($\chi^2=7,67$; $p<,05$).

Görme engelli öğrencilerin yakın zamanda şiddete maruz kalmalarına ilişkin puan ortalamaları; okulda ya da çevrede şiddete tanık olma $1,70\pm 2,08$, bıçakla saldırıya ya da silahla ateşe tanık olma/uğrama $,24\pm,63$, okulda ya da çevrede şiddete uğrama $1,26\pm 1,26$, evde şiddete tanık olma $,93\pm,93$, evde şiddete uğrama $,88\pm,88$ ve cinsel kötüye kullanım $,26\pm,26$ 'dır. Genel puan ortalaması ise $5,27\pm 5,7$ olarak bulundu. Görme engelli öğrencilerin geçmişte şiddete maruz kalmalarına ilişkin puan ortalamaları; şiddete tanık olma $1,35\pm 1,76$, bıçaklı saldırıya ya da silahla ateşe tanık olma/uğrama $,18\pm,52$ ve şiddete uğrama $1,37\pm 1,62$ 'dir. Genel puan ortalamaları ise $2,89\pm 3,2$ olarak tespit edildi.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Engelli insanlar fiziksel, duygusal, cinsel ve sözel şiddetle karşılaşma açısından risk grubu içinde yer alırlar. Araştırma sonucumuza göre çalışmaya katılan öğrencilerin % 78,6'sının yakın zamanda veya geçmişte bir veya birden fazla şiddete maruz kaldığı saptandı. Pek çok çalışmada engelli çocukların şiddet kurbanı olma bakımından büyük risk taşıdığı bildirilmiştir (Jones ve ark. 2012).

şiddete maruz kalan öğrencilerin % 54,5'ü erkek, % 45,5'i kız öğrencilerden oluşmaktaydı. Araştırma sonuçları da bizim sonuçlarımızı destekler nitelikte olup, erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla şiddet/ zorbalığa maruz kaldığını belirtmiştir (Acar 2008, Alper 2008).

Yatılı öğrencilerin tamamı, yatılı olmayanların da çoğu, yakın zamanda veya geçmişte şiddete maruz kaldığını ifade etti. Yatılı ve gündüzlü öğrenim görme durumu ile şiddete maruziyet arasında istatistiksel açıdan fark vardı. Bulut ve ark. (2008), şiddet olaylarını oluş yerine göre incelediklerinde % 30 oranında yurt, pansiyon/ yatılı okul gibi yaşam alanlarında olduğunu tespit etmiştir. Bozkurt ve ark. (2011) yaptığı çalışmada okullarda yaygın olarak görülen akran istismarını, yaygın ve müdahale edilmesi gereken bir sorun olarak belirlemişlerdir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ve özellikle yatılı olarak eğitim gören çocukların daha fazla risk altında olduğu ve bu öğrencilerin okulda, sınıflarda ve okul bahçesinde gündüzlü olarak eğitimini sürdüren öğrencilere göre kendilerini kötü hissettikleri saptamışlardır. Erken yaşta ailesinden ayrılarak yatılı okula gelen görme engelli çocuklar şiddete uğrama ve şiddeti algılama sorunları yaşayabilir.

Sonuç olarak, çalışmaya katılan görme engelli öğrencilerin büyük çoğunluğunun yakın zamanda veya geçmişte bir veya birden fazla şiddet türüne maruz kaldığı saptandı. Yakın zamanda şiddete maruz kalan öğrenci sayısı, geçmişte şiddete maruz kaldığını ifade eden öğrenci sayısından daha fazla olduğu tespit edildi. Ayrıca, öğrencilerin yakın zamanda şiddete mazuriyet ölçeği puan ortalaması, geçmişte şiddete maruziyet puan ortalamasından daha yüksekti. Bu çalışma sonuçları, görme engelli öğrencilerin şiddete uğrama açısından riskli gruplar arasında yer aldığını ve sonunun giderek arttığını ortaya koymuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda; okullarda, öğrencilerin gelişim dönemlerine özgü şiddetle başetme ve şiddeti önleme programlarını okul toplumu ile birlikte yürütebilecek okul sağlığı ekibi oluşturulması, bu ekip şiddet farkındalığı ve önleme programları geliştirerek bu programları tüm öğretim yılına süresince öğrenci, öğretmen ve aile işbirliği ile sürdürmesi önerilebilir.

Anahtar Kelime: şiddet, görme engelli, öğrenci, okul hemşiresi

Kaynaklar:

Pinheiro PS. World report on violence against children. Geneva: ATAR Roto Presse SA, 2006.

Jones L., Bellis M. A, Wood S., Hughes K., McCoy E, Eckley L., Bates G., Mikton C., Shakespeare T, Officer A.: Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. www.thelancet.com Published online July 12, 2012 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60692-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8)

Meclis Araştırması Komisyon Raporu: Türkiye Büyük Millet Meclisi Çocuklarda ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi ile Okullarda Meydana Gelen Olayların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan (10/337, 343, 356, 357) Esas Numaralı Meclis Araştırması Komisyon Raporu, Ankara, 2008.

Dedeoğlu, M., Yayla D.,Karaşahin M., Öğrencilerin Şiddet Algısı T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Eğitimi Araştırma ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2008.

Oral Ü. K., Engin P., Büyükyazıcı Z.: Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması. Özet Rapor 2010.

T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi, Özürlülük Araştırmaları ve İstatistik Dairesi Başkanlığı, Türkiye Özürlüler Araştırması Temel Göstergeleri Ankara, 2006. (<http://www.ozida.gov.tr/arastirma/oztemelgosterge.htm>,26.01.2010).

Filippini, M. ve ark. Çocukluk, Engellilik & Şiddet; Önleme Stratejileri Geliştirmek İçin Engellilik Örgütlerini Güçlendirme, 2004.

Arıkan, Ç., Türkiye’de Görme Özürlü Kadınlar: Sorunlar, Beklentiler, Çözüm Önerileri. Ankara: Körler Federasyonu Yayını No: 3., 2001.

Uysal A., Bayık A., “Şiddet Karşıtı Eğitim Programının Öğrencilerin Çatışma Çözüm, Şiddet Eğilimleri ve Şiddet Davranışlarına Yansımaları”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), 20-30, 2009.

Mary, A., Nies, Melanie Mc.Ewen, Community Health Nursing Promoting The Health of Population, Chapter 21, 2010 .

Kaya, F., Bilgin H., Şiddete Maruz Kalma Ölçekleri Türkçe uyarlaması: Lise öğrencilerinde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Anadolu Psikiyatri Dergisi 13:151-157, 2012.

Acar, H. Samsun İli Yatılı İlköğretim Bölge Okulu (Yıbo) Öğrencilerinin Spor Yapma Alışkanlıkları Ve Şiddete Uğrama Durumlarının Değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Samsun Agustos-2008.

Alper, S. İlköğretimde Zorbalık. TC. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Ana Bilim Dalı Sınıf Öğretmenliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bursa 2008.

Bulut, S., Okullarda Görülen Öğrenciden Öğrenciye Yönelik Şiddet Olaylarının Bazı Değişkenler Açısından Arşiv Araştırması Yöntemi İle İncelenmesi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi Aralık , 8 Cilt ,Volume: 8 Sayı 2, 2008.

Bozkurt S., Akbıyık A., Yüzük S., Gördeles B., N., Sağkal T., Bir Yatılı Bölge Okulunda Akran İstismarı Ve Farkındalık Eğitiminin Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14: 4, 2011.

932

BİR GRUP HEMODİYALİZ HASTASINDA DEPRESYON VE HUZORSUZ BACAK SENDROMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özlem Örsal¹, Alaettin Ünsal², Özgül Örsal³

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Meşelik / Eskişehir

²Eskişehir Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Gençlik Danışma Birimi

³Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve amaç: Böbrek yetmezliği; glomerüler filtrasyon değerinin azalması sonucu, böbreğin sıvı-elektrolit, metabolik-endokrin fonksiyonlarında ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanmaktadır. Glomerül filtrasyon hızı ancak 5-10ml/dk.'ya indikten sonra hastalar hemodiyaliz (HD), periton diyalizi veya transplantasyon tedavisine alınır. Kronik böbrek yetmezliğinde en sık kullanılan tedavi yöntemi HD'dir. HD; fistül, greft ya da kateter adı verilen uygun bir vasküler giriş yolu kullanılarak hastadan alınan kanın, yarı geçirgen bir membran aracılığı ve bir makine yardımı ile başka bir solüsyonla (diyalizat) karşı karşıya getirmek, kandan / hedef solüsyondan istenmeyen maddeleri uzaklaştırmak veya eksik maddeleri o solüsyona/kana ekleme işlemidir. HD tedavisi genellikle haftada 3 kez 4 saat süren seanslar şeklinde uygulanır [1].

HD tedavisinin ertelenmesi veya ara verilmesinin mümkün olmaması, tedavinin süresinin uzun olması, kullanılan ilaçların, sıvı alımının ve yiyeceklerin kısıtlanması bireye sürekli hastalığının hatırlatılması, psikik ve sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir. HD hastaları arasında psikoz, bipolar bozukluk, intihar düşüncesi, tedaviye dirençli depresyon gibi birçok ruhsal bozuklukların daha sık görüldüğü bilinmektedir. HD hastaları arasında en sık görülen ruhsal bozukluklardan biri depresyondur. Depresyon, derin üzüntü veya keder, uykusuzluk, iştah azalması, zevk alamama, ümitsizlik, sinirlilik, kendini beğenmeme ve intihar eğilimi gibi ruhsal durumda bir bozukluk olarak kendini gösterir [2]. Yapılan çeşitli çalışmalarda HD hastaları arasında depresyon sıklığının %24.0-74.0 arasında değiştiği bildirilmektedir. Depresyon saptanan HD hastalarında yaşam kalitesinin daha kötüleştiği, daha sık hastaneye yattığı, hastanede kalma sürelerinin arttığı ve ölüm, miyokard infarktüsü yada inme riskinin depresif belirtilerde daha fazla olduğu bildirilmektedir.

HD hastalarında sık görülen ruhsal bozuklardan biri de HBS'dur. Huzursuz bacak sendromu (HBS) parestezi ve yanma hissi ile kendini gösteren, istirahat sırasında ve geceleri hastaların etkilenen ekstremitelerini hareket ettirme isteği ile karakterize, kronik, ilerleyici bir rahatsız hissi olarak tanımlanmaktadır. Depresyon ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Huzursuz Bacak Sendromu etyolojisinde dopamin mekanizmasının benzer olduğu ileri sürüldüğünden aralarında ilişki olması beklenir.

Bu çalışma, bir grup hemodiyaliz (HD) hastasında depresyon ve ilişkili olduğu düşünülen bazı faktörlerin incelenmesi ile depresyon ve HBS arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma, 15 Nisan – 15 Haziran 2012 tarihleri arasında Eskişehir Özel Anadolu Diyaliz Merkezinde tedavi alan hastalar üzerinde gerçekleştirilen tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışma süresince HD Merkezine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 134 hasta (%67.0) çalışma grubunu oluşturmuştur. Çalışmanın amacına uygun olarak önceden hazırlanan anket formlar [3-6] hastalar HD tedavisi aldığı sırada yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından doldurulmuştur. Çalışmamızda Depresyon değerlendirilmesi için Beck Depresyon ölçeği kullanıldı. Ölçekten 17 ve üzeri puan alanlar Depresyon şüphesi “var” olarak kabul edildi. HBS varlığı ve şiddetinin değerlendirilmesi ise Uluslararası HBS Çalışma Grubu’nun HBS tanısı için gerekli minimal kriterleri ve şiddetini değerlendirme ölçeği kullanıldı [3, 4]. Veriler, bilgisayar ortamında SPSS (versiyon 15.0) istatistik paket programında değerlendirildi. Analizler için Ki-kare testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların 66’sı (%49.3) erkek, 68’i (%50.7) ise kadındır. Yaşları 22-87 arasında değişmekte olup, ortalama 62.87 ± 13.58 yıl idi. Hastaların yarısına yakını (%46.3) 65 ve üzeri yaş grubundadır. Bu çalışmada depresyon şüphesi saptanan hasta sayısı 72 (%73.7) idi. Aile gelir durumu kötü olanlarda, hekim tanılı herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda ve herhangi bir kronik hastalık öyküsü olanlarda depresyon sıklığının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (her biri için; $p < 0.05$). Cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, medeni durum, sigara içme durumu, HD başlama yaşı, haftalık HD girme süresi, haftalık HD tedavisi alma sayısı ile depresyon sıklığı açısından bir ilişki bulunamamıştır (her biri için; $p > 0.05$).

Hastalardan 99’unda (%73.9) HBS vardı. HBS olanlarda depresyon sıklığının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p = 0.013$), olgulardan 32’sinin (%23.9) şiddeti hafif, 56’sının (%41.8) orta, 11’inin (%8.2) ise ağır derecede olduğu saptandı. Hastaların Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar 0-47 arasında değişmekte olup, ortalama 18.94 ± 11.87 puan idi. HBS ölçeğinden aldıkları puanlar ise 9-39 arasında değişmekte olup, ortalama 20.17 ± 7.31 puan idi. Hastaların Beck Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile HBS ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r_s = 0.524$; $p = 0.000$).

Tartışma: Çalışmamızda hastaların yaklaşık üçte ikisinde depresyon şüphesi olduğu saptandı. Yapılan çeşitli çalışmalarda HD hastalarında depresyon sıklığının %24.0-85.0 arasında değiştiği bildirilmektedir [6-8]. Bildirilen farklı sonuçların nedenleri arasında çalışmalarda kullanılan tanı yöntemlerinin farklı olması ve depresyon değerlendirilmesinin HD öncesi veya sonrasında yapılmış olması (anket hemodiyaliz öncesi uygulandığında somatik sorunlar, yorgunluk, azalan iştah, uyku bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü’nün depresyon belirtilerini artırabileceği) sayılabilir.

Bu çalışmada depresyon sıklığı açısından erkeklerle kadınlar arasında bir fark bulunamadı. Cukur ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da benzer sonuç rapor edilmiştir [7]. Yapılan bazı çalışmalarda ise erkekler arasında depresyon sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir [8, 9].

HD tedavisi alan hastaların fiziksel aktivite seviyelerinin yaşla beraber azalması, hastalarının tedavisinin uzun sürmesi gibi nedenlerle yaş arttıkça depresyon sıklığının artması beklenen bir durumdur [6, 7]. **Çalışmamızda ise yaş ile depresyon sıklığı arasında bir ilişki bulunamamıştır.** Benzer sonuç bildiren çalışmalar da vardır [7, 8, 10].

Öğrenim düzeyi düşük olanların, yaşamdaki zorluklarla baş etmeleri daha zor olabileceğinden depresyon sıklığının daha yüksek olması beklenir [6, 11]. Oysa **çalışma grubunda depresyon sıklığı ile öğrenim durumu arasında bir ilişki bulunamamıştır.** Yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir [7, 8, 10].

Bu çalışmada medeni durum ile depresyon sıklığı arasında bir ilişki bulunamamıştır. Hedayati ve ark. yaptıkları bir çalışmada da benzer sonuç rapor edilmiştir [10]. Ovayolu ve ark. yaptıkları bir çalışmada ise evli olanlar arasında depresyon sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir [6].

Gelir getirici herhangi bir işte aktif olarak çalışan ve çalışmayan hastalar arasında depresyon sıklığı açısından bir fark bulunamadı. Cukor ve ark. yaptıkları bir çalışmada ise benzer sonuç rapor edilmiştir[7]. Bahar ve ark.yaptıkları çalışmada ise çalışanlarda depresyon sıklığının daha yüksek olduğu[8], Hedayati ve ark. ile Ovayolu ve ark. yaptıkları çalışmalarda ise çalışanlar arasında depresyon sıklığının daha düşük olduğu bildirilmiştir[6, 10]. Çeşitli çalışmalarda çalışma durumu ile depresyon sıklığında ki farklılığın nedenlerinden biri HD gruplarının sosyodemografik özelliklerinin homojen özellikte olması olabilir.

Çalışma grubunda aile gelir durumu kötü olanlar arasında depresyon sıklığı anlamlı derecede yüksek bulundu. Ovayolu ve ark. yaptıkları çalışmada da benzer sonuç bildirilmiştir [6]. Bahar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da ise gelir durumu iyi olanlarda depresyon sıklığının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir [8].

Hekim tanılı herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar arasında depresyon sıklığının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulundu. Hedayati ve ark. yaptıkları bir çalışmada da benzer sonuç bildirilmektedir [10].

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda hastalığının yanı sıra endokrin, nörolojik, kardiyovasküler hastalıklar gibi farklı bir kronik hastalığı da olduğunda, nedensel ilişki kurmak güç olsa da, depresyon görülmesi beklenir[12]. **HD tedavisini gerektiren hastalığı dışında hekim tanılı herhangi bir kronik hastalığı olanlar arasında depresyon sıklığı daha yüksektir.** Hedayati ve ark. yaptıkları çalışmada da benzer sonuç bildirilmektedir [10].

Sigara içen bireyler arasında depresyon sıklığının ya da depresyon saptanan bireyler arasında sigara içme sıklığının daha yüksek olmasından, sigara içme ile depresyon arasında bir ilişki olması beklenir[13, 14]. Oysa çalışma grubunda **sigara içenler ve sigara içmeyenler arasında depresyon sıklığı açısından bir fark bulunamamıştır.**

Çalışmamızda hastaların HD tedavisine başlama yaşları, HD tedavisi alma süreleri ve haftalık HD alma sayısı ile depresyon sıklığı arasında bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda benzer sonuç bildirilmiştir[15, 16]. Oysa Hedayati ve ark. depresyon saptanan HD hastalarında tedavi süresinin depresyon saptanmayanlara göre 3 kat daha fazla uzadığını bildirmektedirler [10].

Depresyon ve Huzursuz Bacak Sendromu etyolojisinde dopamin mekanizmasının benzer olduğu ileri sürüldüğünden aralarında ilişki olması beklenir. Çalışmamızda da benzer olarak **Huzursuz bacak sendromu olanlarda depresyon sıklığı anlamlı derecede yüksek bulundu.** Yapılan çalışmalarda benzer sonuç rapor edilmiştir[17,18]. Takaki ve ark. yaptıkları bir çalışmada ise HBS ile depresyon arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir [19]. Bu durumun nedenlerinden biri HBS ile depresyon arasındaki ilişkinin halen karmaşık olması olabilir.

Hastaların Beck Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile HBS ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Sevim ve ark. yaptıkları bir çalışmada da benzer sonuç rapor edilmiştir [20].

Sonuç ve öneriler: HD hastaları arasında depresyon ve Huzursuz Bacak Sendromunun yaygın olduğu, depresyon saptananlarda HBS sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. HBS şiddeti arttıkça depresyon sıklığı da artmaktadır. Çalışmamızda depresyon ile HBS arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Depresyon ve HBS saptanan hastaların kesin teşhis ve tedavilerinin sağlanabilmesi için uzman hekimlere yönlendirilmesi yararlı olacaktır. Depresyon ve HBS arasındaki ilişkinin ortaya konulması için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Hemodiyaliz hastası, Depresyon, Huzursuz Bacak Sendromu

Kaynaklar:

1. Stone W, Hakim R: Therapeutic options in the management of end-stage renal disease. In: *The Principles and Practice of Nephrology*. edn. Edited by Jacobson R, Striker E, Klahr S. St. Louis: Mosby Year Book; 1995: 653.
2. (DSM-IV-TR) DaSMoMD. Washington, DC, APA: American Psychiatric Association; 2000.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

3. Walters A: Toward a better definition of the restless legs syndrome. The International Restless Legs Syndrome Study Group. *Mov Disord* 1995, 10(5):634-642.
4. Allen R, Picchietti D, Hening W, Trenkwalder C, Walters A, Montplaisir J: Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Med* 2003,4(2): :101- 119.
5. Levendoğlu F, Altıntepe L, Uğurlu H: Yaşılı hemodiyaliz hastalarında disabilite, depresyon ve yaşıam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2004, 7:195-198.
6. Ovayolu N, Pehlivan S, Uğan Ö, Çuhadar D: Hemodiyaliz hastalarının yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki [Relationship between loneliness and depression levels in hemodialysis patients]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi [Anatolian Journal of Psychiatry]* 2007, 8:293-296.
7. Cukor D, Rosenthal D, Jindal R, Brown C, Kimmel P: Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney International* 2009,75(11):1223-1229.
8. Bahar A, Savaş A, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H: Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşıam [Anxiety, depression and sexual life of hemodialysis patients]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi [Anatolian Journal of Psychiatry]* 2007, 8:287-292.
9. Peng Y, Chiang C, Hung K, al. e: The association of higher depressive symptoms and sexual dysfunction in male haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2007, 22:857-861.
10. Hedayati S, Minhajuddin A, Afshar M, Toto R, Trivedi M, Rush A: Association between major depressive episodes in patients with chronic kidney disease and initiation of dialysis, hospitalization, or death. *JAMA* 2010, 303(19):1946-1953.
11. Kahraman A, Çınar S, Pınar R: Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek depresyonu etkiler mi? *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2006, Temmuz- Ekim:46-53.
12. Oğuzhanoglu N: Tıbbi Durumlar ve Depresyon. *Duygudurum Dizisi* 2001, 3:116-125.
13. Klungsoyr O, Nygard J, Sorensen T, Sandanger I: Cigarette smoking and incidence of first depressive episode: an 11-year, population-based follow-up study. *Am J Epidemiol* 2006, 163:421-432.
14. Tsoh J, Humfleet G, Muńoz R, Reus V, Hartz D, Hall S: Development of Major Depression After Treatment for Smoking Cessation. *Am J Psychiatry* 2000, 157(3):368-374.
15. Devins G, Mann J, Mandin H, all e: Psychosocial predictors of survival in end-stage renal disease. *J Nerv Ment Dis* 1990, 178(2):127-133.
16. Christensen A, Wiebe J, Smith T, Turner C: Predictors of survival among hemodialysis patients: effects of perceived family support. *Health Psychol* 1994, 13(6):521-525.
17. Tuncel D, Orhan F, Sayarlioglu H, Isık I, Utku U, Dinc A: Restless legs syndrome in hemodialysis patients: association with depression and quality of life. *Sleep Breath* 2011, 15:311-315.
18. Gigli G, Adorati M, Dolso P, Piani A, Valente M, Brotini S, Budai R: Restless legs syndrome in end-stage renal disease. *Sleep Med* 2004, 5(3):309-315.

19.Takaki J, Nishi T, Nangaku M, Shimoyama H, Inada T, Matsuyama N, Kumano H, Kuboki T: Clinical and psychological aspects of restless legs syndrome in uremic patients on hemodialysis. *Am J Kidney Dis*2003, 41(4):833-839.

20. Sevim S, Dogu O, Kaleagasi H, Aral M, Metin O, Camdeviren H: Correlation of anxiety and depression symptoms in patients with restless legs syndrome: a population based survey. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004, 75(2):226-230.

627

DÜZCE İLİ AKÇAKOCA İLÇESİNDEKİ İLKÖĞRETİM OKULLARINDAKİ ÖĞRENCİLERDE HİPERTANSİYON PREVELANSI

Deniz Oruç, Fatma Eker

Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağında hipertansiyon prevalansı erişkine göre daha düşüktür. Ancak son yıllarda çocukluk çağı ve adolesanlarda yapılan çalışmalarda hipertansiyon prevalansında artış olduğu görülmektedir. Prevelanstaki bu artış, çocuklarda obezite prevalansında artma, beslenme sonucu alışkanlığının değişmesi sonucu fast-food alışkanlıklarında yağların ve karbonhidratların fazla oranda tüketilmesi, fiziksel inaktivite ve artan stres faktörlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çocukluk çağında yüksek kan basıncı değerlerine sahip olmak erişkin çağda kardiyovasküler hastalıkların oluşmasında en önemli risk faktörlerinden biridir. Bu nedenle kişinin yaşamını tehdit eden, geri dönüşmez izler bırakan, uzun süre tedavi gerektiren ve büyük maddi kayıplara neden olan hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan hipertansiyonun çocukluk çağında saptanması ve önlenmesi önemlidir. Bu çalışmanın amacı Düzce ili Akçakoca ilçesindeki ilköğretim çağındaki çocuklardaki hipertansiyon sıklığının belirlenmesi ve hedef grup tespit edilerek hipertansiyonun azaltılmasına yönelik yapılacak çalışmalara alt yapı oluşturulmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Düzce ili Akçakoca ilçesi sınırları içerisinde yer alan 23 okulda 14-30 Mart 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada örnek seçilmemiş evrenin tamamına (6200) ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmanın veri toplama aşaması Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 3 ve 4. Sınıf öğrencileri arasından seçilen 40 kişilik bir grup ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma öncesinde Hemşirelik öğrencilerine eğitim verilmiştir. Araştırma ekibi sekizer kişilik gruplar halinde 5 ekip oluşturulmuş ve her bir ekibin başında uzman bir personel görevlendirilmiştir. Çalışmaya alınan öğrencilerin boy ve kiloları belirlendi ve daha sonra kan basıncı ölçümleri yapıldı. Kan basıncı ölçümü sırasında çocukların sakin ve rahat bir ortamda olmaları sağlandı. Kan basıncı ölçümünün doğru yapılması için ön görülen standartlara uyuldu. Çalışmada kan basıncı ölçümü için kalibrasyonu yapılmış 5 adet F.Bosch Konstante II çocuk boyu ve 5 adet erişkin boyda Erka Marka stetoskop ve tansiyon aleti kullanıldı.

Elde edilen verilerle, çocuklar yaş gruplarına ve cinsiyete göre ayrıldı. Ölçülen kan basıncı değerleriyle, yaş gruplarına göre ayrı ayrı Tümer sistolik ve diastolik kan basıncı persentil eğrileri kullanılarak, sistolik veya diastolik kan basınçları 90-95 perseantil arasında olan çocuklar prehipertansif ve 95 paersantil üzerinde olanlar hipertansif olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler bilgisayar programında derlendirilmiş sayı-yüzde dağılımları kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan 23 okulda öğrenim gören 6200 öğrenciden 4984'üne (%80.0) ulaşılmıştır. Okullarda tarama yapılması planlanan günlerde okula devamsızlıklar nedeniyle evrenin tamamına ulaşılammıştır. Öğretmenler okulun tatile yaklaştığı dönemlerde devamsızlığın özellikle lise öğrencilerinde arttığını söylemişlerdir. Çalışmaya alınan 4984 çocuğun 2442'si(%49) kız, 2542'si(%51) erkektir.

Çalışmada çocukların 290'ının (%5,8) hipertansif olduğu, 194 erkek, 174 kız olmak üzere 368 (%7,4) çocuğun prehipertansif, 118 erkek 74 kız olmak üzere 192 çocuğun (%3,9) sistolik hipertansif ve 113 erkek, 87 kız olmak

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

üzere 200 çocuğun (%4,0) diastolik hipertansif olduğu tespit edildi. Hipertansif olanların 90'ı (1,8) sistolik hipertansif, 98'i (%1,9) diastolik hipertansif, 102'si (%2,1) hem sistolik hemde diastolik hipertansif oldu tespit edildi.

Tartışma ve Sonuç: Çocukluk çağı ve adolesanlarda yapılan çalışmalarda hipertansiyon prevalansında artış saptanmıştır. Çocukluk ve adolesanlarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda hipertansiyon prevalansı %0,6 –11 olarak belirtilmiştir(1,2). Arslan'ın yaptığı çalışmada hipertansiyon prevalansı %9,1(1), Prevalanslar arasındaki bu farklılıkların yaş grupları, Kan Basıncı ölçme ve değerlendirme yöntemleri, obezite, çevresel faktörler ve sosyo ekonomik durum gibi çeşitli faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir. Çocuk ve adolesanlarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda kan basıncının cinsiyete göre değişim gösterdiği saptansada bunun aksini gösteren çalışmalarda vardır(3,4,5). Bu çalışmada sistolik hipertansiflerin %61,5'i erkek, %38,5'i kız ve diastolik hipertansiflerin %56,5'i erkek, %43,5'inin kız olduğu saptanmıştır. Çalışmada hem sistolik hem de diastolik kan basıncı prevalansları erkeklerde daha yüksek olarak saptanmıştır.

Sonuç olarak hipertansiyon ülkemizde farklı sosyoekonomik düzeydeki illerde yapılan çalışmalarda farklılıklar göstermesine rağmen çocuklarda artan bir halk sağlığı sorunu olduğunu düşündürmekte ve acilen önlem alınması gerekmektedir.

Araştırmamızın sınırlılıkları: Çalışmada, ölçüm yapan kişi sayısının birden fazla olması ölçüm sonucuna kişisel farklılıkların yansımaya neden olabilir.

Anahtar Sözcükler: Hipertansiyon, Okul çağı, Çocuk, Sıklık

Kaynaklar:

1. Arslan Ş, Van Yöresi İlköğretim Çocuklarında Asemptomatik Hipertansiyon Sıklığı, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2007
2. Özkayın N, Edirne İl Merkezindeki 6-17 Yaş Arası Çocuklarda Hipertansiyon Prevalansının Araştırılması ve Hipertansiyon Saptanan Hastaların Yaşam İçin Kan Basıncı İzlemi ile Dorulanması, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2008
3. Çtinkaya F, Okul çocuklarında asemptomatik hipertansiyon sıklığı: Uzmanlık Tezi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, 1999
4. Dündar İ, Saltık A, Edirne Merkezindeki 7-11 yaş grubu 968 ilköğretim çocuğunda hipertansiyon taraması, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Ankara, 1995
5. Tümer N, Yalçınkaya F, İnce E, Ekim M, ve ark, Blood pressure nomograms for children and adolescents in Turkey, *Pediatr Nefrol*;13:438-443, 1999

298

DENİZLİ İLİ KRONİK HAVA YOLU HASTALIKLARINI ÖNLEME ve KONTROL EYLEM PLANI (2011- 2014)

Elif Duman, Mehmet Gündoğdu, Mine Solakoğlu Uçar, Metin Bozkır, İbrahim Demirciler, Erdoğan Taş

Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Dünyada 2005 yılında gerçekleşen 58 milyon ölümden 35 milyonunun nedeni kronik hastalıklardır. Önümüzdeki 10 yılda bu hastalıklardan ölümlerin % 17 oranında artması beklenmektedir. Kronik Hava Yolu Hastalıkları bugün dünyada milyonlarca insanı etkilemektedir. Astım ve solunumsal alerjiler, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), solunum yollarının meslek hastalıkları, uyku apne sendromu ve pulmoner hipertansiyon bu hastalıklar arasındadır. Önlenebilir bu hastalıkların en temel risk faktörü ise sigara içimidir ve bu durum çok önemli bir halk sağlığı sorunudur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Türkiye’de de astım prevalansı farklı şehir ve bölgelerde büyük değişkenlik göstermektedir. Çalışmalarda coğrafi bölgelere bağlı olarak, astım prevalansının çocuklukta %5–10, erişkinde %2–6 arasında değiştiği görülmektedir (1). Denizli il merkezinde 2003 yılında 26 okulda 6-7 yaşlarındaki 3000 çocuğa (International Study of Asthma and Allergies in Childhood anketi uygulanarak) yapılan çalışma sonuçları ; hayat boyu hırıltı prevalansı: % 22,3 ve doktor tanılı astım ise % 17,3’tür (2). Yine Denizli il merkezinde 2004 yılında 20-49 yaş grubuna (European Community Respiratory Health Survey anketi ile) yapılan çalışmada; en sık görülen semptom uykudan uyandıran öksürük; % 17,4 ve hırıltılı solunum % 16,8’ dir (3).

Sağlık Bakanlığınca Küresel Hastalık Yüğü metodu kullanılarak Türkiye’de ölüm nedenlerini tahmin etmeyi hedefleyen çalışmada, en sık görülen ölüm nedenleri arasında KOAH’ın üçüncü ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir(4,5). Adana ilinde 2004 yılında yapılan BOLD çalışması 40 yaş üstü yetişkinlerin % 19.6’sında (erkeklerde %28 ve kadınlarda % 10.3) KOAH bulunduğunu göstermiştir(6).

Hazırlanan Denizli ili Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Eylem Planının amacı; Denizli ili olarak GARD (Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel İşbirliği) stratejik planı ile DSÖ’nün bulaşıcı olmayan hastalıklar eylem planının bir parçası olmak, İlimizde konuyla ilgili kuruluşların işbirliğini sağlayarak KHH’da sürveyansı iyileştirmek, korunma ve kontrolde il odaklı öncelikleri belirlemek, Kronik Hava Yolu Hastalıklarının Önleme Kurulu oluşturarak paydaşların konu hakkında farkındalıklarını ve bilgi paylaşımlarını artırmak, bu sayede ilgili taraftar kazanmak , konuyla ilgili olarak sağlık personelinin ve halkın eğitimini sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem:

Hazırlık çalışmaları: Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planı’nın Çalışma Grupları ve 2. Ulusal Genel Kurul Toplantısı 16-17 Aralık 2010 tarihlerinde Ankara’da yapılan toplantıya müdürlüğümüz temsilcisi katıldı. Ardından İlimizde konuyla ilgili çalışmalar hızlandı.

Denizli il Hıfzıssıhha Meclisi 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 23. maddesine göre 03.02.2011 tarihinde Vali Başkanlığında gündemdeki konuları görüşmek üzere toplandığında *Kronik Hava Yolu Kontrol Kurulunun* oluşturulmasına, çalışmaların bu komisyonca yürütülmesine oy birliğiyle karar alındı. Bu karar doğrultusunda Sağlık Müdürlüğü, Pamukkale Üniversitesi, Denizli Belediyesi, Milli Eğitim Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Kurumu İl Müdürlüğü, Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü, İl Müftülüğü, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü, Denizli Defterdarlığı, TÜİK Bölge Müdürlüğü, Denizli Eczacılar Odası, Tabip Odası ve Aile Hekimleri Derneği işbirliği ile *Denizli ili Kronik Hava Yolu Hastalıklarının Önleme ve Kontrol İl Kurulu* oluşturuldu. İl Kurulu tarafından “Denizli KHH Önleme ve Kontrol Eylem Planı (2011–2014)” hazırlandı. Eylem planı hazırlanırken Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarının (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) rehber alındı. Hazırlanan planla ilgili Denizli Valiliğinden alınan 17.08.2011 tarihli ve 21100 sayılı onay ile birlikte Tüm Kaymakamlıklara, Tüm Belediye Başkanlıklarına, PAÜ Rektörlüğüne, Denizli Merkez Kamu Kurum ve Kuruluşlarına, Tüm Sağlık Kurumu ve Kuruluşlarına, Sivil Toplum Kuruluşlarına dağıtımı yapıldı. Dağıtımı yapılan birimlerden konuyla ilgili olarak yapılan tüm etkinlik ve faaliyetlerinin yılda iki kez (Ocak- Temmuz) KHH Önleme ve Kontrol İl Kurulu’na rapor halinde bildirilmesi ve eylem planının aksatılmadan yürütülmesi istendi.

İçerik: İlimiz Kronik Hava Yolu Hastalıklarının Önleme Eylem Planının içerik başlıkları şöyledir:

- Kronik Hava Yolu Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı’nın oluşturulması ve kamuoyuna duyurulması - Hastalık gelişiminin önlenmesi - Hastalıkların erken dönemde saptanması ve ilerlemesinin önlenmesi - Hastalıkların etkin tedavisi ve komplikasyonların gelişiminin önlenmesi - Hastalıklara yönelik rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması - Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programının izlenmesi ve değerlendirilmesi.

En temel risk faktörlerinden olan tütün ve mamülleri ile mücadele çalışmaları ilimiz tütün kontrol eylem planı çalışmaları ile koordineli olarak yürütülmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Uygulama: Kurulun sekretarya işlemleri Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi tarafından yürütülmektedir. İl Kurul'un toplanma tarihi, gündemi ve yeri sekretarya tarafından organize edilir. İl kurulu dört ayda bir salt çoğunluğun katılımı ile toplanır ve yapılan faaliyet raporlarını İl Kurulu Çalışma Usul ve Esasları doğrultusunda bakanlığa gönderir. İl kurulu eylem planı aktivitelerini yürütmek ve ilde uygulanan diğer programlarla koordinasyonu sağlamakla görevli ve sorumludur. Ayrıca İl Kurulu tarafından İl Hıfzıssıhha Kuruluna faaliyet raporu sunulur. Bu işlemlerin organizasyonu yine sekreteryaya tarafından yürütülür.

Sonuç ve Öneriler: Ülkemizde önemli bir mortalite ve hastalık yükü nedeni olan Astım-KOAH hastalıkları ile mücadelede başarılı olabilmek için illerin kendi üzerine düşen görevleri yerine getirmesi önemlidir. Bu bağlamda Denizli ilinde oluşturulan eylem planı sektörler arası işbirliğini vurgulaması ve ulusal eylem planlarının yerel izdüşümü olması açısından model teşkil etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hava Yolu Hastalıkları, Kontrol, Program

1- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım – KOAH) Önleme Ve Kontrol Programı (2009 – 2013) Eylem Planı, Ankara 2009.

2- Akcay A, Tamay Z, Dağdeviren E, Zencir M, Ones U, Guler N. "Denizli'deki 6-7 yaş Okul Çocuklarında Alerjik Hastalıkların Prevalansları" Ege Tıp Dergisi/46(3), 2007.

3- Daloğlu G, Özkurt S, Evyapan F, Kiter G, Zencir M, Başer S. "Denizli İl Merkezindeki 20-49 Yaş Grubu Erişkinlerde Astım Semptom Prevalansı ve Etkileyen Risk Faktörleri" Toraks Dergisi 7(3), 2006.

4-Republic of Turkey Ministry of Health Refik Saydam Hygiene Center Presidency School of Public Health. Turkey National Burden of Disease and Cost Effectiveness Study: National Household Survey 2003. Basic Findings. Ankara, Turkey 2006.

5- Republic of Turkey Ministry of Health Refik Saydam Hygiene Center Presidency School of Public Health. Turkey Burden of Disease Study 2004. Ankara, Turkey 2006.

6- Kocabas A, Hancıoğlu A, Turkyılmaz S, Unalan T, Umut S, Cakır B, Vollmer W, Buist S. Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). Proceedings of the American Thoracic Society 2006; 3 (Abstract Issue): A543.

656

DENİZLİ AŞIRI TUZ TÜKETİMİNİN AZALTILMASI PROGRAMI (2011-2015)

Sedefnur Tokkaya, Mehmet Gündoğdu, Mine Solakoğlu Uçar, Metin Bozkır, İbrahim Demirciler, Erdoğan TAŞ

Halk Sağlığı Müdürlüğü Denizli

Giriş ve Amaç: Dünyada en önemli halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen kronik hastalıklar, ülkemizde her geçen gün sayısı hızla artan ölümlerin de başlıca nedenlerindedir. Erken ölümlere yol açan ve kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik hastalıklardan korunmada önleyici tedbirler alınması gerekmektedir. Toplumdaki bireylere yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırılırsa kronik hastalıklardan önemli ölçüde koruma sağlanabilecektir (1).

Kronik hastalıklardan korunmada en önemli faktörlerden biri, yeterli ve dengeli beslenmedir. Dünya Sağlık Örgütü, kişi başına tüketilmesi gereken günlük tuz miktarını 5 gr olarak belirlemiştir. Ancak ülkemizde kişi başına düşen günlük tuz tüketimi 2008 yılında yapılan Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışmasına (SALTürk) göre 18 gr kadardır (2, 3). Bu değer DSÖ' nün önerdiği değerden 3 kat daha fazladır. Fazla tuz tüketimi yüksek kan basıncına neden olmaktadır. Yüksek kan basıncı ise ülkemizde ölümlerin ve hastalık yükünün en önemli nedeni olan kalp hastalıklarının önde gelen risk faktörüdür. Hastalık yükü çalışmasında ülkemizde yer alan her dört ölümden birisi yüksek tansiyonla ilgilidir (4). Aşırı tuz tüketimi yüksek kan basıncına bağlı felçlerinde en önemli sebeplerinden birisidir. Ayrıca aşırı tuz tüketimi günümüzde önemli birer sağlık sorunu haline gelen mide kanseri, osteoporoz, böbrek hastalıklarının v.b. gelişimiyle de yakından ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Son çalışmalarda Türkiye'de tuz tüketimi çok fazla (yaklaşık 18 gram/gün) olduğundan Sağlık Bakanlığı tarafından "Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2011-2015)" oluşturulmuştur. Bu eylem planının amacı aşırı tuz tüketimine dikkat çekmek ve tuz tüketimini azaltmaya yönelik faaliyetlere hız vermek, belirlenen hedeflere ulaşmak, faaliyet ve etkinliklerin belirli bir çerçevede yürütülmesini sağlamaktır. İlimizde de "Denizli Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2011-2015)" oluşturularak, eylem planı kapsamında birçok faaliyetler yürütülmektedir.

Gereç ve Yöntem: Halk sağlığının korunması ve hastalıkların oluşumlarının önlenmesi için çok sektörlü bir yaklaşım ile toplumumuzda tuz tüketiminin kademeli olarak önerilen seviyelere düşürülmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından "Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2011-2015)" oluşturulmuştur. İlimizde de tuzun azaltılması sürecinin belirlenmesi için İl Hıfzıssıhha Kurulunun 05/01/2012 tarih ve 1 no'lu kararıyla;

1. Aşırı tuz tüketiminin önlenmesi amacıyla planlanan faaliyetlerin yürütülmesi için Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanseri Biriminden sorumlu müdür yardımcısı Başkanlığında, Pamukkale Üniversitesinden Halk Sağlığı Anabilimdalı Başkanlığı, Denizli Belediye Başkanlığı, İl Millî Eğitim Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Kurumu İl Müdürlüğü, İl Müftülüğü, Gıda Tarım ve Hayvancılık İl Müdürlüğü, Denizli Devlet Hastanesi Baştabipliği, Çevre ve Çalışan Sağlığı Birimi, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanseri Birimi, Gıda Üretimi ve Sunan Kuruluşların Oda Temsilcileri ve Sivil Toplum Kuruluşları Temsilcilerinden (Fırıncılar Odası, Lokantacılar Odası, Pastacılar Odası, Tabildotcular Odası vb) oluşan **Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Kontrol Kurulunun** oluşturulmasına,

2. Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Eylem planının oluşturulmasına karar verilmiş ve "Denizli Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2011-2015)" hazırlanmıştır.

Tuz tüketiminin azaltılmasına yönelik stratejiler belirlenerek kurumlar arası işbirliği içerisinde "Denizli Obezite Eylem Planı (2011–2015)" ile paralel olarak çalışmalarını yürütmekte ve kurul yılda iki kere toplanıp durum değerlendirmesi yaparak, yapılan tüm faaliyetleri Sağlık Bakanlığına rapor etmektedir.

Bulgular: İlimizde "Denizli Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2011-2015)", eylem planı içeriği şöyledir:

- a. Toplumun tuzun azaltılması konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi,
- b. Tüm sağlık personeline hizmet içi eğitimler düzenlenmesi,
- c. Özel gruplara yönelik eğitim çalışmaları,
- d. Tanıtım amacıyla eğitim materyali dağıtılması,
- e. Kamuya açık yerlerde tanıtım stantlarının kurulması,
- f. İlimizdeki yerel TV' lerde halk otobüslerinin mobil ekranlarında, deniz ulaşım araçlarında video yayınları yapılması,
- g. Gıda ve Beslenme hizmetleri sunulan mekânlara yönelik eğitimler yapılarak gerekli tedbirlerin alınmasının sağlanması,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Denizli Tuzun Azaltılması Eylem Planı (2011–2015) kapsamında; Denizli TSM Eğitici Eğitiminde 29 eğitici sağlık personeline tuzun azaltılması eğitimi verildi ve Denizli Tuzun Azaltılması Eylem Planı (2011–2015) kapsamında yapılabilecekler tartışıldı. Ayrıca Denizli ilinde çalışan 256 Aile Sağlığı Elemanlarından (ASE); 218 (%85)' ine hizmetiçi eğitimlerinde tuz konusunda bilgilerini ölçen anket soruları sorulmuş; sadece % 43' ünün Türkiye' deki ekmeğin içindeki tuz miktarını, % 27,1' inin DSÖ tarafından önerilen tuz tüketimi günlük miktarını, % 33' ünün gıda paketleri üzerindeki tuz değerini saptamayı bildikleri belirlenmiş, tuz konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı saptanmış ve tuzun azaltılması eğitimi verilmiştir. 2. basamak eğitim hemşireleri toplantısında da 20 eğitim hemşiresine tuzun azaltılması eğitimi verilirken özel gruplara yönelik (hipertansiyon hastaları, böbrek hastaları, kalp-damar hastaları) eğitim vermeleri hususunda bilgilendirme yapılmıştır. Halk eğitimlerinde toplam 500 kadına tuzun azaltılması eğitimleri yapılmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Diyetteki tuzun azaltılması sağlık için faydalı olduğundan özellikle de tuz alımının azaltılması kalp-damar hastalıkları ve felç riskini azalttığı ve maliyeti az ama etkin sonuçlara sahip halk sağlığı uygulamalarının başında geldiği için çok önemlidir. Bu kapsamda “Denizli Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2011-2015)” nın ilimizdeki uygulaması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Tuzu Azaltma, Program, Hipertansiyon

Kaynaklar:

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı" Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2011- 2015)", Ankara 2011.
2. Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2008.
3. Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2008.
4. Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2006.

461

DENİZLİ DİYABET ÖNLEME VE KONTROLÜ ve EYLEM PLANI

Aysel Şahin, Mehmet Gündoğdu, Mine Solakoğlu Uçar, Metin Bozkır, İbrahim Demirciler, Erdoğan Taş

Denizli Halk Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç: Kronik hastalıklar içinde Diyabet önemli sağlık sorunu oluşturmaktadır. Her yıl dünyada 8 ile 14 milyon insan diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi hastalıklar nedeniyle kaybedilmektedir. Dünyada 2025 yılında yetişkin nüfusun yaklaşık %5,4'nün tip 2 diyabetli olacağı tahmin edilmektedir. Yaşam tarzındaki hızlı değişim tip 2 diyabet prevalansını hızla yükseltmektedir (1,2).

2009 sonu itibarı ile tüm dünyadaki diyabet nüfusu 285 milyon iken bu sayının 2030 yılında 438 milyona ulaşması beklenmektedir. Birçok ülkede ölüme neden olan hastalıklar içinde diyabet beşinci sırada yer almaktadır. Erişkin yaş grubunda kardiyovasküler olay riski diyabetli olanlarda olmayanlara göre 2-4 kat daha yüksektir. Tüm dünyada böbrek replasman tedavisi uygulanan olgular ile 65 yaş altı körlük ve travma dışı ampütasyon olgularının en yaygın nedeni diyabetlidir. Komplikasyonların bireye ve topluma getirdiği maliyet çok fazladır. Çeşitli ülkelerde toplam sağlık hizmeti harcamalarının %3-12'sini diyabet giderleri oluşturmaktadır. Türkiye'de diyabet prevalansı 1997 yılında (TURDEP-1) yüzde 7,2 iken, 2010 yılında yüzde 13,7' ye ulaştı. Denizli diyabet prevalansının ise %15,7 olduğu TURDEP-II'de gösterilmiştir (1,3,4).

DSÖ, diyabet ve diğer kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için rehberlik etmek üzere bir hareket planı oluşturmuştur. Buradan yola çıkarak Diyabeti kontrol altına almak, önlemek, tedavi etmek, rehabilitasyonunu sağlamak ve ilgili risk faktörlerinin tanınmasını sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığının

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

oluşturduğu “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı (2011-2014)” uygulamaya konmuştur. Denizli İlinde 2011 yılında oluşturulan Diyabet Eylem Planı ile diyabet farkındalığının artırılması, diyabetten korunmanın sağlanması, komplikasyonlarının önlenmesi, etkin tedavinin sağlanması, çocukluk diyabetinin kontrolü, diyabetli insanlara daha iyi sağlık olanaklarının sunulması, yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve erken ölümlerin azaltılabilmesi ve diyabet yönetiminin etkin şekilde yapılabilmesini amaçlamaktadır (1,2).

Gereç ve Yöntem: Haziran 2010 tarihinde Müdürlüğümüz, Pamukkale Üniversitesi ve Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği tarafından düzenlenen “Diyabette Güncelleme ve Olgu Tartışma Toplantısı” sağlık çalışanlarının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Denizli il Hıfzıssıhha Meclisi 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 23. maddesine göre 08.09.2011 tarihinde Vali Yardımcısı Başkanlığında gündemdeki konuları görüşmek üzere toplandığında İl Diyabet Önleme ve Kontrol Kurulunun oluşturulmasına, çalışmaların bu komisyonca yürütülmesine oy birliğiyle karar vermiştir. Eylem planının oluşturulmasında Denizli Sağlık Müdürlüğü, Pamukkale Üniversitesi, Denizli Belediyesi, Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürlüğü, Milli Eğitim Müdürlüğü, SGK İl Müdürlüğü, İl Müftülüğü, İl Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü, Aile Hekimleri Derneği, Denizli Diyabet Cemiyeti, Denizli Tabip Odası, Denizli Eczacılar Odası temsilcileri görev almışlardır. İl Hıfzıssıhha Meclisi toplantısını takiben 02.11.2011 tarihinde oluşturulan Diyabet önleme ve kontrol kurulu ilk toplantısı gerçekleştirilip, eylem planı taslağı tüm paydaş kuruluşlarla paylaşılmıştır. Eylem planı oluşturulurken Sağlık Bakanlığının Ulusal Diyabet Önleme programı çerçevesinde hareket edilmiş ve uyumlu olmasına dikkat edilmiştir Kontrol Kurulu yılda iki kez toplanmaktadır. Yapılan kurul toplantısında alınan kararlar diğer işbirliği yapılan kuruluşlara gönderilerek, üzerlerine düşen görevleri yapmaları beklenmektedir. Sekreteryasını yürüten Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bakanlığa yılda iki kez olmak üzere yapılan faaliyetleri rapor olarak sunmaktadır. Denizli ili diyabet önleme ve kontrol stratejik planı ile DSÖ’nün bulaşıcı olmayan hastalıklar eylem planının bir parçası olmak, ilimizde konuyla ilgili kuruluşların işbirliğini sağlayarak diyabet öncelikleri belirlemek, Diyabet Önleme ve Kontrol Kurulu oluşturularak farkındalık ve bilgi paylaşımını artırmak, konuyla ilgili olarak sağlık personelinin ve halkın eğitiminin sağlanması amaçlanmaktadır.

Bulgular: Eylem planı Denizli ilinde Diyabet farkındalığını oluşturup, diyabet görülme sıklığını azaltmak amacıyla oluşturulmuştur. Eylem Planı amaçları;

- Diyabet Riski Taşıyan Bireylerin Diyabetin Önlenmesi Konusunda Eğitilmesi Ve Farkındalığının Artırılması
- Öğrencilerin Diyabet Bilgi Düzeylerini Arttırılmasının Sağlanması Ve Etkin Eğitimin Sağlanması
- Yetişkinlerde Ve Okullarda Diyabet İle Mücadelede Yeterli Ve Dengeli Beslenme, Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlığının Kazandırılması
- Diyabetin Erken Dönemde Tanınmasının Sağlanması olarak sıralanabilir.

Eylem planı kapsamında ilköğretim 3.sınıf öğrencilerine beslenme derslerinde 3980 öğrenciye diyabet anlatılarak öğrencilerin diyabet farkındalığı arttırılmaya çalışılmıştır. Okulda diyabet programı kapsamında ise 164.026 öğrenci, 9.741 öğretmen, 53.841 veli diyabet hastalığı hakkında bilgilendirilmiştir. 2011 öğretim yılı seminer döneminde 617 ilköğretim 3.sınıf ve beden eğitimi öğretmenine diyabet anlatılmıştır. Yine Okulda Diyabet Programı kapsamında 125 il ve ilçe okul müdürlerine eğitim verilmiştir.

Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimleri (22.09.2011-11.11.2011) içerisinde 300 kişiye ilimiz eylem planından bahsedilerek diyabet hakkında bilgilendirme yapılmış ve farkındalık oluşturulmaya çalışılmıştır. Aynı zamanda 3700 sağlık çalışanına diyabet eğitimleri düzenlenmiştir. Halk eğitimleri düzenlenerek 948 kişiye ulaşılmıştır.

Eylem planı kapsamında 8 Mart Dünya Kadınlar Günü Kutlamaları etkinliklerinde Buldan, Tavas ve Honaz ilçelerinde 410 kişiye Kadın Sağlığı ile ilgili program düzenlenerek diyabet konulu seminer verilmiştir. 2012 yılı Ocak- Mart ayları arasında 803 halk eğitimi, 272 hizmet içi eğitim, 60 öğrenci eğitimi yapılmıştır. Yapılan eğitimlerin ve faaliyetlerin altı aylık dökümleri bakanlığa bildirilmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sonuç ve Öneriler: Diyabet hastalığı, tüm toplumlarda tüm yaş gruplarında görülen kronik, uzun süren bir hastalık

hali olup komplikasyonlarla seyrederek ve maliyeti yüksek bir hastalıktır. Etkili tedavi ve hasta eğitimi ile etkin kontrol sağlanabilmekte ve maliyet azaltılabilmektedir. Bu kapsamda Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol kurulunun il bazında uygulanması çok önem taşımaktadır. Denizli iline ait olan eylem planı diyabetle mücadelede tüm sağlık çalışanlarına rehber niteliğinde olması ile örnek teşkil etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Denizli, Diyabet, Önleme ve Kontrol

Kaynaklar;

- 1- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Diyabet Önleme Ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014); Ankara 2011
- 2- Asiye Kartal ve ark. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler; TAF Prev Med Bull 2008; 7(3):223-230
- 3- TURDEP-II Çalışması Denizli Sonuçları TEMD Diabetes Mellitus Çalışma Ve Eğitim Grubu 'Diyabette Güncelleme Ve Olgu Tartışma Toplantısı' Haziran 2011
- 4- İlhan Satman ve TURDEP-II Çalışma Grubu "Türkiye Diabet Prevalans Çalışmaları: TURDEP-I ve TURDEP-II" 11-15 Mayıs 2011, Antalya, 47. Ulusal Diyabet Kongresi

487

DENİZLİ OBEZİTE İLE MÜCADELE VE KONTROL PROGRAMI (2011-2015)

Sedefnur Tokkaya, Mehmet Gündoğdu, Mine Solakoğlu Uçar, Metin Bozkır, İbrahim Demirciler, Erdoğan Taş

Halk Sağlığı Müdürlüğü Denizli

Giriş ve Amaç: Son yıllarda tüm dünyada obezitenin görülme sıklığı giderek artmaktadır. Yapılan araştırmalar obeziteden sosyodemografik özelliklerin yanısıra sigara, alkol tüketimi ve fiziksel aktiviteninde sorumlu olduğunu göstermektedir (1).

Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması' na göre obezite oranı erkeklerde % 25.2, kadınlarda % 44.2; Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırmasında (TOHTA) ise bu oran erkeklerde %22, kadınlarda % 35.4 bulunmuştur (2,3).

Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP1) çalışmasına göre Türkiye'de obezite sıklığı erkeklerde % 13.2, kadınlarda % 32.9 iken; Ocak 2010-Haziran 2010 tarihleri arasında 15 ilden 540 merkezde yapılan (TURDEP-II Çalışması) sonuçlarına göre ise erkeklerde % 27.3, kadınlarda % 44.2 olmuştur. Bu sonuçlar 1998'de yapılan TURDEP-I'e göre, Türkiye'de son 12 yılda obezite sıklığının erkeklerde %107, kadınlarda %34 arttığını göstermektedir. TURDEP-II Çalışması sonuçlarına göre Denizli' de obezite oranlarına baktığımız zaman ise obezite sıklığının kadınlarda % 39,7; erkeklerde % 22,7 olduğu saptanmıştır (4,5).

Obeziteyi önlemek ve kontrol altına almak amacıyla Bakanlık tarafından 2010-2014 yıllarını kapsayan "Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı" hazırlanmış ve uygulamaya başlanmıştır. Bu eylem planının amacı Obezite konusunda farkındalık oluşturup, görülme sıklığını azaltmak; obezitenin önlenmesine yönelik faaliyetlere hız vermek, ihtiyaçlar doğrultusunda yeni hedef ve stratejiler belirlemek, belirlenen hedeflere ulaşmak, faaliyet ve etkinliklerin belirli bir çerçevede yürütülmesini sağlamaktır. İlimizde de "Denizli

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2011-2015)" oluşturularak, eylem planı kapsamında birçok faaliyetler yürütülmektedir.

Gereç ve Yöntem: Ülkemizde giderek artan obezite görülme sıklığının 2014 yılına %5 azalması amacıyla pek çok kurum ve kuruluşun işbirliğiyle "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" hazırlanmış, program ile ilgili "Başbakanlık Genelgesi" ise 29.09.2010 tarih ve 27714 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. İlimizde obezite ile mücadele sürecinin belirlenmesi için İl Hıfzıssıhha Kurulunun 04.11.2010 tarih ve 11 no'lu kararıyla; Denizli Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Yaşam Çalıştayı 5-7 Ocak 2011 tarihinde Denizli Öğretmen evinde düzenlenmiştir. Yapılan bu çalışma ile "Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı" rehber alınarak "Denizli Obezite Eylem Planı (2011-2015)"nı hazırlandı. Eylem planının Yürütme Kuruluna; Denizli Sağlık Müdürlüğü, Pamukkale Üniversitesi, Denizli Belediyesi, Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürlüğü, Millî Eğitim Müdürlüğü, Acıpayam TSM, 2 Nolu TSM, 3 Nolu TSM, MONY ASM, Dr. Munise Özcan ASM ve Servergazi Devlet Hastanesinin temsilcilerinden 18 kişi seçildi. Bu kurul "Denizli Obezite Eylem Planı (2011-2015)" nı değerlendirmek ve gözden geçirilmesi amacıyla 17.02.2011 tarihinde toplanmış ve yılda iki kere toplanıp durum değerlendirmesi yaparak, yapılan tüm faaliyetleri Sağlık Bakanlığına rapor etmektedir.

Bulgular: İlimizde "Denizli Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2011-2015)", eylem planı içeriği şöyledir:

ñ Toplumun Obezite, Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Fiziksel Aktivite Konusunda Bilgilendirilmesi ve Bilinçlendirilmesi

ñ Okullarda Obezite ile Mücadelede Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlığının Kazandırılması

ñ İşyerlerine Yönelik Çalışmalar

Denizli Obezite Eylem Planı (2011-2015) kapsamında;

2011-2012 döneminde toplam 23477 öğrenciye, 1162 öğretmene, 12151 halka, 2218 hizmetiçi eğitim verilmiştir.

Fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik etkinlikler kapsamında Servergazi Devlet Hastanesi bünyesinde futbol ve voleybol maçları düzenlenmiştir. Fiziksel aktivite konusunda duyarlılığı arttırmak için 23 Mayıs 2011 ve 17 Mayıs 2012 tarihinde Vali Yardımcısı başkanlığında Sağlık Müdürü, Halk Sağlığı Müdürü, öğrenciler ve vatandaşların katılımıyla Sağlıklı Yaşam Yürüyüşü yapılmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Obezite ile mücadele gerçekte pek çok hastalıkla mücadele demektir. Obezite; kalp-damar hastalıkları, yüksek tansiyon, şeker hastalığı, bazı kanser türleri, solunum sistemi hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi pek çok sağlık problemini oluşmasına zemin hazırlamakta, hayat kalitesi ve süresini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple obezite ile mücadele etmek ülkemizin geleceği için son derece önemlidir. Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programının ilimizdeki uygulaması toplumda konu ile farkındalığı arttırmak ve sektörlerarası işbirliği açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Kontrol, Program

Kaynaklar:

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü "Türkiye Obezite (Şişmanlık) Mücadele ve Kontrol Programı (2010 - 2014)", Ankara 2010.
1. 2. Onat, A. "Türkiye'de Obezitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi The Impact of Obesity on Cardiovascular Diseases in Turkey" Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2003; 31/5:279-289
1. 3. Hatemi, H., Turan, N., Arık, N., Yumuk, V. "Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHT A)" Endokrinolojide Yönelişler Dergisi 2002;11(Ek 1):1-16.

2. 4. İlhan Satman ve TURDEP-II Çalışma Grubu "Türkiye Diabet Prevalans Çalışmaları: TURDEP-Ive TURDEP-II" 11-15 Mayıs 2011, Antalya, 47. Ulusal Diyabet Kongresi
3. 5. TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu "Diyabette Güncelleme ve Olgu TartışmaToplantısı " 11 Haziran 2011, Denizli, TURDEP-II Çalışması Denizli Sonuçları

474

DENİZLİ İLİ TÜTÜN KONTROL EYLEM PLANI 2009-2012: HAZIRLANMASI; İÇERİĞİ, UYGULANMASI

Fatma Kıvrak, Mehmet Gündoğdu, Metin Bozkır, Mine Solakoğlu Uçar, İbrahim Demirciler, Erdoğan Taş

Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Tütün kullanımı, önemli ve önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. Tütün ve tütün mamullerinin tüketimi Dünyada ve Türkiye' de oldukça yaygın bir davranıştır. Yapılan çalışmalar günümüzde tütün kullanan bireylerin yarısının bu olumsuz sağlık davranışından kaynaklanan bir sağlık sorunu nedeniyle yaşamlarını kaybettiklerini ortaya koymaktadır (1).

Günümüzde en sık tüketilen tütün ürünü sigaradır. Dünyada 1,5 milyar kişinin sigara içtiği tahmin edilmektedir. Tütün tüketimi her yıl yaklaşık 600.000' i pasif içici olmak üzere 6 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. Ülkemizde 15 yaş üzeri 16 milyon kişi tütün kullanmaktadır. Ve her yıl yaklaşık 100.000 kişi sigaraya bağlı hastalıktanyaşamını yitirmektedir. Bu tütün salgını, eğer harekete geçilmezse, 2030 yılına kadar %80' i düşük ve orta gelir düzeyinde olan ülkelerde yaşayan 8 milyon kişinin ölümüne neden olacaktır (2,3).

Tütün Kontrolü bir nüfusun tütün kullanımını ve tütün dumanına maruziyetini ortadan kaldırarak veya azaltarak sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan bir takım arz, talep ve zarar azaltma stratejileridir(4). Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK)' un yeni kampanyasının yasal dayanağı Türkiye'nin de taraf olduğu ve TBMM tarafından onaylanarak kabul edilen, dünyanın ilk ve tek uluslararası halk sağlığı anlaşması olan "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)" oluşturmaktadır. Bu anlaşma halk sağlığının gelişmesinde önemli bir başarı sağlanmıştır Ülkemizde de 25 Kasım 2004' de onaylanmıştır(4,5).

Ülkemizde de 2007 yılında başlatılan Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planıyla 2008 yılında, 4207 sayılı Kanunda değişiklik yapan 5727 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" kabul edilmiş ve yürürlüğe girmiştir. Pasif içicileri korumaya yönelik, dumansız bir Türkiye oluşturmak adına tüm kapalı alanlarda (restoran, bar ve kafeler hariç) sigara tüketiminin yasaklanması amaçlanmış ve "Dumansız Hava Sahası" kampanyası başlatılmıştır. Bu kapsamda ilimizde 4207 sayılı Kanunda değişiklik öngören 5727 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanunla birlikte Tütün ve Tütün mamullerinin risk faktörlerinin kontrolüne yönelik olmak üzere Denizli ili Tütün Kontrol Eylem Planı (2009-2012) hazırlanarak uygulamaya konulmuştur.

Denizli İli Tütün Kontrol Eylem Planının hedefinde;

- 1-Tütün ve tütün mamulü kullanma oranını 2012'ye kadar %10'ların altına çekmek,
- 2-Tütün karşıtı toplumsal duyarlılığı %90'ın üzerine çıkarmak,Sigara bırakma oranını tespit ve takip etmek,
- 3-2012 yılına kadar toplumun tüm kesimlerinde %50'nin üzerinde sigara bırakma oranlarını yakalamak,
- 4-2010 yılına kadar Pasif içiciliğin sağlığa zararlarının aktif içicilik kadar olduğu bilgisini başta risk kesimleri olmak üzere toplumun tüm kesimlerine yaymak vardır.

Amaçımız Denizli İli Tütün Kontrol Eylem Planının tanıtılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Denizli İli Tütün Kontrol Eylem Planı kapsamında;

Hazırlık çalışmaları:

26.09.2007 Tütün Kontrol Eylem Planının hazırlanmasında geniş bir uzlaşa sağlanarak ilgili tüm kamu kurumları, üniversiteler ve Sivil Toplum Kuruluşları (STK) görev almışlardır.

Eylem1; Sigara ile mücadelede kurumsal yaklaşım örneği

Yapılan İşler

- 1-Kurumlara çalışma ile ilgili tanıtım,
- 2-Çalışmaya katılacak kurum çalışanlarına anket uygulanması,
- 3-Sigarayı bırakmak isteyenlere yönelik bıraktırma faaliyetleri,

Eylem2; İlköğretim Okullarında modüler tütün ve madde bağımlılığı eğitimleri

- 1-Eğitim materyali ve eğitimcilerin hazırlanması

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

2-Yıllık Eğitim Plan ve programının hazırlanıp gerekli onayların alınması

3-Programın Uygulanması,

Eylem3; Sigara Bırakma Polikliniklerinin sayısal ve niteliksel artırılması

1-Hekimlerin ve sağlık personelinin sigara bıraktırma kursuna alınması,

2-Sigara Bırakma Polikliniklerinin yerlerinin belirlenmesi ve hazırlanması,

3-Tanıtım, duyuru ve sağlık kuruluşları ile işbirliği yapılması,

Eylem4; İlçe Tütün Kontrol Kurullarının kurulması ve sağlıklı işleyişlerinin sağlanması

1-Bilgilendirme ve yazışmalar,

2-Eğitim ve motivasyon desteği,

3-İlçe Tütün Kontrol Kurulları çalışmalarının izlenmesi ve değerlendirmesi,

4-İlçe Tütün Kurulları ve İnceleme ekiplerinin eğitimi

Eylem5; Pasif sigara içiciliğinin önlenmesi eğitim programı

1-Yaygın Halk Eğitim Programı Uygulanması;

a)Gebe, emziren ve çocuk annelerine,

b)İlköğretim Okulu öğrenci ebeveynlerine,

c)Kamu ve özel işyeri çalışanlarına,

2-Eğitimci ve eğitim materyallerinin hazırlanması,

3-Gerekli onay ve tanıtım işlemleri,

Eylem6; Yasaya Adaptasyon Programı

1-Lokantacılar Odası Eğitimi,

2-Kahveciler Odası Eğitimi,

3-Diğer kapalı mekan işletmecisi eğitimleri,

4-Halk Eğitimleri

5-Reklam, tanıtım ve diğer bilgilendirme çalışmaları

Eylem7; Denizli Tütüne Elveda Günleri

1-Çalışma Programı hazırlanması,

2-İlgili hocalar ve birimlerle iletişim,

3-Yer ve Zaman

4-Diğer Organizasyon işlemleri

Bakanlığımız, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 24/05/2007 tarih ve 11083 sayılı yazıları gereğince sigara tüketiminin kontrol altına alınarak, toplum sağlığının korunması amacıyla İlimiz İl Hıfzıssıhha Meclisi Vali başkanlığında 26.09.2007' de Denizli Valiliği, Pamukkale Üniversitesi, Denizli Belediyesi, İl Sağlık Müdürlüğü, İl Milli Eğitim Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, İl Gençlik ve Spor Müdürlüğü, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü ve diğer Kamu Kurumları ile Denizli Sanayi ve Ticaret Odası, Yeşilay Derneği ve Sivil Toplum Örgütleri elamanlarından oluşan İl Tütün Kontrol Kurulunun oluşturulmasına karar verilmiştir.

26.09.2007 tarihinde İl Tütün Kontrol Kurulu oluşturulmuş olup, o tarihten itibaren 12 defa toplanılmıştır.

Bulgular: Tütün Kontrol Çalışmaları 2009-2011 yılları arasında Denizli tütün kontrol çalışmaları doğrultusunda 1247 kamu binası, 18950 özel hukuk işletmesi, 1378 toplu taşıma aracı denetlenmiş olup, toplam 21575 denetim gerçekleştirilmiştir. Aksaklık olan işletmelere 4207 sayılı kanun mevzuatı hakkında tütün kontrol ekibi tarafından bilgilendirme ve yasal uyarı yapılmıştır..

2012 yılı ilk beş ayında tütün kontrol çalışmalarında 210 kamu binası, 6143 özel hukuk işletmesi, 410 toplu taşıma aracı denetlenmiştir. 2012 yılı ilk beş ayında toplam 6763 denetim gerçekleştirilmiştir.

Sigara Bırakma Poliklinik Verileri

2009' dan itibaren Denizli genelinde 14 Sigara Bırakma Merkezi açılmış olup, hepsi aktif olarak hizmet

vermektedir. 2009-2011 yılı boyunca sigara bırakma polikliniği merkezlerine 10833 kişi başvurmuştur. 2011

yılında Sigara Bırakma Polikliniklerine başvuran kişilerden farmakolojik tedavi başlanan hastalardan 1472 (%28) kişi, farmakolojik tedavi başlanmayıp sadece danışmanlık hizmeti verilen hastalardan ise 187 (%4) kişi sigarayı bıraktığını beyan etmiştir.

2012 yılı ilk 5 ayında sigara bırakma polikliniği ve merkezlerine 2225 kişi başvurmuştur. 2012 yılı ilk üç ayda Sigara Bırakma Polikliniklerine başvuran kişilerden farmakolojik tedavi başlanan hastalardan 324 (%15) kişi, farmakolojik tedavi başlanmayıp sadece danışmanlık hizmeti verilen hastalardan ise 34 (%2) kişi sigarayı bıraktığını beyan etmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tütün ve Madde Bağımlılığı Eğitimleri

2009 yılında 3329 kişiye halk eğitimi, 666 kişiye hizmetiçi eğitim, 11871 öğrenciye tütün ve madde bağımlılığı ile ilgili seminerler düzenlenmiştir.

2010 yılında 871 kişiye halk eğitimi, 324 kişiye hizmetiçi eğitim, 12068 öğrenciye tütün ve madde bağımlılığı ile ilgili seminerler düzenlenmiştir

2011 yılında 2551 kişiye halk eğitimi, 356 kişiye hizmetiçi eğitim, 10305 öğrenciye tütün ve madde bağımlılığı ile ilgili seminerler düzenlenmiştir

2012 yılı ilk dört ayında 1225 kişiye halk eğitimi, 291 kişiye hizmetiçi eğitim, 3267 öğrenciye tütün ve madde bağımlılığı ile ilgili seminerler düzenlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Sigarasız bir dünya için kararlı ve sistematik bir mücadele gerekmektedir. Bu mücadele çerçevesinde, Halk Sağlığı Müdürlüğümüzce yürütülen, 4207 sayılı Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun Uygulamaları kapsamında, özellikle sigaranın zararları konusunda halkımızı bilinçlendirme çalışmaları sağlık kuruluşlarımız ve Tütün Kontrol Ekipleri ile başarıyla yürütülmektedir. Bu kapsamda da Denizli İline ait olan Tütün Kontrol Eylem Planı Tütünle mücadelede tüm sağlık çalışanlarına rehber niteliğinde olması örnek teşkil etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Denizli, Tütün Kontrol

Kaynaklar:

1. WHO Why is tobacco a public health priority?http://www.who.int/tobacco/en/ (Erişim tarihi: 17 Temmuz 2008)
2. Dünya Bankası. Salgını Durdurmak (Curbing the Epidemics) Dünya Bankası Yönetimler ve Tütün Ekonomisi, Dünya Bankası Yayınları, Çeviri Yayın (Çeviri Yapan: Taş Ş.), Ofset Baskı, İstanbul 2001.
- 3-WHO. The European Tobacco Control Report, 2007.WHO publications,2007
- 4-Karlıkaya C. ve ark., Tütün Kontrolü, Türk Toraks Derneği Dergisi, Nisan 2006, Cilt 7, Sayı 1, Syf: 51-64
- 5-Aslan D, Bilir N.Tütün Mücadelesi Süreklilik Gerekirir:31 Mayıs Dünya Sigarasız Günü Çalışmaları ve Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS-Framework Convention Of Tobacco Control-FCTC).2006;15(6),VI-VII.
- 6-Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi.
(<http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF1A9547B61DAFFE2ADBA70C97114FE1A29>)
Erişim Tarihi:17 Temmuz 2008)

421

DENİZLİ İLİNDE AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ KRONİK HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ

Elif Duman, Aysel Şahin, Mehmet Gündoğdu, Mine Solakoğlu Uçar, Metin Bozkır, İbrahim Demirciler, Erdoğan Taş

Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Dünyadaki ölümlerin (2005) yaklaşık olarak % 60'ının nedeni kronik hastalıklardır. Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Çalışması verilerine göre ülkemizdeki ölümlerin %71'i kronik hastalıklar nedeniyle oluşmakta ve ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk yirmi hastalık içinde bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar (İskemik Kalp Hastalıkları, Serebrovasküler Hastalıklar, KOAH, Trakea Bronş ve Akciğer Kanseri, Hipertansif Kalp Hastalıkları, Diyabetes Mellitus gibi) ilk sıralarda yer almakta ve önemli hastalık yükü oluşturmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak erken tanı, etkin tedavi ve erken ölümleri önlemek önemlidir. Bu kapsamda kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları ve risk faktörlerinin birinci basamakta çalışan sağlık personeline farkındalık oluşturma ve bilgi düzeylerini artırmak amacıyla eğitim düzenlendi.

Gereç ve Yöntem: Denizli ilinde kronik hastalıkların kontrolü ve önleme amaçlı yürütülmekte olan eylem planları kapsamında Aile Sağlığı Elemanlarına yönelik olarak 15 Şubat- 15 Haziran 2012 tarihleri arasında eğitimler verildi. Üç tam gün süren eğitimler 9 seansta tamamlanarak 218 (%85) sağlık personeline ulaşıldı.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Eğitim programında Sağlık Bakanlığının çalışanlarına yönelik yayımladığı anket formundan ve ilgili literatürden sorular seçilerek öntest ve sontest uygulaması yapıldı. Araştırmada anket sonuçlarına ilişkin veriler Ki-kare testi uygulanarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık ise $p < 0.05$ ile tanımlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $35,7 \pm 3,9$ (min-max; 20-47) olup 214 (%98,2)'ü kadındır. Katılımcıların meslek yılı ortalamaları $15,2 \pm 5,0$ (min-max, 1-27)'dir. Katılımcıların 33(%15,7)'ü lise, 123(%56,4)'ü önlisans, 60 (%27,5) lisans, 2 (%0,9) yüksek lisans mezunudur.

Katılımcıların 27(%12,4)'si diyabet, 26 (%11,9)'sı astım-KOAH, 40 (%18,3)'ü tütün, 16(%7,3)'sı osteoporoz, 66(%30,3)'sı beslenme, 12(%5,5)'si kalp damar hastalıkları hakkında daha önce hizmet içi eğitim aldığını belirtti.

Aile sağlığı elemanları astım ve KOAH ayırıcı tanısına yönelik olarak sorulan soruyu eğitim öncesinde %52,8'i, eğitim sonrasında ise % 86,4'ü doğru cevaplandırdı ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($n:211, x^2:44,9; p < 0,001$). KOAH'ın ilerlemesinin önlenmesinde en önemli girişim hangisidir? sorusunu eğitim öncesinde %77,7'si, eğitim sonrasında ise %88,8'i doğru cevaplandırdı ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($n:211, x^2:7,875; p=0,005$). Astımın belirtileri hakkında sorulan soruyu eğitim öncesinde %85,9'u, eğitim sonrasında ise % 94,8'i doğru olarak cevaplandırdı ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($n:208, x^2:7,225; p=0,007$). İnhaler ilaçların kullanımıyla ilgili soruyu eğitim öncesinde %64,8'i, eğitim sonrasında ise %96,3'ü doğru olarak cevaplandırdı ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($n:206, x^2:56,110; p < 0,001$).

Aile sağlığı elemanları Tip 1 diyabetin özelliklerine yönelik olarak sorulan soruyu eğitim öncesinde %58,7'si, eğitim sonrasında ise % 94,3'ü doğru olarak cevaplandırdı ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($n:202, x^2:57,6; p < 0,001$). Ketoasidozun bulgularına yönelik sorulan soruyu eğitim öncesinde %27,5'i, eğitim sonrasında ise % 57,8'i doğru olarak cevaplandırdı ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($N:198, x^2:31,69; p < 0,001$). Diyabetlilerde hiperglisemi oluşumuyla ilgili soruyu eğitim öncesinde %69,9'u, eğitim sonrasında ise % 86,9'u doğru olarak cevaplandırdı ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($n:205, x^2:17,01; p < 0,001$). Hipoglisemi oluşumuna yönelik soruyu eğitim öncesinde %47,8'i, eğitim sonrasında ise % 75,6'sı doğru olarak cevaplandırdı ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($n:202, x^2:29,86; p < 0,001$).

Kalp-damar hastalıkları ile ilgili soruyu eğitim öncesinde %79,0'ı, eğitim sonrasında ise % 95,8'i doğru olarak cevaplandırdı ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($n:206, x^2:23,59; p < 0,001$). Kan basıncı ölçümünde yapılan hatalar ile ilgili soruyu eğitim öncesinde %65,1'i, eğitim sonrasında ise % 98,6'sı doğru olarak cevaplandırdı ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($n:206, x^2:63,34; p < 0,001$). Kan kolesterol düzeyinin normal değerleri ile ilgili soruyu eğitim öncesinde %76,6'sı, eğitim sonrasında ise % 95,3'ü doğru olarak cevaplandırdı ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($n:210, x^2:28,16; p < 0,001$).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Chopra ve ark. sağlık çalışanlarının inhaler ilaç kullanma yeteneklerini incelemiştir. Bu çalışmaya göre Solunum terapistlerinde %81,6, birinci basamak doktorlarda %77,7, eczacılarda %57,7, hemşirelerde % 54,4 ve asistanlarda %53,8 oranında doğru inhaler kullanma başarı oranı saptanmıştır (1). Isparta ilinde Ünlü ve ark. 40 doktor, 32 hemşire, 13 eczacı ve 23 eczacı kalfası üzerinde yaptığı araştırmada aletlerde tekniğin iyi düzeyde uygulanma oranları; ÖDİ'de %76,8, ÖDİ-spacerde %13, turbuhallerde %50,8, diskusta %44,5 olarak bulundu (2). Bizim çalışmamızda da inhalerlerin kullanımıyla ilgili olarak eğitim öncesi bilgi yetersizliği ve sonrasındaki anlamlı farklılık dikkat çekmektedir.

Aydoğan'ın hemşirelerin diyabet ile ilgili bilgi düzeylerinin tespiti çalışmasında hemşirelerin diyabet bilgi düzeyi %62,3 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise diyabet bilgi düzeyi %50,1 olarak tespit edildi. Aynı çalışmada diyabet ile ilgili hizmet içi eğitim alma oranı %27,5 iken bizim çalışmamızda bu oran %11,9 olarak tespit edildi. Sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitim alma oranlarında ki düşüklük üzerinde durulması gereken bir konudur.

Konya'da 103 hemşire üzerinde yapılan çalışmada hemşirelerin steteskobun yerleştirilmesi ile ilgili soruya verdikleri doğru cevap oranı %68 bizim çalışmamızla (%65,1) benzerlik göstermektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Günümüzde kronik hastalık yükünün giderek artması ile birlikte kronik hastalıkların birinci basamak odaklı yönetiminin önemi artmıştır. Bu doğrultuda sağlık profesyonellerinin kronik hastalıklar hakkında farkındalığının artırılması, mezuniyet sonrası eğitimlere yer verilmesi kronik hastalıkların takibi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Eğitim, Aile Sağlığı Elemanı, Kronik Hastalıklar

Kaynaklar:

-Chopra, N., Oprescu, N., Fask, A., Oppenheimer, J.: Does introduction of new "easy to use" inhalational devices improve medical personnel's knowledge of their proper use?, Ann Allergy Asthma Immunol, 88(4), 395-400, (2002).

-Ünlü M, Şahin Ü, Öztürk M, Akkaya A. "Sağlık Personeli ve Eczacıların İnhalasyon Aletlerinin Kullanımıyla İlgili Bilgilerinin Araştırılması" Solunum Hastalıkları 2001; 12,8-12

- Aydoğan A." Hemşirelerin diyabet ile ilgili bilgi düzeylerinin tespiti", İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2005-Afyon

- Şahin K, Demir L, Koruk İ, Bir Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Görevli Hemşirelerin Kan Basıncı Ölçüm Bilgilerinin Değerlendirilmesi TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006: 5 (1) 8

915

DICLE ÜNİVERSİTESİ ÖĞRETİM ÜYELERİNİN GELECEK 10 YILDAKİ DİYABET MELLİTUS RİSK DURUMU

Yılmaz Palancı¹, Alpaslan Kemal Tuzcu², Ali Ceylan¹, Perran Toksöz¹, Fatma Çelik¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrin AD.

Giriş; Diabetes Mellitus (DM), pankreasın yeterli insulin üretememesi veya vücudun ürettiği insülini etkili bir şekilde kullanamaması sonucu oluşan ömür boyu devam eden kronik ve insülin üreten hücrelerin azalması ile devam eden bir hastalıktır. Tip 2 diabetes mellitustum dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tüm dünyada tanı konulan diyabet vakalarının %90'dan fazlasını tip 2 diyabet oluşturmaktadır. Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP) sonuçlarına göre ülkemizde; Tip 2 diyabet prevalansı % 7.2'dir(1). Tip 2 Diyabet Risk Faktörleri incelendiğinde; yaş, cinsiyet ve kalıtımın değiştirilemez risk faktörleri olduğu; obezite, obezitenin süresi, vücut yağ dağılımı, hareketsizlik, beslenme, hiperinsülinemi ve insülin direnci bozulmuş glikoz toleransının ise değiştirilebilir risk faktörleri olduğu saptanmıştır(2). Dünyadaki erken ölümlerin önde gelen nedenlerinden biri olan diyabete bağlı nedenlerden ötürü her 10 saniyede bir kişi kaybedilmektedir. Diyabette ölüm oranlarının azaltılıp, pek çok vakada diyabet başlangıcının tamamen engellenebilmesi mümkündür. Tip 2 diyabetin %80'i yaşam çevresinin iyileştirilmesiyle önlenir. Bu durum beslenme düzeyindeki değişiklikleri ve artırılmış fiziksel aktiviteyi de içermektedir(3).

Bu çalışmanın amacı; Dicle Üniversitesinde öğretim üyelerinin gelecek on yılda diyabet hastalığına yakalanma riskini bulmak ve bununla ilgili risk faktörlerini saptamaktır.

Gereç ve yöntem; Bu amaçla Dicle Üniversitesi kampusunda bulunan tüm öğretim üyelerine ulaşılmaya çalışıldı. Ocak 2012 itibariyle Dicle Üniversitesindeki Öğretim Üyelerinin sayısı 716 kişiydi. Ancak yurt dışı ve yurt içinde rotasyonda olanlar, izinde olanlar ve ücretsiz izin alanları çıkardığımızda 635 kişi kaldı. Bunlardan 78 kişi ankete

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

katılmadı. Kalan 557 kişiye (ankete katılım oranı %87,3) 1987-1992 yıllarında yapılan kohort çalışmaları sonucunda Finlandiya Sağlık Akademisi tarafından geliştirilen Fin Diyabet Risk Skorlaması uygulanmıştır (4).

Ankette öğretim üyelerinin her gün en az bir öğün sebze meyve yemesi, tansiyonu olanların ilaç alıp almaması, fizik aktivite yapıp yapmadıkları, beden kitle endeksi, bel çevresi, yaşı, açlık kan şekerlerinin hiç yüksek çıkıp çıkmadığı, şeker hastalığı olup olmadığı ve akrabalarında şeker hastalığı olup olmadığı soruldu. Araştırmamız 15 Ocak -15 Şubat 2012 tarihlerinde yapıldı.

Veriler Spss 15. 0 programında girilip analiz edildi; istatistiksel olarak Student t testi kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $42,5 \pm 8,5$, %81,7'si erkekti. Araştırmaya katılanların 23'ü (% 4,1'i) diyabet hastasıydı. Onları kapsama dışında bıraktık. Kalan 534 kişiden 37'si (%6,9'u gelecek 10 yıl içerisinde diyabet hastalığına yakalanma riski %33 ve üzerindeydi. Bazı değişkenlere göre karşılaştırdığımızda; evli olanlar ile şu an alkol alanlar diyabet risk puanı yüksekti ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,05$).

Tartışma: Uluslararası Diyabet Federasyonunun (IDF) Dünya Diyabet Atlasında ülkemizde 2010 yılı için 20 yaş üzeri diyabet prevalansı %7,4 olarak tahmin edilmektedir(5). Öğretim Üyelerinin diyabet prevalansı bundan daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun nedeni öğretim üyelerindeki diyabet hastalığının farkındalığının bilinmesi ve bazılarının yaşam tarzı değişikliklerini uyguladıkları sonucu olabilir.

Sonuç olarak; Öğretim Üyelerinin diyabet prevalansı topluma göre daha düşüktür. Buda öğretim üyelerinin diyabet hastalığını daha iyi bilmeleri ve sağlığı geliştirici davranışları toplumdakinden daha fazla uygulamalarıyla mümkündür. Diyabet riskini azaltmanın en önemli yolu toplumsal farkındalığı arttırmak, obesiteyi engellemek ve sebze ile meyve tüketimini arttırmak, düzenli fizik aktiviteleri arttırmak ve insanlarda yaşam tarzı değişiklikleri benimsetip uygulamakla azaltılacaktır.

Anahtar Sözcükler; Diyabet, risk skorlaması, öğretim üyeleri

Kaynaklar:

- 1 Türkiye Diabet, Obesite, Hipertansiyon ve Endokrin Hastalık Çalışması (TURDEP II)
2. Türkiye Diabet ve Çözüm Yolları Çalıştay Kitabı 2010
- 3) Diyabete Bakış Yard. Doç. Dr. Şeyda Özcan, http://www.tdhd.org/pdf/birlesmis_milletler.pdf
- 4) Finnish Type2 Diabetes Risk Score FINDRISC Finnish Diabetes Association
- 5) International Diabetes Federation Diabetes Atlas 2009.

711

DİYABET HASTALARININ HEPATİT-B, MEVSİMSSEL İNFLUENZA VE PNÖMOKOK AŞILARI YAPTIRMA DURUMU, DİYARBAKIR 2011

Evrin Arslan¹, Melikşah Ertem², Günay Saka³, Alpaslan Kemal Tuzcu⁴

¹Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü

²İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, Karşıyaka Halk Sağlığı Laboratuvarı İZMİR

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Diyarbakır

⁴Dicle Üniversitesi Endokrinoloji Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Erişkin tipi aşilar ihmal edilen konulardan biridir. Diyabetlilerin enfeksiyon hastalıklara daha duyarlı oldukları ve fatalitenin normal bireylere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (1). Yaş, böbrek, kardiyovasküler hastalıklar gibi eşlik eden hastalıklar özellikle solunum sistemi sorunlarını ve ölümlerini artırmaktadır (2). Diyabet hastaları özellikle grip hastalığı olmak üzere solunum sistemi enfeksiyonlarını daha zor geçirmektedir. Diyabet hastalarında pnömokok aşısının yapılması maliyet etkin olarak bulunmuştur (3). Özellikle pnömokok ve mevsimsel grip aşiları diyabet hastalarına önemle tavsiye edilmektedir (4). Diyabet hastalarında hepatit-B, mevsimsel grip , ve pnömokok aşilarını yaptırma sıklığını saptamak ve aşı yaptırmama nedenlerini sıralamak amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Gereç Yöntem: Bu çalışma Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Endokrinoloji Bilim Dalı polikliniğine Mart 2011- Haziran 2011 tarihleri arasında başvuran Tip 2 DM tanısı almış hastalarda yürütülmüştür. Kesitsel nitelikteki bu çalışmada araştırma süresi boyunca kliniğe gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar araştırmaya dahil edilmesi hedeflenmiştir. Geçmiş aylardaki hastane kayıtlarından endokrin polikliniğine başvuran aylık ortalama hasta sayısının 111 olduğu belirlenmiş, araştırmanın örneklemini 4 ay boyunca kliniğe başvuran 444 hastanın oluşturması tahmin edilmiştir. Örneklem seçiminde herhangi bir yöntem kullanılmayıp dört ay boyunca polikliniğine başvuran tüm hastalar çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. 400 hastaya ulaşıncaya veri toplanmasına son verilmiştir. En az 1 yıllık Tip 2 DM tanısı almış kişiler çalışmaya dâhil edilmiştir. Yeni tanı alanlar, gebelik nedeniyle diyabet olmuşlar, Tip 1 Diyabetliler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Tüm anketler aynı araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. İletişim sorunu yaşandığı durumlarda hasta yakınlarından yardım alınmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Dicle Üniversitesi etik kurul onayı ve gerekli diğer izinler alınmıştır. Çalışmaya katılacak kişilerden aydınlatılmış sözel onam alınmış, bu çalışmadan herhangi bir menfaatleri olmayacağı, istedikleri an sorulara cevap vermeyi kesebilecekleri belirtilmiştir. Veriler bilgisayar ortamına kayıt edilmiş ve yaş, cinsiyet, eğitim durumu ile aşılama durumları karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalarda ki kare analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Mevsimsel Grip aşısı yaptırma erkeklerde %7,8 iken kadınlarda %5,2 (p=0,34), toplamda %6,0; Pnömomokok aşısı yaptırma erkeklerde %0,8; kadınlarda %0,4; toplamda %0,5 (p=0,58); Hepatit-B aşısı yaptırma erkeklerde %21,1; kadınlarda %9,7 ve toplamda %13,4 (p=0,002) bulunmuştur. Mevsimsel grip ve pnömokok aşilarını yaptırma yaş grubu ve eğitim durumuna göre farklılık göstermemesine karşın, Hepatit-B aşısı yaptırma üniversite mezunlarında %30,0 iken okur yazar olmayan grupta %7,2 bulunmuştur (p=0,002).

Tartışma: Erişkin tip aşilar özellikle kronik hastalığı olan bireylerde çok önemlidir. Çalışmamızda diyabet hastalarında mevsimsel grip aşısı ve pnömokok aşilarını yaptırma sıklığı gelişmiş ülkelere göre daha düşük çıkmıştır (5,6,7). Örneğin İspanya'da (8) grip aşısı yaptırma Tip 2 Diyabet hastalarında %57 bulunmuştur. Hepatit-B aşısının oranı da istenilen düzeyde değildir. 2008 yılında ABD'de diyabetlilerde Hepatit-B aşısı yaptırma sıklığı %32 (9) bizim çalışma sonuçlarının oldukça üzerindedir. Çalışmamızda pnömokok ve grip aşısı için cinsiyetler arasında fark bulunamamış olmasına karşın İspanya'da (8) yapılan çalışmada erkeklerde oran daha yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda Hepatit B aşısı yaptırma oranı erkeklerde daha yüksek bulunması erkeklerin sosyal hayata daha kolay adapte olabilmemesine bağlanabilir. Erişkinlerde cinsiyetin Hepatit B aşısı yaptırma sıklığı ile ilgili yeterli araştırma bulunamamasına karşın grip aşısı ve pnömokok aşilarını yaptırma sıklığı erkeklerde daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (10).

Sonuç ve Öneriler: Araştırma örneğimizde Tip 2 Diyabet hastalarında pnömokok, mevsimsel grip ve Hepatit-B aşısı yaptırma sıklıkları oldukça düşük bulunmuştur. Bu çalışmada yaş, cinsiyet ve eğitim durumu incelenmiş ve erkeklerde Hepatit-B aşısı yaptırma sıklığının nispeten yüksek olduğu bulunmuştur. Diyabet hastalarının aşılama nedenlerinin incelenmesi ve bulunan sonuçlara uygun önlemlerin alınması gerekmektedir. Diyabet hastalarının Hepatit-B, mevsimsel grip ve pnömokok aşilarının iyileştirilmesine yönelik programlar geliştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Diyabet, mevsimsel grip aşısı, Pnömomokok aşısı, Hepatit-B aşısı

Kaynaklar:

1. Joshi N, Caputo GM, Weitekamp MR, Karchmer AW. Infections in patients with diabetes mellitus. N Engl J

Med 1999;341:1906-12.

2. Smith SA, Poland GA. Use of influenza and Pneumococcal vaccines in people with diabetes. Diabetes Care 2000;23:95-108.

3. Chen YH, Yang GY, Loh CH, Liou SH, Su WL, Lin SH, et al. Cost benefits of targeting the Pneumococcal Vaccination Program to the elderly population in Taiwan. Am J Infect Control 2006;34:597-9.

4. American Diabetes Association. Influenza and pneumococcal immunization in diabetes Diabetes Care, 27, supplement 1, 2004: s111-113.

5. RODRIGO JIMÉNEZ-GARCÍA , ELGA MAYO-MONTERO, VALÍN HERNÁNDEZ-BARRER ENTA, PILAR CARRASCO GARRIDO, DAVID MARTINEZ-HERNANDEZ, A´NGEL GIL DE MIGUEL. Influenza Vaccination Among Diabetic Adults. Related factors and trend from 1993 to 2001 in Spain. DIABETES CARE, 2005, 28(8): 2031-33.

6. SM Benjamin. Influenza and Pneumococcal Vaccination Rates Among Persons with Diabetes Mellitus -- United States, 1997. MMWR, 1999, 48(42): 961-7.

7. Dower J, Donald M, Begum N, Vlack S, Ozolins I. Patterns and determinants of influenza and pneumococcal immunisation among adults with chronic disease living in Queensland, Australia. Vaccine. 2011; 29(16):3031-7.

8. Jiménez-García R, Jimenez I, Garrido PC, Hernández-Barrera V, de Andres AL, del Barrio JL, de Miguel AG. Coverage and predictors of influenza vaccination among adults with diabetes in Spain. Diabetes Res Clin Pract. 2008; 79(3):510-7.

9. Younossi ZM, Stepanova M. Changes in hepatitis A and B vaccination rates in adult patients with chronic liver diseases and diabetes in the U.S. population. Hepatology. 2011; 54(4):1167-78.

10. Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, López de Andrés A, de Miguel AG. Predictors of influenza vaccination in adults with chronic bronchitis. Respir Med. 2009 Oct;103(10):1518-25.

698

DİYEBETLİ YAŞLILARIN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI

Sümbüle Köksoy¹, Şenay Şermet¹, Sabire Yurtsever¹, Semra Erdoğan²

¹Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Ana Bilim Dalı

Giriş: Diyabetes mellitus (DM) sık görülen, ciddi komplikasyonlara yol açan, bununla birlikte kontrol altına alınabilen kronik bir hastalıktır. Aynı zamanda dünyada DM hastalarının sayısının hızla artmasından dolayı da önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (1). DM'un görülme sıklığı gelişmekte olan ülkelerde 45-64 yaş grubunda, gelişmiş ülkelerde ise 65 yaş üzeri bireylerde daha fazla olup, dünyadaki insidans ve prevalansı yaş artışına paralel olarak artmakta ve her beş yaşlıdan birinde DM görülmektedir. Bu nedenle yaşlı gruptaki önemi daha da artmaktadır. DM'un yaşlı bireylerde, yaşlılığa bağlı ortaya çıkan biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler nedeniyle yönetimi de zor olabilmektedir. Hastalık sürecinin uzun olması ve yönetimindeki güçlükler, hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yöntemlerine başvurmalarına neden olabilmektedir (2). Dünyada giderek artış gösteren TAT kullanımı özellikle kronik bir hastalığın varlığında daha da artmaktadır. Yapılan çalışmalarda DM hastalarında TAT kullanım sıklığının yüksek olduğu bildirilmektedir (2,3). Bu çalışma, diyabetes mellitusu olan hastaların TAT kullanım sıklıklarını, kullandıkları yöntemleri ve TAT kullanımlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma, Mersin ili merkez ilçelerinden olan Mezitli'de bulunan 8 aile sağlığı merkezi (ASM) birer küme olarak kabul edilip bu kümelerden rasgele olarak seçilen Mezitli Merkez Mahallesi ASM, Nafiz Çolak ASM, Davultepe ASM, Sahil ASM, Tece Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılmıştır. Söz konusu ASM'lere 01 Ocak – 31 Mart tarihleri arasında DM tanısı ile başvuran toplam 462 hasta çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırmancının verileri, araştırmacılar tarafından literatür taraması doğrultusunda oluşturulan "Veri Toplama Formu" kullanılarak toplanmıştır. Toplam 29 sorudan oluşan Veri Toplama Formundaki 9 soru sosyo-demografik özellikleri, 11 soru DM hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgileri ve 8 soru da tıbbi tedavi dışında kullanılan yöntem/yöntemleri belirlemeye yönelik olarak hazırlanmıştır.

Veri Toplama Formunun uygulaması, çalışmanın yapılmasına ilişkin resmi izinler ve etik kurul onayı alındıktan

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sonra çalışmanın yürütüldüğü ASM'lerde hastalarla yüz yüze görüşme ile toplanmıştır.

Elde edilen veriler SPSS 11.5 paket programında değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler için farklılıklar Pearson ki kare, Likelihood ratio ki kare veya Fisher exact ki kare testleri ile analiz edilmiştir. TAT kullanımına ait risk faktörlerini belirlemeye ilişkin Odds ratio değerleri ve % 95 güven aralıkları Binary Lojistik Regresyon analizi ile test edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. İstatistik anlamlılık olarak $p < 0.05$ alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların %47,6'sı 65 yaş altı , % 52,4'ü 65 yaş ve üzeri, % 53'ü erkek, %79,7'si evlidir. Katılımcıların %49,8'i ilkökul mezunu iken %12,1'i okuma yazma bilmemektedir ve %91,6'sı şu an herhangi bir işte çalışmamaktadır. Katılımcıların % 59,1'i gelirinin giderine denk olduğunu, % 3,9'u ise gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade etmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %60,4'nün ailesinde başka bir DM hastasının da bulunduğu, % 69,9'unun 5 yıldan daha fazla zamandır DM hastası olduğu ve %69,3'nün DM dışında başka bir kronik hastalığının da olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %24,7'inde DM' ye bağlı komplikasyon geliştiği belirlenmiştir.

Hastaların %67'si düzenli olarak kan şekerini kontrol ettirdiğini, %70,9'u düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini, % 65'i evde kan şekerini kendisi ölçebildiğini ve %32,7'si kan şekeri düzeyinin sık sık değiştiğini ifade etmiştir.

Katılımcıların %11,5'inin (53 kişi) DM'a yönelik doktorun önerdiği tedavi dışında başka uygulama/uygulamalar (TAT) yaptıkları ve bunların %35,8'inin 65 yaş altı, %64,2'sinin ise 65 yaş ve üzerinde oldukları saptanmıştır. TAT yöntemi kullandığını ifade eden hastaların %94,3'ü bitkisel ürünleri kullandıklarını ifade etmiş geri kalan üç kişi soruyu yanıtsız bırakmıştır. En çok kullanılan bitkiler ise; zeytin yaprağı, tarçın, acı yavşan ve biberiyedir.

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullananların %58.5'inin kadın, %49.1'inin ilkökul, % 22.6'sının yüksek okul mezunu ve %79.2'sinin en az beş yıldır DM tanısı olduğu belirlenmiştir.TAT kullanan katılımcıların hepsi sürekli kullandıkları ilaçları olduğunu ifade etmişlerdir. TAT kullanan hastaların %66,6'sının kullandığı yöntem hakkında sağlık çalışanlarına bilgi vermedikleri belirlenmiştir.

Katılımcıların kullandıkları TAT yöntemlerini öğrenme kaynakları incelendiğinde; %31,3'ünün yakın akraba ya da komşularından, %12,5'inin ise baharatçı/aktarlardan bilgi aldığı sonucuna varılmıştır.

Katılımcılara TAT yöntemi kullanma nedenleri sorulduğunda; hastaların %34'ü "kendimi iyi hissettiğim için", %31,9'u "kullandığım ilaçlar kan şekerimi yeterince düşürmediği için", %14,9'u ise "TAT kullanımının bir zararı olmayacağını düşündüğüm için" cevabını vermiştir.

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanmayı etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; 65 yaş ve üzeri bireylerin 65 yaş altı bireylere göre 2.037 kat daha fazla TAT kullandıkları ($p=0.028$) ayrıca, evde kan şekeri ölçemeyenlerin ölçebilenlere göre 2.567 kat daha fazla TAT kullandıkları saptanmıştır ($p=0.011$).

Tartışma: Yaşam süresinin artışına paralel olarak kronik, dejeneratif hastalıklarda artış olmaktadır. Bu hastalıkların bakım ve tedavisinin güç ve maliyetinin yüksek olması, yeni gelişen teknolojilere ulaşım güçlükleri, sağlık ekibi üyelerinin hastalara yeterli zaman ayıramaması, modern tıbbi tedavi yöntemlerine karşı duyulan güvensizlik ve olası yan etkilerinden korkma gibi sebepler TAT yöntemlerine eğilimi artırmıştır (4). Dünyada giderek artış gösteren TAT kullanımı özellikle kronik bir hastalığın varlığında daha da artmaktadır (3).

Literatürde DM hastalarında TAT kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda TAT kullanım oranlarının %17 ile % 72.8 arasında oranlar bildirilmekte olup en sık kullanılan yöntemler olarak besin takviyeleri, bitkisel tedaviler, dua ve gevşeme teknikleri olduğu bildirilmektedir (5). Çalışmamızda ise DM hastalarının TAT kullanım prevalansı %11,5 olarak diğer araştırmalardan oldukça düşük bulunmuş olup hastaların bu amaçla bitkisel tedavileri kullandıkları belirlenmiştir.

Yapılan bazı çalışmalar TAT kullanımında; cinsiyetin, yaşın, eğitim seviyesinin, gelir durumunun, çocuk sahibi olmanın ve kronik hastalığın bulunmasının etkili olduğunu, kadınların, yüksek eğitim seviyesine sahip olanların ve gençlere oranla ileri yaşlarda bulunanların daha çok TAT kullandıklarını göstermektedir (6). Çalışmamızda da TAT kullanımının 65 yaş ve üzerinde yaklaşık 2 kat artış gösterdiği ancak diğer değişkenlerin bu durumu istatistiksel olarak etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Yapılan çalışmalar TAT kullanan hastaların büyük çoğunluğunun bu konuda, tedavisini yapan doktora ve sağlık çalışanlarına bilgi vermediği ve TAT yöntemlerini tıbbi tedaviyle birlikte kullandıklarını göstermektedir.

Çalışmamızda da TAT kullanan hastaların yarısından fazlasının kullandığı yöntem hakkında sağlık çalışanlarına bilgi vermediği görülmüştür. Bu durum önemli sağlık sorunlarına yol açabilmekte ve istenmeyen bir takım yan etkiler görülmesine sebep olabilmektedir. TAT kullanımının bu kadar yaygın olmasına rağmen sağlık çalışanları hasta değerlendirmesi sırasında sıklıkla bu konu üzerinde durmamaktadır (7).

SONUÇ

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sonuç olarak DM gibi kronik hastalıklarda TAT kullanım oranları artmakta olup, bitkisel ürünler kullanımı ilk sırada yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının kullanılan TAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmasının, bu yöntemlerin hastalığın seyrine etkisi ve olası yan etkilerinin önlenmesi açısından önemli olduğu düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Tamamlayıcı tedavi, alternatif tedavi, Diyabetes Mellitus,

Kaynaklar:

1. DeCoste KC, Scott LK. Diabetes update: promoting effective disease management. Journal of the American Association of Occupational Health Nurses 2004;52: 344-353.
2. Can S. Diyabetli Yaşlıların Bakım Gereksinimleri ve Karşılaştıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. 2006, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
3. Eisenberg D.M., Davis R.B., Ettner S.L., Appel S., Wilkey S., Van Rompay M. et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: Results of a follow-up national survey. JAMA 1998; 280:1569–1575.
4. Dunning T. Complementary therapies and diabetes. Complementary Therapies in Nursing and Midwifery 2003;9: 74–80.
5. Bell R.A., Suerken C.K., Grzywacz J.G., Lang W., Quandt S.A. Arcury T.A. Complementary and alternative medicine use among adults with diabetes in the United States. Alternative Therapies in Health and Medicine 2006; 12:16–22.
6. Khorshid L, Yapucu U. Tamamlayıcı tedavilerde hemsirenin rolü. Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 2 :124-130.
7. Köksoy S. Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Doktor, Hemşire Ve Ebelerin Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme Ve Kullanma Durumları. Yüksek lisans tezi. 2008; MEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Mersin

938

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NE 2008 VE 2009 YILLARINDA İLK KEZ İNME İLE BAŞVURAN HASTALARDA SAĞKALIM VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Deniz Altun¹, Kaan Sözmen², Volkan Damgacı¹, Sema İlhan, Emre Kumral³, Belgin Ünal¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir

²Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD, İzmir

Giriş ve Amaç: Serebrovasküler hastalıklar tüm dünyadaki ölümlerin iskemik kalp hastalığından sonraki en sık nedenidir(1). Tüm dünyadaki ölümlerin %10'u serebrovasküler hastalıklar nedeniyle olmaktadır(2). İnme, disability-adjusted life years (DALY) olarak ölçülen hastalık yükünde önde gelen dördüncü nedendir(3). Değişen demografik yapı göz önüne alındığında 2030 yılında tüm dünyada 7.8 milyon inme nedenli ölümün gerçekleşmesi beklenmektedir(4). Yurtdışında, inme hastalığının doğal gidişini ortaya çıkaracak tanımlayıcı ve izleme dayalı çok sayıda çalışma olmasına rağmen ülkemizde az sayıda çalışma vardır(5, 6). Özellikle inme hastalarına uygulanan ikincil koruma tedavilerinin kullanım düzeyleri ve erken ve uzun dönem sağkalım ve etkileyen etmenleri saptamaya yönelik çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışmada 2008 ve 2009 yılları arasında Ege Üniversitesi Hastanesi'ne ilk kez inme geçirip başvurmuş hastaların erken dönem (28 günlük) ve uzun dönem (2 yıllık) sağkalımları ve ilişkili etmenlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif kohort araştırması, 01.01.2008-31.12.2009 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Hastanesi'ne inme tanısıyla başvurmuş 512 hastanın kayıtları üzerinden yapılmıştır. Araştırmada erken dönem(28 günlük) ve uzun dönem(2 yıllık) sağkalım bağımlı değişkeni, sosyo demografik özellikler (yaş, cinsiyet), inme tipi, eşlik eden hastalıklar, aile öyküsü ve taburculukta ilaç kullanım öyküsü bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir. Araştırmada sağkalım süresinin hesaplanmasında son nokta olarak tüm nedenlere bağlı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ölüm alınmıştır. Hastaların başvurudaki bilgileri Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı hasta dosyalarından elde edilmiştir. Hastaların tanı tarihinden başlayarak en az 2 yıllık takip zamanına kadar olan dönemdeki tekrarlayan inme, hastalık ve ölüm öyküleri ve tarihleri ise hasta dosyaları, Hastane Bilgi İşlem Merkezi'ndeki kayıtlar ile hasta ve/veya hasta yakınlarına telefonla ulaşılarak elde edilmiştir. Hastaların 28 günlük ve 2 yıllık sağkalımlarının bağımsız değişkenlerle ilişkisi Kaplan Meier sağkalım eğrileri ve Log Rank testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin çözümlemesinde SPSS (Statistical Packages for The Social Sciences) 15.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Ege Üniversitesi Hastanesi'ne 2008 ve 2009 yıllarında başvurup inme tanısı almış 512 hastanın %63,7(n=326)'si ilk inme ile, %21,7'si reinfarkla, %11,9'u Ege Üniversite Hastanesi'nde izlem amacıyla ve %2,7'si tetkik amacıyla başvurmuştur.

İlk inme ile başvuran hastaların (n=326) %84,4'ü iskemik inme, %10,1'i hemorajik inme, %2,5'i sessiz inme, %2,1'i geçici iskemik atak tanısı almış ve %0,9 hastanın inme tipi belirlenememiştir. İlk kez inme geçiren hastaların yaş ortalaması 65,71±14,67, en küçük yaş 18, en büyük yaş 102 olarak bulunmuştur. Hastaların %77,7'sinde hipertansiyon, %26,9'unda diyabet, %7,9'u sigara kullanımı, %44,3'ünde hiperkolesterolemi, %38,0'inde hipertrigliseridemi, %78,0'inde HDL düşüklüğü ve %46,9'unda LDL yüksekliği bulunmaktadır. Hastaların %5,6(n=18)'sında koroner arter hastalığı aile öyküsü bulunmaktadır.

İlk inmeyle başvuranların 2 yıllık izlem süresi sonunda %9,0'u koroner arter hastalığı, %7,7'si tekrarlayan inme tanısı almış ve %23,0'ü ise ölmüştür.

Çalışmadaki hastaların 37'si tanı aldıktan sonraki ilk 28 gün içinde, toplamda 74 hasta ilk 2 yıl içinde ölmüştür. Ölümün %36,5'i KAH, %51,4'ü inme, % 1,4'ü kanser ve %10,8'i diğer nedenlerle olmuştur.

Yatan hastaların %2,7'sine trombolitik tedavi ve %40,9'una antitrombotik tedavi uygulanmıştır. Taburcu olan hastaların %42,5'ine statin grubu, %62,5'ine aspirin, %20,3'üne ACE(angiyotensin-dönüştürücü enzim) inhibitörü grubu, %20,7'sine ARB(angiotensin II reseptör blokerleri) grubu, %22,6'sına KKB(kalsiyum kanal blokörü) grubu, %33,0'üne beta blokör, %75,1'ine antitrombotik ve %42,5'ine antikoagülan grubu ilaçlar reçete edilmiş ve kullanması önerilmiştir.

Erkek ve kadınlar arasında 28 günlük(p=0.88) ve 2 yıllık (p=0.48) sağkalım açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Hastalar 65 yaş altı ve 65 yaş ve üzeri olarak gruplandırıldığında erken dönem sağkalım hızları sırasıyla %93, %85 bulunmuştur. Aralarında sağkalım açısından istatistiksel olarak anlamlı (p=0.041) fark saptanmıştır. Uzun dönem sağkalım hızları 65 yaş altı grupta %90, 65 yaş ve üzeri grupta %67 bulunmuştur. Aralarında sağkalım açısından istatistiksel olarak çok anlamlı (p=0.0001) fark saptanmıştır.

İnmenin risk etmeni olan kronik hastalıklar ve durumlar için yapılan erken dönem(28 günlük) ve uzun dönem(2 yıllık) sağkalım analizleri sonucunda hipertansiyon, diyabet, sigara içiciliği, hiperkolesterolemi, hipertrigliseridemi, HDL düşüklüğü ve LDL yüksekliği sağkalım ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmamıştır(hepsi için p>0,05).

İnme sonrası sırasıyla erken dönem ve uzun dönemde sağkalım hızları yoğun bakıma yatırılma durumunda %78, %62 iken yoğun bakıma yatırılmayan hastalarda %98, %90 bulunmuştur ve aralarında sağkalım açısından istatistiksel olarak çok anlamlı (erken dönem sağkalımda(p=0.0001), uzun dönem sağkalımda (p=0.0001))fark saptanmıştır. Yatışta antitrombotik verilen hastaların uzun dönemde sağkalım hızları %82, verilmeyen hastaların %70 bulunmuştur (p=0.016). Taburculukta ARB verilen hastaların uzun dönemde sağkalım hızları %98, verilmeyen hastaların %87 bulunmuştur ve aralarında sağkalım açısından istatistiksel olarak anlamlı (p=0.028) fark saptanmıştır. Taburculukta antikoagülan verilen hastaların uzun dönemde sağkalım hızları %85, verilmeyen hastaların %93 bulunmuştur ve aralarında sağkalım açısından istatistiksel olarak anlamlı (p=0.041) fark saptanmıştır. İnme sonrası erken dönem ve uzun dönemde yatışta trombolitik verilmesi, taburculukta statin, aspirin, ACE inhibitörü, KKB, beta blokör, ve antitrombotik verilmesi ile verilmemesi arasında sağkalım açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (hepsi için p>0,05).

Tartışma: Bu çalışmada ilk kez inme geçirip hastaneye başvuranlarda yaş ortalamasının (65,7) yüksek olması, risk etmenlerinin sıklığının yüksek olması (hipertansiyon %77,7, diyabet %26,9, sigara içiciliği %7,9), taburculukta ikincil korumada kullanılan ilaçların oranlarının düşük olması (statin grubu %42,5, aspirin %62,5,

ACE inhibitörü grubu %20,3, ARB grubu %20,7, KKB grubu %22,6, beta blokör %33,0, antitrombotik %75,1 ve antikoagülan grubu ilaçlar %42,5) yapılan diğer çalışmalarla benzer görünmektedir (5, 6, 7). Yoğun bakımda yatan hastaların sağkalım hızlarının yoğun bakımda yatmayan hastalara göre düşük olması hastalığı ağır geçiren hastaların yoğun bakımda yatma gereksiniminin yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. Taburculukta ikincil koruma önlemleri kapsamında ilaç reçete edilmem oranları yapılan çalışmalardan düşük bulunmuştur. İnme hastalarında ikincil korumada kullanılan 4 grup ilaç(antiplateletler, beta blokör, statin grubu ve ACE inhibitörü grubu) mortaliteyi azaltmaktadır(7). İkincil korumadaki önemine karşın kullanım oranları bu çalışmada ve WHO-PREMISE çalışmasında sırasıyla statin grubu %42,5, %19,6, aspirin %62,5, %79,6, beta blokör %33,0, %44,2 ve ACE inhibitörü grubu %20,3, %39,5 düşük olarak bulunmuştur(7).

Sonuç-Öneri: İnme hastalarında sağkalım hastalığın ağırlık derecesi ile ilişkili görünmektedir. Serebrovasküler hastalığı olanlarda mortaliteyi azalttığı kanıtlanmış ikincil koruma kullanımını hayati öneme sahiptir. İkincil koruma /taburculukta kullanılan ilaç oranlarının yükseltilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997;349:1269–76.
2. The Global Burden of Disease: 2004 update (2008)(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf (Son Erişim Tarihi:15.02.2011))
3. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006;367:1747–57.
4. Strong K, Mathers C, Bonita R. Preventing strokes: saving lives around the world. Lancet Neurol 2007;6:182–7.
5. Kumral E, Ozkaya B, Sagduyu A, Sirin H, Vardarli E, Pehlivan M. The Ege Stroke Registry: a hospital-based study in the Aegean region, Izmir, Turkey. Analysis of 2,000 stroke patients. Cerebrovasc Dis. 1998 Eylül-Ekim;8(5):278-88.
6. Yaka E, Öztürk V, Özer A, Kutluk K. Akut İnme Tedavisinde Yeni Anlayış: İnme Ünitesi Organizasyonu. Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi 2008 14:2; 49-52
7. Mendis S, Abegunde D, Yusuf S, Ebrahim S, Shaper G, Ghannem H, Shengelia B, WHO- PREMISE (Phase I) Study Group. WHO study on Prevention of REcurrences of Myocardial Infarction and Stroke(WHO-PREMISE). Bulletin of the World Health Organization, November 2005, 83 (11)

728

ELAZIĞ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ENDOKRİNOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN DİABETLİ HASTALARIN BAZI BESLENME DAVRANIŞLARI VE HbA1c DÜZEYLERİ

Yurdagül Günaydın, Erkan Pehlivan¹

¹Inönü Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü Tip II diyabeti yeni bin yılın en önemli halk sağlığı sorunları arasında kabul etmektedir. Diyabetli kişilerin% 80'den fazlası, düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. DSÖ diyabete bağlı ölümlerin 2005 ve 2030 yılları arasında iki katına çıkacağını tahmin etmektedir. 2004 yılında, tahminen 3,4 milyon kişi yüksek kan şekeri sonucu hayatını kaybetti. Sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, normal vücut ağırlığını korumak tip 2 diyabetin başlangıcını önleyebilir veya geciktirebilir.

Tip II diyabet giderek yaygınlaşan bir hastalıktır. Hastalığın kanda HbA1c testi ile izlenmesi çok önemlidir. Hastalığın takibi amacıyla endokrin servislerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Polikliniğine başvuran II diyabetli hastaların bazı beslenme davranışları ile HbA1c düzeyleri incelenmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve Yöntem: Araştırma zamana göre kesitsel tipte bir araştırmadır. Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Polikliniğine başvuran tip II diyabetli yetişkin hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Hastane polikliniğine 2011 Yılı Şubat –Mayıs ayları boyunca 4 ay süreyle polikliniğe başvuran tüm hastalar araştırma kapsamına alınmış, anılan sürede 500 hasta araştırma kapsamına girmiştir. Veri toplama yüz yüze anket tekniği ile yapılmıştır. Hastaların sosyodemografik, ve beslenme davranışları sorgulanmış, antropometrik ölçümler alınmış ve HbA1c düzeyleri hastane biyokimya laboratuvar sonuçlarından elde edilmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni HbA1c düzeyi, araştırmanın bağımsız değişkenleri ise: yaş, cinsiyet ve beslenme davranışlarıdır. Verilerin SPSS 15.0 paket programında değerlendirildi. Verilerin analizinde ortalama değerler, yüzdelikler, bağımsız örneklerde t testi ve ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışma kapsamına giren hastaların %42'si (210 kişi) erkek, % 58'i (290 kişi) kadındır. Erkeklerin beden kitle indeksi ortalaması $27,83 \pm 4,58 \text{ kg/m}^2$, kadınların beden kitle indeksi ortalaması $31,35 \pm 6,40 \text{ kg/m}^2$ olarak birbirinden farklı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastaların açlık kan şekeri ortalaması $204,23 \pm 95,16$ 'dır. Bu ortalama erkeklerde $201,67 \pm 91,85$, kadınlarda $206,08 \pm 97,59 \text{ mg/dl}$ olarak benzer şekilde elde edilmiştir ($p > 0.05$). HDL kolesterol düzeyi erkeklerde $42,61 \pm 11,56 \text{ mg/dl}$, kadınlarda ise $47,31 \pm 12,07 \text{ mg/dl}$ olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Araştırmaya katılan erkeklerin HbA1c ortalaması $9,09 \pm 2,36$, kadınların HbA1c ortalaması $9,12 \pm 2,57 \text{ mg/dl}$ 'dir. İki ortalama arasında farklılık yoktur ($p > 0.05$). BKİ $29,9 \text{ kg/m}^2$ olanların HbA1c ortalaması $9,5 \pm 2,5$ BMI 30 ve üzeri olanların HbA1c ortalaması $8,6 \pm 2,3 \text{ mg/dl}$ olarak elde edilmiştir.

BKİ $29,9 \text{ kg/m}^2$ olanların HbA1c ortalaması $9,5 \pm 2,5$ BKİ 30 ve üzeri olanların HbA1c ortalaması $8,6 \pm 2,3 \text{ mg/dl}$ olarak farklı elde edilmiştir ($p < 0.05$). Bu durum, daha düşük kilolularda hastalığın daha ileri evrede olabileceği veya glisemik kontrolün tedavi ile daha iyi ayarlandığını düşündürmüştür.

Hastaların %96'sı kahvaltı yaptıklarını, %56,8'i tadına bakmadan yemeklere tuz koymadıklarını, %39,4'ü yemeğin tadına bakarak tuz koyduklarını, %70,6'sı günde 10 bardaktan az, %25,2'si ise 10 bardaktan çok çay içtiklerini, %85,4'ü hiç kahve içmediklerini, %14,6'sı 1-2 fincan kahve içtiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca diyabet hastalarının %76,4'ü günde 10 bardağa kadar ayran içtiklerini, %42,4'ü hiç süt içmediğini, %65,8'i çaya şeker katmadıklarını, %98'ü hiç alkol almadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %82,8'i yemeklerde yalnızca sıvı yağ, %7,4'ü ilaveten margarin, %9,8'i ise ilaveten hayvansal yağ kullandıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %79'u hiç kepekli ekmek, %87,4'ü çavdar ekmeği tüketmediklerini, % 65' ise sadece beyaz ekmek tükettiklerini belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamına girenlerin %47,6'sı son bir yıl içinde daha az yağlı yemek yediklerini, %53,4'ü daha çok sebze yediklerini, %55,6'sı daha az şeker tükettiklerini, %49,2'si daha az tuz tükettiklerini bildirmişlerdir.

Yemeklerde sıvı yağ kullananların %24,6'sı HbA1c 'de hedef değeri (6,5-7.0) tutturdıkları, sıvı yağa ilaveten margarin kullananların % 21,6'sı, ilaveten hayvansal yağ kullananların ise %16'3'ü hedef değeri tutturdıkları tespit edilmiştir. Yemeklerde tüketilen yağın türü ile HbA1c değerlerine (hedef değer, düşük risk, yüksek risk) gruplarına dağılım arasında bir fark bulunmamıştır ($X^2 = 2.518$, $SD=4$, $p > 0.05$).

Günlük diyetinde beyaz ekmek tüketmeyen hastaların (%35.0) HbA1c değerleri yönünden hedef değeri tutturular %22,3, günde 10 dilime kadar beyaz ekmek tüketen hastalardan (%40,6) tutturular %24,1' günde 11-20 dilim arasında beyaz ekmek yiyenlerden (%24,4) ise yalnızca %24,6'sı hedef değeri tutturdıkları saptanmıştır. HbA1c yönünden "hedef" (6.5-7.09, "düşük risk" (7,1-9.0) ve "yüksek risk" (9,1+), değerlerine dağılım ile beyaz ekmek tüketmeme ve tüketim miktarları arasında bir ilişki kurulamamıştır ($X^2=2.113$, $SD=4$, $p > 0,05$).

Tartışma, sonuç ve öneriler: Eğitim ve Araştırma hastanesine başvuran diyabet hastalarının HbA1c düzeyleri yüksek risk sınırında bulunmaktadır. Erkeklerde ortalama değer $9,09 \pm 2,36$, kadınlarda $9,12 \pm 2,57$ ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların %96'sı her gün kahvaltı yapmaktadır. Çakmakçı'nın yapmış olduğu bir çalışmada kahvaltı yapanlar %98'dir.¹ Bu çalışmada hiç çay içmeyenler %4.2 iken, hiç kahve içmeyenler %85,4'tür. Tuomiletho ve

arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada erkeklerin %17,9'u, kadınların ise %18,1'i günde 1-2 fincan kahve tükettiklerini tespit etmiş ve kahve tüketimindeki artış ile diyabet riskinde azalış arasında bir ilişki bulmuştur. Ancak kafeinli veya kafeinsiz kahve tüketimi ile diyabet riski arasında bir fark bulunmamıştır. Aynı araştırmada çay tüketimi ile diyabet riski arasında da bir ilişki bulunmadığı bildirilmektedir.²

Araştırma grubunda HbA1c düzeyi ve tüketilen yağın cinsine bakıldığında, bitkisel yağ kullananların HbA1c ortalaması 9,1±2,5, margarin kullananların 9,0±2,5, bitkisel yağ+hayvansal yağ kullananların ise 9,2±2,4 olarak bulunmuştur. HbA1c düzeyi ve tüketilen yağ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (P>0.05). Harding ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diyetle alınan doymuş yağların HbA1c düzeyini olumsuz yönde etkilediği, tekli doymamış ve çoklu doymamış yağların ise etkilediğine dair herhangi bir kanıtın olmadığını belirtmişlerdir.³

Araştırmaya katılan diyabetli hastaların ekmek yeme durumuna bakıldığında; beyaz ekmek yiyenler % 65, kepekli ekmek yiyenler ise % 21'dir. Baban'ın yapmış olduğu çalışmada diyabetik hastaların %24,2'si beyaz ekmek, %75,8'i de bu araştırma sonuçlarından farklı olarak esmer ekmek ve benzerlerini tercih edilmektedir.⁴ Farklılığın sebebi o çalışmaya katılan hastaların diyabetik beslenme konusunda daha bilinçli olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu çalışmada ise Doğu Anadolu'da bulunması sebebiyle katılımcıların büyük çoğunluğunun tükettikleri ekmeği kendi evlerinde yapıyor olmaları gösterilebilir. Bir diğer sebep ise, kepekli ekmek yeme alışkanlığının bölgede yerleşmemiş olmasından kaynaklanabilir. Halbuki Nielsen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada diyabetik hastalarda karbonhidrat kısıtlamasının HbA1c düzeyinin normal değerlere ulaşılabilmesi açısından önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Çalışmada karbonhidrat kısıtlamasına gidilen hastalarda, yüksek karbonhidrat diyeti alan hastalara göre HbA1c düzeyleri 8,1'den 7,1'e anlamlı bir şekilde düşmüştür.⁵

Sonuç olarak, kronik komplikasyonların ortaya çıkışının engellenmesi ve yaşam kalitesinin geliştirilmesi için diyabetiklerde glisemik kontrolün sağlanması oldukça önemlidir. Bu çalışma sonucunda hastaneye başvuran diyabetik hastaların hedeflenen HbA1c değerlerine ulaşırarak beslenme davranışları göstermedikleri görülmüştür. Hastaların farkındalıklarının artırılması ve sürekli eğitimleri önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Tip 2 diyabet, HbA1c, Endokrin poliklinik

Kaynaklar:

- 1- Çakmakçı C. (2009). Tip 2 Diabetin Yaşam Tarzı Değişikliğiyle Önlenmesinde Yüksek Lifli ve Düşük Yağlı Beslenmenin Önemi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- 2- Tuomilehto J., Lindström J., Eriksson J.G., Valle T.T., Hämäläinen H., Parikka P.I., Kuusankiemi S.K., Laakso M., Louheranta A., Rastas M., Salminen V., Uusitupa M. (2001). Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus By Changes In Lifestyle Among Subjects With Impaired Glucose Tolerance. N Engl J Med,344 (18):1348-1350
- 3- Harding A.H., Sargeant L.A., Welch A., Oake S., Luben R.N., Bingham S., Nicholas E.D., Khaw K.T., Nicholas J.W. (2001). Fat Consumption and HbA_{1c} Levels The EPIC-Norfolk Study. Diabetes Care,24 (11):1911-1916
- 4- Baban M. (2010). Obez ve Diabetik Yetişkinlerin Beslenme Bilgi Düzeyleri, Beslenme Alışkanlıkları, Diyet ve Diabetik Ürünleri Algılama Düzeylerinin Karşılaştırılması Olarak Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- 5- Nielsen J.V., Joensson E.A. (2008). Low-carbohydrate diet in type 2 diabetes: stable improvement of body weight and glycemic control during 44 months follow-up. Nutrition & Metabolism,5 (14):1-6

ELAZIĞ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ENDOKRİNOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN TİP II DİABETLİ HASTALARIN HbA1C DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Erkan Pehlivan¹, Yurdağül Günaydın

¹İnönü Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü diyabetes mellitusu yeni bin yılın en önemli halk sağlığı sorunları arasında kabul etmektedir. Diyabetli kişilerin% 80'den fazlası, düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. DSÖ'ye göre diyabete bağlı ölümlerin 2005 ve 2030 yılları arasında iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir. 2004 yılında, tahminen 3,4 milyon kişi yüksek kan şekeri sonucu hayatını kaybetti. Sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, normal vücut ağırlığını korumak tip 2 diyabetin başlangıcını önleyebilir veya geciktirebilir. ¹

Tip II diyabet giderek yaygınlaşan bir hastalıktır. Hastalığın kanda HbA1c testi ile izlenmesi çok önemlidir.²Hastalığın takibi amacıyla endokrin servislerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu araştırma, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Polikliniğine başvuran tip II diyabetli hastaların sosyodemografik, metabolik ve fiziksel aktivite özellikleri ile HbA1c düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tipte (cross-sectional) bir çalışmadır, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Polikliniğine başvuran tip II diyabetli yetişkin hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Hastane polikliniğine 2011 Yılı Şubat –Mayıs ayları boyunca 4 ay süreyle polikliniğe başvuran tüm hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Anılan sürede 500 hasta araştırma kapsamına girmiştir. Veri toplama yüz yüze anket tekniği ile yapılmıştır.Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, tedavi şekli, aktivite düzeyi, HbA1c kontrol sıklığı sorgulanmış, BKİ dereceleri, bel çevresi ölçülmüştür. HbA1c düzeyleri hastane biyokimya laboratuvar sonuçlarından elde edilmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni HbA1c düzeyi, araştırmanın bağımsız değişkenleri ise: yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, tedavi şekli, aktivite düzeyi, HbA1c kontrol sıklığıdır. Veriler SPSS 15.0 paket programında değerlendirildi. Verilerin analizinde ortalama değerler, yüzdelikler, bağımsız örneklerde t testi ve ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların %42'si (210 kişi) erkek, % 58'i (290 kişi) kadındır. Erkeklerin beden kitle indeksi ortalaması 27,83±4,58 kg/m², kadınların beden kitle indeksi ortalaması 31,35±6,40 kg/m² olarak birbirinden farklı bulunmuştur (p<0.05). Hastaların açlık kan şekeri ortalaması 204,23±95,16, bu ortalama erkeklerde 201,67±91,85, kadınlarda 206,08 ±97,59 mg/dl' olarak benzer şekilde elde edilmiştir (p>0.05). HDL kolesterol düzeyi erkeklerde 42,61 ± 11,56 mg/dl, kadınlarda ise 47,31±12,07 mg/dl olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur (p<0.05).

Araştırmaya katılan erkeklerin HbA1c ortalaması 9,09±2,36, kadınların HbA1c ortalaması 9,12±2,57 mg/dl'dir. İki ortalama arasında farklılık yoktur (p>0.05).

Araştırmaya katılanlardan okur yazar olmayan veya okur yazar olanların %23'ü kanda 6.5-7 HbA1c değerine sahip olurken, ilk-orta okul mezunlarının % 21,7'si lise ve üzeri eğitim görenlerin ise %29,5'i hedef değere sahip olmuşlardır. HbA1c değeri ile eğitim durumuna göre dağılım arasında bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Hastaların % 65.4'ü anti-diyabetik ilaç, %34.6'si ise kısa etkili insülin kullanmaktadır. İnsülin kullananların HbA1c ortalaması 10,2±2,5, antidiyabetik ilaç kullananların ise 8,5 ±2,3 olarak bulunmuştur. İnsülin kullananların %65.9'u, antidiyabetik ilaç kullananların ise %37,6'sı HbA1c değerleri yüksek risk (9,1 ve üzeri) grubundadır. HbA1c değerlerinin tedavi şekillerine dağılımı birbirinden farklılık göstermektedir (p<0.05).

Fiziksel aktivite yönünden inaktiflerde HbA1c ortalaması 9,4±2,5, orta düzeyde aktivite bulunanlarda 8,4±2,3, yüksek düzeyde aktivitede bulunanlarda ise 8,8±2,5 olarak bulunmuştur. İnaktiflerin %53,7'si HbA1c yönünden yüksek risk altında iken, orta düzeyde aktivitede bulunanların %34,2'si, yüksek düzeyde aktivitede bulunanların ise %39,2'si yüksek risk altındadır. Aktivite ile HbA1c değerleri dağılımı farklı bulunmuştur (p<0.05).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hastaların %59'u HbA1c kontrollerini 1-3 ay arasında yaptıklarını, %18,8'i ise yılda bir defa yaptıklarını belirtmişlerdir. Hastaların HbA1c düzeylerini kontrol sıklıkları ile değerler arasında bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$)

BKİ $29,9 \text{ kg/m}^2$ olanların HbA1c ortalaması $9,5 \pm 2,5$ BKİ 30 ve üzeri olanların HbA1c ortalaması $8,6 \pm 2,3$ mg/dl olarak elde edilmiştir. Bel çevresi ≤ 88 ve altı olanların HbA1c ortalaması $9,8 \pm 2,7$, 89-101 arasında olanların $9,2 \pm 2,3$ ve bel çevresi ≥ 102 ve üzerine olanların ise HbA1c ortalaması $8,7 \pm 2,5$ mg/dl olarak elde edilmiştir.

Tartışma, sonuç ve öneriler: Eğitim ve Araştırma hastanesine başvuran diyabet hastalarının HbA1c düzeyleri yüksek risk sınırında bulunmaktadır. Erkeklerde ortalama değer $9,09 \pm 2,36$, kadınlarda $9,12 \pm 2,57$ ile benzerlik göstermektedir. Xu ve arkadaşlarının çalışmasında erkek kadın hastaların glisemik kontrol hedeflerine ulaşamadıkları konusunda benzer olduklarını bildirmektedir.³

Okur yazar olmayan ve ilkokulu bitirmeyen hastaların yalnızca %23'ü glisemik kontrolde HbA1c hedef değerini ($6,5-7,0$) ulaştırırken ilk ve ortaokul mezunlarının %21,7, lise ve üzeri eğitim görenlerin ise %29,5'i hedef değerlere ulaşabilmektedir. Eğitim düzeyi ile glisemik kontrol hedef değerlerine ulaşmada bir farklılık bulunmamıştır. Ismail ve arkadaşlarının Malezya'da yaptıkları bir araştırmada benzer sonuçlar elde edilmiştir.⁴

Oral antidiyabetik kullananların %30,6'sı glisemik kontrol hedef değerine ulaşırken, insülin kullananların %10,4'ü hedef değerlere ulaşabilmektedir. Buna karşılık yüksek risk (HbA1c 9,1 ve üzeri) değerini geçenler oral antidiyabetik kullananlarda %37,6 iken, insülin kullananlarda %65,9'a çıkmaktadır. Bu sonuç hastalık ilerledikçe glisemik kontrolün güçleştiğini göstermektedir. Hastaların fiziksel aktivitesi ile HbA1c değerleri ortalamasını etkilemektedir. İnaktiflerde ortalama $9,4 \pm 2,5$, orta düzeyde aktivite bulunanlarda $8,4 \pm 2,3$, yüksek düzeyde aktivitede bulunanlarda ise $8,8 \pm 2,5$ olarak bulunmuştur. Hansen ve arkadaşlarının çalışmasına göre fiziksel aktivite yoğunluğu arttıkça HbA1c düzeyleri ters orantılı şekilde azalmaktadır.⁵

Hastaların glisemik kontrol sıklıkları ile HbA1c düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Hastaların BKİ değerleri ile HbA1c düzeyleri arasında ters bir ilişki bulunmuştur. Literatür bilgilerinden farklılık gösteren bu durum hastalık düzeyinin BKİ değerleri düşük olanlarda daha ileri olmasından kaynaklanabilir.

Sonuç olarak, kronik komplikasyonların ortaya çıkışının engellenmesi ve yaşam kalitesinin geliştirilmesi için diyabetiklerde glisemik kontrolün sağlanması oldukça önemlidir. Bu çalışma sonucunda hastaneye başvuran diyabetik hastaların hedeflenen HbA1c değerlerine ulaşamadıkları görülmüştür. Hastaların farkındalıklarının artırılması ve sürekli eğitimleri önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Tip 2 diyabet, HbA1c, Endokrin poliklinik

Kaynaklar

1-American Diabetes Association (ADA). Globalization of Diabetes. Diabetes Care, 2011; 34,1249–1257.

2-King H., Aubert R.E., Herman, W.H. (1998). Global Burden of Diabetes, 1995-2025. Diabetes Care, 21,1414-31.

3- Xu, J., Eilat-Adar, S., Loria, C.M., Howard B.V., Fabsitz R.R., Begum M., Zepher E.M., Lee, E.T. (2000).Macronutrient intake and glycemic control in a population-based sample of American Indians with diabetes: the Strong Heart Study. Am Clin Nutr.86:480-487

4- Ismail H., Hanafiah M. , Saa'diah S , Salmiah MS., Tahir A, Huda Z., Mohd, Y. (2011). Control of Glycosylated Haemoglobin (HbA1c) Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients Attending an Urban Health Clinic In Malaysia. Medical and Health Science Journal. 9,58-65

5-124124. Vancea D.M., Vancea J.N., Pires M.I., Reis M.A., Moura R.B., Dib S.A. (2009). Effect of frequency of physical exercise on glycemic control and body composition in type 2 diabetic patients. Arq Bras Cardiol,92 (1):23-30

ENGELLİ ÇOCUĞU OLAN ANNE-BABALARIN KAYGI DÜZEYİ VE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ümmühan Aktürk, Rukuye Aylaz

İnönü Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Engel, bireyin yetersizliği nedeniyle, yaş, cins, sosyal ve kültürel farklılıklara bağlı olarak oynaması gereken rolleri, gereği gibi oynayamama durumu olarak tanımlanmakta ve aile içerisinde uyum sorunlarına neden olabilmektedir (1).

Toplumun temelini oluşturan aileye bir çocuğun katılımı aile düzeninde ve ilişkilerde değişikliğe neden olur, aile üyelerine yeni roller yükler. Aileye sağlıklı bir çocuğun katılması ise stres oluşturabilir; sağlıklı çocuk beklentisi ile gerçek arasındaki fark arttıkça ailenin acısı ve duygusal tepkileri artabilir (2).

Kaygı, kişinin başına bir tehlike gelebileceği duygusu, huzursuzluk, gerilim ve korku ile karakterize hoş olmayan bir duygusal durum olarak ifade edilebilir (3). Herkesin geçirebileceği bir yaşantı olan kaygı, “Durumluk kaygı” ve “Sürekli kaygı” olarak incelenmektedir. Folkman ve Lazarus’a göre, akut-kronik hastalık gibi travmatik durumlarda, bireyin benliğiyle ilgili algısında stres yönetiminde değişiklik yaşanmakta ve kişinin bu duruma uyumu ve baş etmesi zorlaşmaktadır (4).

Hemşire, insanların engelliliği durumlarını değerlendirmelerinde, bireyin ve ailenin istedik düzeyde yaşam stilini değiştirilmesinde, bağımsızlığının geliştirilmesinde, optimal fonksiyonları daha kullanışlı hale getirilmesinde, komplikasyonlardan koruma, pozitif baş etme davranışlarını güçlendirme, bakımın sürekliliğini sağlama, bireyi güçlendirme ve ülkede bakım yapısı karakterlerine katkı sağlamada hemşirelerin sorumlulukları vardır (5).

Fiziksel, ruhsal, bilişsel kısıtlılığı olan bireyin ve bu bireye sahip olmanın yarattığı kaygılarla boğuşan ailelerin bağımsız yaşayabilmesine, ailenin davranışsal, bilişsel, duygusal durumu ve gelişimsel görevleri üzerindeki olumsuz etkisi olan kaygıyı azaltmada ve kaygıyla başa çıkma stratejilerini koordine edilmesinde hemşireye önemli roller düşmektedir (6).

Bu araştırma engelli çocuğa sahip anne- babaların kaygı düzeylerini belirlemek ve bu kaygı ile başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç e Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini Eylül 2011 –Aralık 2011 tarihleri arasında Malatya merkezde Milli Eğitime bağlı 15 özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine kayıtlı olan 1163 engelli çocuğun aileleri oluşturmuştur. Bu öğrencilerin 836’sı zihinsel, 327’si bedensel engellidir. 1163 öğrenci arasından tabakalı örneklem yöntemi ile rasgele (random) seçilen 289 (207’si zihinsel, 82 ‘si bedensel engelli) ebeveyn araştırmanın örneklemini oluşturacak şekilde planlanmıştır. Her ne kadar formülle minimum örneklem büyüklü hesaplanmışsa da araştırmacının özel gayreti ile evrenin daha iyi temsil edebilmesi amacıyla örneklem büyüklüğü 405’e yükseltilmiştir. Araştırmada 231 zihinsel engelli,97 bedensel engelli, 77’si her iki engellide bulunan olmak üzere toplam 405 engelli çocuğa sahip ebeveyne ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatüre dayanarak hazırlanan 25 soru içeren bilgi formu ve Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılan Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri, Amirkhan (1990) tarafından geliştirilmiş, Aysan (1994) tarafından Türkçeye uyarlama ve geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmış Baş a Çıkma Stratejisi Ölçeği (BCSÖ) ölçeği kullanılmıştır. Durumluluk Kaygı Ölçeğinde ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla gibi şartlardan birini işaretlemek suretiyle cevaplandırılır. Sürekli kaygı maddelerinde (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenir. Seçeneklerin ağırlık değerleri 1’den 4’e kadar değişir. Ölçeklerde doğrudan (düz) ve tersine dönmüş ifadeler bulunur. Olumsuz duygular, doğrudan ifadelerle; olumlu duygular da tersine dönmüş ifadelerle dile getirilir. İki alt ölçekten de elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

düşük kaygı düzeyini gösterir. Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği (BÇSÖ) ölçeğinde; Problem Çözme, Sosyal Destek Arama ve Kaçınma olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerde toplam 11'er madde bulunmakta ve alt ölçek toplam puanları 11 ile 33 arasında değişebilmektedir. Ölçekte 1-hiç, 2-biraz, 3-çok olmak üzere 3'lü Likert tipi bir değerlendirme vardır. Alt ölçek toplam puanlarının yüksek olması, tanımlanan niteliğin arttığına işaret etmektedir.

Araştırma için gerekli kuruldun etik onay alınarak veri toplama formu doldurulmadan önce ebeveynlere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra sözlü onam alındı kullanıldı. Araştırmanın verilerinin istatistiksel analizi SPSS 18 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir Verilerin analizinde sayı, yüzdelik, ortalama ki-kare, t testi ve ANOVA varyans analizi testleri kullanılmıştır. Sosyodemografik değişkenler gibi bağımsız değişkenler ile sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında t testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Başa çıkma stratejisi, durumluk-sürekli kaygı düzeyi arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile belirlenmiştir

Bulgular: Araştırmaya alınanların %78.5'ini anneler, %21.5'ini babalar oluşturmaktadır. Anne ve babaların yaş ortalaması 38.00 ± 9.1 , % 88.4'ünün sosyal güvencesi mevcut, %51.6'sının ekonomik durumunun orta, %20.1'inin ekonomik durumunun kötü olduğunu belirlendi. Annelerin %84'ü ev hanımı, babaların %39.3'ünün serbest meslek yaptığını, %6.7'sinin işsiz olduğunu saptandı. Annelerin %39.8'inin ilköğretim mezunu, %7.7'sinin üniversite mezunu, babaların %43'ünün lise, % 16.3'ünde üniversite mezunu olduğunu belirtti. Engelli çocuklarının %42.2'sinin 7-14 yaş grubunda, %55.3'ünün erkek, %57'sinin zihinsel engelli, %24'ünün bedensel engelli olduğu saptandı. Engelli çocukların %61.5'nin 70 ve üstü engellilik oranına, %36'sının 40-69 engellilik oranına sahip olduğu, ailelerin düşüncelerine göre çocuğun engelli olma nedenleri; %27.4'ünün hamilelik süresince yaşanan sorunlardan, %16.3'ünün kalıtsal etkenlerden, %14.1'inin ise akraba evliliğinden kaynaklandığını ifade ettiler. Engelli çocuğa sahip anne babaların %70.1'i çocuğunun engelli olmasından dolayı hiç kimseyi suçlamadığı, %12.3'ünün doktoru suçladığını, %10.4'ünün kendisini suçladığını ifade etti. Ebeveynlerin %23'ü çocuğunun engelinin çevresi tarafından suçlandığını, %89.6'sı çocuğundan utanmadığını, %62.7'si çocuğunun çevre tarafından kabul gördüğünü, %24.2'si yaşadıkları sıkıntılarla baş etmek için psikiyatrik destek aldığı saptandı. Ebeveynlerin %34.8'inin yaşadıkları sıkıntıları hiç kimseyle paylaşmadığı, %32.6'sının eşi ile paylaştığı belirlendi.

Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin durumluluk kaygı puanı 39.01 ± 6.8 , sürekli kaygı puanı 45.56 ± 9.7 , başa çıkma stratejilerinin alt boyutunu incelendiğinde; problem çözme ortalaması 25.96 ± 4.4 , sosyal destek arama 22.98 ± 5.1 ve kaçınma ortalamasının 21.26 ± 3.9 olduğu görülmektedir. Kaygı ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyle ilgili Pearson Kolerasyonu incelendiğinde; durumluluk kaygı ile kaçınma alt boyutu arasında pozitif bir ilişki ($p=0.039$, $r=0.10$), sürekli kaygı ile kaçınma arasında pozitif bir ilişki ($p=0.000$, $r=0.18$) olduğu saptanmıştır

Anne ve babaların yaşları ile sürekli kaygıları arasında pozitif yönde önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Ebeveynlerin cinsiyet ve medeni durumu ile sürekli kaygı düzeyleri arasında önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Annelerin ve bekâr olanların sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu gözlemlendi. Ailelerin ekonomik durumu ile durumluluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyleri arasında negatif yönde önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Babaların meslekleriyle sürekli kaygı düzeyleri arasında önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). İşsiz olan babaların sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlemlendi. Engelli çocukların yaşları ile ebeveynlerin sürekli kaygı düzeyleri arasında pozitif yönde önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Engelli çocuğa sahip anne babaların yaşadıkları sıkıntıları paylaşma durumu ile sürekli kaygı düzeyleri arasında önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Sıkıntılarını paylaşan ebeveynlerin sürekli kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlendi. Engelli çocuğun çevre tarafından kabul görmesi ve psikiyatrik destek alma durumları ile anne babaların durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli fark saptandı ($p<0.05$).

Anne ve babaların demografik verileri ile başa çıkma stratejilerinin karşılaştırıldığında; yaşları ile problem çözme alt boyutu arasında önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). 26-45 yaş grubundaki ebeveynlerin problem çözmede daha başarılı oldukları gözlemlendi. Ebeveynlerin cinsiyet ile sosyal destek arama ve kaçınma alt boyutları arasında önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Annelerinin sosyal destek arama ve kaçınma başa çıkma stratejilerini babalardan daha fazla kullandığı gözlemlendi.

Anne ve babaların ekonomik durumları ile başa çıkma stratejilerine bakıldığında; ekonomik durum ile problem çözme ve sosyal destek arama alt boyutu arasında pozitif yönde önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ebeveynlerin engellilikten dolayı çevre tarafında suçlanma durumu ile problem çözme ve kaçınma alt boyutları arasında önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Çevre tarafından suçlanan ebeveynlerin sosyal destek arama ve kaçınma stratejisine daha çok başvurdukları gözlemlendi. Anne babaların sıkıntılarını paylaşma durumu ile problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınma alt boyutları arasında önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Sıkıntılarını paylaşan ebeveynlerin problem çözme ve sosyal destek aramada daha başarılı oldukları ve toplumdan kaçınmadıkları gözlenmiştir. Engelli çocuğa sahip anne babaların psikiyatrik destek alma durumu ile problem çözme ve sosyal destek arama arasında önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Psikiyatrik destek alan ebeveynlerin problem çözme ve sosyal destek aramada daha başarılı oldukları gözlemlendi.

Tartışma: Araştırmada engelli çocuğa sahip ebeveynlerin sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve baş etme için problem çözme yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Keskin'in yaptığı çalışmada ebeveynlerin durumluluk kaygılarının daha yüksek olduğu ve baş etme için problem çözme stratejisini kullandıkları saptanmıştır (4).

Araştırmada engelli çocuğa sahip ebeveynlerin durumluluk ve sürekli kaygı ile kaçınma alt boyutu arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Keskin'in yaptığı çalışmada durumluluk ve sürekli kaygı ile problem çözme arasında ve durumluluk kaygı ile sosyal destek arama arasında negatif bir ilişki belirlemiştir (4).

Araştırmada engelli çocuğun çevre tarafından kabul görmesi, ebeveynlerin psikiyatrik destek alma durumları ile ebeveynlerin durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında önemli bir fark saptanmıştır. Keskin'in yaptığı çalışmada araştırmamızla benzer bulgular elde edilmiştir (4).

Araştırmada psikiyatrik destek alma ile problem çözme ve sosyal destek arama arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Keskin'in yaptığı çalışmada engelli çocuğa sahip ailelerin psikiyatrik destek alma durumları ile problem çözme arasında önemli bir fark gözlenmiştir (4).

Sonuç ve Öneriler: Bu sonuçlara göre engelli çocuğa sahip ebeveynlerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum ve engelli çocuğun yaşı ile kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli ilişki belirlenmiştir. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin; yaş, ekonomik durum, cinsiyeti ile başa çıkma stratejileri arasında istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerde psikolojik ve sosyal destek alan bireylerin kaygıları ile baş etme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca engelli çocuğa sahip ebeveynlerin kaygı düzeylerinin artması onların kaçınma stratejisini daha çok kullanmalarına neden olduğu saptanmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

Halk sağlığı hemşireleri toplumu engellilik ve engelli çocuğu olan ebeveynleri sorunları hakkında bilgilendirmesi, toplumsal farkındalığın arttırılarak engelli çocuklara daha olumlu ve kabul edici yaklaşımların sağlanması,ebeveynlerin yaşadıkları sıkıntıları azaltmak için yakın akrabaları, arkadaşları, diğer engelli çocuk aileleri, sosyal çevresi, bu konuda eğitim almış uzman kişilerle paylaşmasının sağlanması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler : Engelli, Çocuk, Ebeveyn, Kaygı düzeyi, Başa çıkma stratejisi

Kaynaklar:

- 1) Çoşkun Y, Akkaş G. (2009). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD) 10(1): 213- 227.
- 2) Uyaroğlu K.A, Bodur S. (2009). Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Anne –Babalarında Kaygı Düzeyi ve Bilgilendirmenin Kaygı Düzeyine Etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin 8(5): 405-412.
- 3) Deniz M.E, Dilmaç B, Arıca T. (2009). Engelli Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerin Durumluk Sürekli Kaygı ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi 6(1):953-968.
- 4) Keskin G, Bilge A, Esra E, Dülgerler Ş. (2010). Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Anne Babaların Kaygı , Anne – Baba Tutumları ve Başa Çıkma Stratejileri Açısından Değerlendirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 11:30-37.

5) <http://www.ozida.gov.tr> (Erişim tarihi:18.5.2011).

6) Stone C.S, Mcguire S.L, Eğistrı D.G. (1998). Client With Long – Term Care Needs: Home Health, Hospice and Other Services, in Comprehensive Community Health Nursing, Family, Aggregate & Community Practice Fifth Edition, Mosby, USA, pp: 630 -663.

7) Doğru, Y.S., Arslan, E. (2008). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyi İle Durumluluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19, 543- 553.

912

EVDE BAKIM HİZMETLERİ, GÜNCEL GELİŞMELER

Ömer Yavuz, Hüseyin Koçak, Cüneyt Çalışkan

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Evde bakım hizmetleri genel olarak; bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Günümüzde yaşlılık, ölüm, hastalık gibi klasik anlamdaki sosyal güvenlik risklerinin yanı sıra bazı yeni riskler sosyal güvenliğin konusuna girmeye başlamıştır. Bu risklerden biri de bakıma muhtaç olmadır. Özürlü insanların kendi başlarına bırakılmayacakları ve normal hayattan dışlanamayacakları herkesçe malumdur ancak bu kişilerin topluma tam olarak entegre edilmesi de hiç kolay değildir. Ayrıca yaşlı ilerlemiş insanların bazıları sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürüp kimsenin yardımına ihtiyaç duymazken bazıları kendilerinin ve evlerinin bakımını yapamayarak başkalarının bakımına muhtaç duruma gelebilir. Tüm dünyada yaşlı nüfusunun hızla artması ve özürlü bireylerin varlığı bakım konusunun günden güne önem kazanmasına neden olmaktadır. Bakım ihtiyacı eski dönemlerde genel olarak aile bireyleri tarafından karşılanırken, boşanmaların artması, geniş ailelerin dağılması, yalnız yaşayan kişilerin sayısının artması gibi toplumun aile yapısında meydana gelen değişimler bakım ihtiyacının aile bireyleri tarafından karşılanması olasılığını azaltmaktadır. Böyle durumlarda bakıma muhtaç kişiler ya sağlık kurumlarında ya da bakım kurumlarında bakım ihtiyacını karşılama yoluna giderler. Ancak kurumda gerçekleştirilen bakım gerek maliyetinin yüksek olması gerekse kurumlardaki yatak kapasitesinin sınırlılığı nedeniyle çok uygun bir yöntem değildir. Bu nedenle devletler bakıma muhtaç bireylerin bakımını sağlamak için evde bakım konusunu gündemlerine almışlardır. Ülkemizde oldukça yeni olan evde bakım, ilk olarak özel kurumlar ve yerel yönetimler tarafından sağlanmış olup Sağlık Bakanlığının bu konuda yapmış olduğu düzenlemeler ile kamu hizmeti olarak da sunulmaya başlanmıştır. Evde bakım hizmetlerinin etkin olarak verilmesi hem yaşlı ve özürlü bireyler gibi bakıma muhtaç kişilerin topluma daha fazla entegre edilmesini sağlayacak hem de bu kişilerin sağlık kurumunda kalma durumlarının önüne geçileceği için maliyet ve yatak kapasitesi açısından kar elde edilecektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma literatür taramasına dayalı kavramsal bir çalışmadır. Çalışma Mart 2012 ile Haziran 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Ayrıca çalışmamızda Dünya Sağlık Örgütü, Türkiye İstatistik Kurumu ve Sağlık Bakanlığının veri ve istatistikleri kullanılmıştır.

Bulgular: Nüfus artış hızının azalması ve yaşam süresinin uzaması ile beraber yaşlılık artmış ve buna bağlı olarak bir takım problemler kaçınılmaz hale gelmiştir. 2000 yılında 60 yaş üzeri nüfus, tüm dünya nüfusunun %10'unu oluştururken 2050 yılında bu oranın %20'ye çıkacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizdeki yaşlılık oranı da dünya ile paralellik göstermektedir. Gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında genç bir nüfusa sahip olan ülkemizde doğurganlık oranı giderek düşmekte ve yaşam beklentisi artmaktadır. Bu durum ülkemizi genç nüfusa sahip olan bir ülke olmaktan çıkaracak ve yaşlı nüfusun atmasına neden olacaktır. Türkiye İstatistik Kurumu ve Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre önümüzdeki 25 yılda ülkemizde yaşlı nüfus bütün nüfusa oranla 4 kat daha fazla

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

artacaktır. Tüm ülke nüfusu %30 artarken yaşlı nüfustaki artış oranı %120 olarak gerçekleşecektir. Bu artış ile beraber Türkiye dünyada yaşlı nüfusun en hızlı arttığı ikinci ülke olacaktır. Ayrıca ülkemiz nüfusunun %12,29'unu (8.5 milyon kişi) engelli vatandaşlar oluşturmaktadır.

Yaşlı nüfusun artması kronik hastalıkları da beraberinde getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık harcamalarının %60'ının kronik hastalıklara yapıldığını belirtmiştir. Yaşlı nüfusun yanı sıra özürli kişilerin varlığını da göz önünde bulunduracak olursak bakıma muhtaç kişilerin ihtiyaçlarının karşılanması her geçen gün daha da karmaşık hale gelmektedir. Tüm bu nedenler sağlık hizmetlerinin sunumunu zorlaştırmakta özellikle de bakım ihtiyacının karşılanmasının gelecekte daha da güçleşeceğini göstermektedir.

Dünya genelinde evde bakım uygulamalarının ilk görüldüğü ülke 1800'lü yıllarda evde bakım gerçekleştiren kuruluşların kurulmaya başladığı Amerika Birleşik Devletleridir. 1960'lı yıllarda evde bakım hizmetleri sigorta bünyesine alınarak kapsamı genişletilmiştir. 2000'li yıllara gelindiğinde Amerika, Kanada, Avustralya, İsveç, Almanya, Fransa, Japonya, İspanya, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Endonezya, Tayvan, Suudi Arabistan ve daha pek çok ülkede evde bakım hizmeti uygulanmaktadır. Ülkemizde ise evde bakım hizmetinin verilmesi gelişmiş ülkelere oranla daha geç başlamıştır. İlk olarak özel kuruluşların sağladığı evde bakım hizmetlerinde daha sonra yerel yönetimler ve kamu hastaneleri de aktif olarak görev almıştır. Sağlık Bakanlığı özel kuruluşlar tarafından sunulan evde bakım hizmetini disipline etmek amacıyla 10 Mart 2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren "Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik" i yayınlamıştır. Daha sonra Sağlık Bakanlığının evde bakım hizmetlerinde daha aktif rol alması ile beraber 1 Şubat 2010 tarihinde "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığının yanı sıra Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından yapılan düzenlemeler ile bakıma muhtaç özürli kamusal veya özel bakım kurumları tarafından kurumda veya evde bakımlarının sağlanması sağlanmıştır. Ayrıca özürli ve bakıma muhtaç kişilerin bakımını üstlenmek durumunda kalan yoksul ve fakir ailelere, evde bakım karşılığında bakım parası ödenmeye başlanmıştır.

Evde bakım hizmetlerinin finansmanı ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık gösterir. Dünya Sağlık Örgütü evde bakım hizmetlerinin finansmanı için beş yaklaşıma yer verir. Bunlar beş yaklaşım; bakım maliyetlerinin genel vergilendirme üzerinden karşılanması, genel sağlık sigortası içinde bakım hizmetlerinin finanse edilmesi, değişebilen hizmet oranlarına göre bakım parasını bakım görenin ödemesi veya hizmet değişimi şeklinde karşılanması, özel sigorta ve son olarak da gönüllüler tarafından bakımın sağlanmasıdır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Yaşlı nüfusun artması ve özürlilik gibi durumlar nedeniyle bakıma muhtaç bireylerin sayısının artması tüm dünyada toplum sağlığını ve huzurunu tehdit eden bir durumdur. Bu nedenle ülkeler, yaşamlarının herhangi bir döneminde bakıma muhtaç duruma gelen bireylerin bakımını sağlamak için çeşitli yöntemler geliştirmelidir. Bu yöntemlerin gerek maliyet açısından gerekse bakım görenin rahatı açısından en uygunu evde bakımdır. Evde bakım özellikle 20. yüzyılın sonlarında dünya gündeminde yer alan bir konudur. 2000 yılında yapılan bir araştırmaya göre evde bakım hizmeti alan yaşlı nüfus Kanada'da %17, Amerika'da %16, Avustralya'da 11.7, İsveç'te 11.2, Almanya'da 9.6, Fransa'da 6.1, Japonya'da % 5'tir. Ülkemizde evde bakım özellikle gelişmiş ülkelere oranla daha geç görünmeye başlanmıştır. Bunun en büyük sebebi aile yapımızda bakıma muhtaç olan kişilerin ihtiyaçlarının aile bireyleri tarafından karşılanmasıdır. Ancak son yıllarda ülkemizdeki aile yapısının da değişmeye başlaması muhtaç kişilerin bakımında aile bireylerinin daha az rol almasına neden olmaktadır.

Ülkemizde evde bakım hizmetleri son yıllarda büyük artış göstermesine rağmen hala bir takım eksiklikler mevcuttur. Bu eksikliklerin en önemlileri bilinç eksikliği ve algı yanlışlıklarıdır. Alanla alakalı tanımlamaların yeterince açık yapılmaması farklılık ve karışıklıklara neden olmaktadır. Evde bakım hizmetleri multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Ayrıca farklı bakım ihtiyaçları için farklı bakım modelleri gerekir. Ülkemizde gerek kamu kurumlarının verdiği evde bakım hizmetleri gerekse özel sektörden sağlanan evde bakım, henüz bu aşamaya gelememiştir. Evde bakım konusunda hizmet ve eğitim standardının olmaması göze çarpan diğer bir

eksiktir. Ayrıca evde bakım için gerekli denetlemelerin olmaması da bir takım sorunlara yol açmaktadır. Bu problemlerden en önemlisi özellikle yurt dışından kaçak gelen ve çalışma izni olmayan yabancı uyruklu kayıt dışı personel çalıştırılmasıdır. Yapılan yasal düzenlemeler kayıt dışı ve profesyonel olmayan bakım işçisi çalıştırılmasının önüne geçememiş ve hiçbir denetim ve gözetim olmadan bakım hizmetini halen bu kişilerden alan aileler birçok mağduriyet yaşayabilmektedirler. Söz konusu durumun önüne geçebilmek adına gerekli yasal düzenlemeler acilen yapılmalı ve denetimler sıklaştırılmalıdır.

Bakıma muhtaç olma hali çok boyutlu ve çok yönlü bir durum olduğundan bu kişilerin bakımı ve korunması için de çok boyutlu ve çok yönlü çözümler geliştirilmelidir. Bu çözümlerden bir tanesi bazı ülkelerde uygulanan bakım sigortasıdır. Bakım sigortası başkasının bakımına bağımlı olan kişileri kapsamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Evde Bakım, Bakıma Muhtaçlık, Yaşlılık, Özürlülük

Kaynaklar:

1. Danny Pieters, *Social Security: An Introduction to the Basic Principles*, Kluwer Law International, 2006.
2. Mehmet Onarcan, "Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri ve Ülke Modeli İçin Öneriler", Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Yıl:2011, Sayı:19.
3. Çiçek Fadiloğlu, Evde Bakım, I. Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kurs Kitabı, Eds: Çiçek Fadiloğlu, Gül Ertem, Ege Üniversitesi Basımevi, 2004.
4. Sema Oğlak, "Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası", Turkish Journal of Geriatrics, 2007: 10(2): 100-108.
5. Özlem Özer, Fatih Şantaş, "Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı", Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:2, Nisan 2012.
6. Ali Seyyar, Sema Oğlak, "Almanya ve Japonya'da Bakım Sigortaları Uygulamaları", İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Dergisi, Cilt:55, Sayı:1, 2006.
7. Ali Seyyar, Sema Oğlak, "Danimarka ve Hollanda Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Bakım Hizmetleri (Mukayeseli Bir Değerlendirme)", http://www.sosyalsiyaset.net/documents/danimarka_hollanda.htm erişim: 06.07.2012.
8. http://en.wikipedia.org/wiki/Home_care erişim: 18.06.2012.
9. <http://www.ibb.gov.tr/sites/SaglikVeSosyalHizmetler/evdesaglik/Pages/H%C4%B0ZMETLER%C4%B0M%C4%B0Z.aspx> erişim: 24.06.2012.

314

FİZİKSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN BAKIMINDA ROL ALAN BİREYLERDE OMURGA DEFORMİTE SIKLIĞI

Filiz Çiledağ Özdemir¹, Özlem Çağan², Zümrüt Doğan³, Zühal Altay¹

¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Fizik Ted. AD

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir SYO

³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi AD

Giriş ve Amaç: Omurga; ligamentler, kapsüller ve kaslar gibi yumuşak dokulardan oluşan destek düzeniyle dik durur. Postür, iskelet öğelerinin, vücudun destek yapılarını zedeleme ve ilerleyici deformasyondan koruyacak şekilde düzgün ve dengeli dizilişidir. İyi postür minimum çaba ile vücutta maksimum yeterliliği sağlayan duruştur. Kötü postür, amaca tam olarak hizmet etmeyen kasların gereksiz miktarda kasılmasına neden olan postürdür. Anormal postürü korumak için kaslar aşırı gerilirler zamanla spazm ve ağrı ortaya çıkar. İdeal postür

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

anterior, posterior ve lateral planda vücut kısımlarının bir çekül hattı veya hayali çizgi etrafında karşılaştırılması ile saptanır. (1,2,3)

Bu çalışma, fiziksel engelli çocukların bakımında birinci derece rol alan bireyler arasında omurga deformite sıklığının saptanması ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Şubat 2010-Mayıs 2011 tarihleri arasında Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özel Tıp Merkezi Fizik Tedavi Anabilim Dalı, Milli Eğitim Bakanlığına bağlı 7 Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerine başvuran fiziksel engelli çocukların bakımından birinci derecede sorumlu olan bireyler üzerinde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma grubu rehabilitasyon merkezlerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 275 engelli birey yakınından oluşmuştur.

Çalışmada omurga deformitesinin değerlendirilmesi için çekül kullanılarak anterior, posterior, lateral postür analiz yöntemi kullanılmıştır.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (versiyon 11.0) İstatistik Paket Programında değerlendirildi. Analizler için Ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızda fiziksel engelli çocuğa bakım veren bireylerin %89.8'ini anne, %4.7'sini baba, %5.5'ini ise diğer kişiler oluşturuyordu. Ebeveynlerin %19.6'sı 30 yaş altında, %48.4'ü 30-39 yaş arasında, %32.0'ı ise 40 yaş ve üzeridir. Çalışmamızdaki katılımcıların %14.1'inin toplam geliri 400 TL'den az, %61.5'inin 400-1000 TL arası, 24.4'ünün ise 1000 TL'den fazladır. Ebeveynlerin %10.5'inin okur-yazar değil, %5.8'inin okuryazar, %61.1'inin ilkokul mezunu, %22.3'ünün ise orta ve üstü eğitim düzeylerine sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına girenlerin %86.9'unu ev hanımı, %0.7'sini işsiz, %9.1'ini SGK'ya bağlı çalışan ve %3.3'ünü ise diğer çalışma kollarındaki bireyler oluşturuyordu. Fiziksel engelli çocuğa bakmakla yükümlü olan bireylerin %40.4'ü bakım bilgisine sahip iken, %42.9'u bakım desteği almakta, %69.1'i ise düzenli egzersiz yaptırmaktadır. Fiziksel engelli çocukların ailelerinin sadece %12.7'si için ev/çevre düzenlemesi yapmıştı.

Araştırma grubunun bakımını üstlendiği, fiziksel engelli çocukların %51.6'sı erkek, %48.4'ü ise kızdır. Yaş ortalaması 9.5 ± 0.5 yıldır (min.:0, max.:21). Çocukların %60'ı 10 yaş altında, %30.2'si 10-15 yaş arasında ve %9.8'i ise 15 yaş ve üzerindedir. Engelli çocukların %90'ını Serebral Palsi, %10'unu ise eşit oranlarda Dushenn Muskuler Distrofi, Spina Bifida, Brachial Pleksus ve fiziksel engele neden olabilecek diğer hastalıklar oluşturuyordu. %17.5'inin engellilik nedeni prenatal, 54.2'sinin natal %27.3'ünün ise postnatal kaynaklıdır. Çalışmamızdaki fiziksel engelli bireylerin %4.7'sinin Kaba Motor Fonksiyon Sevipleri I düzeyinde olup, %30.9'unun II, %34.2'sinin III, %19.3'ünün IV ve %10.9'unun ise V düzeyindedir. Çocukların %66.9'u desteksiz, %16'sı ellerden destekli, %17.1'i ise cihaz veya yastıkla oturabilmektedir. (Kaba Motor Sınıflandırma Sistemi: Seviye I: Kısıtlama olmaksızın yürür. Seviye II: Kısıtlamalarla yürür. Seviye III: Elle tutulan hareketlilik araçlarını kullanarak yürür. Seviye IV: Kendi kendine hareket sınırlanmıştır. Motorlu hareketlilik aracını kullanabilir. Seviye V: Elle itilen bir tekerlekli sandalyede taşınır.)

Çalışmamıza katılanların %34.2'sinde baş anterior tilti, %2.2'sinde omuz retraksiyonu, %49.8'inde omuz protraksiyonu, %13.5'inde servikal lordozda artma, %52.0'ında servikal lordozda düzleşme, %58.2'sinde torakal kifozda artma, %2.2'sinde torakal kifozda düzleşme, %16.4'ünde lumbal lordozda artma, %56.7'sinde lumbal lordozda düzleşme mevcut olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda çocukların GMFT (Kaba Motor Sınıflandırma Sistemi) düzeyleri yükseldikçe, bakımda rol alan bireylerde omuz protraksiyonu ve servikal lordozda düzleşme artmaktadır. ($p < 0.05$) Yaş grupları arttıkça, başın anterior tilt omurga deformitesi görülme sıklığı artmaktadır. ($p < 0.05$) Bakım yapanların fiziksel zorlanma düzeyleri arttıkça, başın anterior tilti, omuz protraksiyonu, servikal lordozda düzleşme artmaktadır. ($p < 0.05$) Çocuklara evde egzersiz yaptıran bireylerde, başın anterior tilti, omuz protraksiyonu ve servikal lordozda düzleşme daha fazla görülmektedir. ($p < 0.05$).

Tartışma: Birçok kültürde olduğu gibi bizim kültürümüzde de genellikle ailenin geçimi ile ilgili maddi sorumlulukları babalar üstlenirken, anneler daha çok evde kalmakta ve gün boyu çocukların bakımını üstlenmek zorunda kalmaktadırlar. Çalışmamızda da fiziksel engelli çocuklara bakmakla yükümlü olan ebeveynlerin %89.8'ini anneleri oluşturuyordu. Ayrıca bu çalışma, literatür ile uyumlu olarak ailenin ekonomik düzeyi, anne-babaların eğitim düzeyleri, meslekleri, evlilik uyumları, ailenin sosyal güvencesinin olup olmaması gibi çeşitli etkenlerin anne-babaların çeşitli alanlardaki stres düzeylerini etkilemekte olduğu belirtilmiştir(4).

Çavuşoğlu (2008) yaptığı çalışmada engelli çocuk ailelerinin %35.3-85.4 'ü fiziksel sorun yaşadıkları, bunların %73.0-90.3'ünde yorgunluk, %85.1'inde ekstremitte ağrıları, %43.1'inde migren %20.5'inde hipertansiyon görüldüğü saptanmıştır.(5)

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada 10 yaş altında çocuğu olan ebeveynlerde; evde çocuğuna egzersiz yaptıran ve egzersiz yaptırmayan fiziksel zorlanma düzeyi orta ve yüksek düzeyde olan ebeveynler ile GMFT düzeyleri daha yüksek olan çocukların ebeveynlerinde, omurga deformitelerine daha sık rastlandığı saptanmıştır. Bu kapsamda tüm engelli ailelerine yönelik omurga sağlığını koruyucu eğitim çalışmaları yürütülmelidir. Koruyucu eğitim çalışmalarını yürütmekte olan bel, boyun ve sırt okulları gibi birimlerin sayıları artırılıp, engelli ailelerin bu birimlere ulaşılabilirlikleri sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: omurga, deformite, fiziksel engellilik

Kaynaklar:

1. Ecerkale O., Postür Analizinde Symmetrigrif ile Orthoröngenogram Sonuçların Değerlendirilmesi, İstanbul 2005
2. Çiledağ F., Malatya İl Merkezinde Yaşayan 18-69 Yaş Arası Bireylerde Bel, Sırt Ve Boyun Ağrısı Prevalansları Ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Malatya 2007.
3. Otman A S, Demirel H, Sade A: Tedavi Hareketlerinde Temel Değerlendirme Prensipleri, Hacettepe Yayınları, Ankara, 1995: 11-12.
4. Uğuz Ş., Toros F., İnanç YB.Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. Klinik Psikiyatri 2004; 7:42-47
5. Çavuşoğlu H. (2008). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 1, Sistem Ofset, Ankara, s.365-368.

406

GÖRME ENGELLİLER İLKÖĞRETİM OKULUNDA YATILI KALAN ÖĞRENCİLERİN ŞİDDET ALGILARI VE DENEYİMLERİ

Sema Arslan, Sevil Albayrak, Kamer Gür, Fadime Doğan, Nazmiye Aydın

Marmara Üniversitesi

Giriş: Şiddet okullarda yaygın olarak görülen, öğrencilerin geleceklerini olumsuz etkileyen davranışlardır (Dedeoğlu 2008, Deveci 2008). Çocuklara yönelik şiddet, dünyanın her yerinde yaygın olarak görülmektedir. UNICEF 2007 Dünya Çocuklarının Durumu Raporu'na göre her yıl 275 milyon çocuk annesi, babası ve/veya bir başka yakını tarafından fiziksel, psikolojik, cinsel şiddete uğramakta, yaralanmakta, ihmal edilmekte ve sömürülmektedir. Fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten çocukların oranı % 45'tir, 7-18 yaş grubu çocukların % 25'i ihmale maruz kalmakta ve her iki çocuktan biri duygusal şiddet uğramaktadır. Çocukların % 3'ünün, son bir yıl içinde cinsel şiddete uğradığı belirtilmektedir (Korkmazlar 2010). Çocuklar üzerinde şiddetin, kısa ve uzun vadede, özellikle ruhsal olarak, birçok olumsuz sonucu vardır (Güleç 2012).

Şiddet özellikle kadın, çocuk ve engellilerde daha çok görülmektedir. Engelli çocuklara karşı şiddet vakasına yönelik güvenilir çalışmalar bulmak güçtür. Çoğunlukla Amerikan kaynakları olan mevcut verileri, çok değişik içerikleri nedeniyle karşılaştırmak zordur. Şiddet ve engellilik arasındaki bağlantı iki yönlü etkili olmaktadır. Engelli çocuklar sadece daha fazla şiddete maruz kalmamakta, şiddet ayrıca zihinsel ve diğer engelliliklerin önemli bir sebebi de olmaktadır (Filippini 2004). Engelli bireylerin uğradıkları fiziksel ve duygusal şiddet ortak bilinçaltlarına yerleşebilmektedir (Arıkan 2001). Yapılan bir çalışmada özellikle yatılı olarak eğitim gören çocukların şiddet açısından daha fazla risk altında olduğu görülmüştür (Bozkurt 2011). Bu açıdan yatılı okuyan engelli öğrencilerin daha fazla risk altında olduğu düşünülebilir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Şiddet, öğrencilerin fiziksel ve psikososyal sağlığını etkilediğinden tüm sağlık profesyonellerinin ilgilenmesi gereken bir konudur. Okulda diğer çalışanlara göre okul hemşireleri ile öğrenciler arasında daha yakın bir ilişki vardır. Öğrenciler şiddet olayı ile karşılaştıklarında ilk başvuracakları yetişkin okul hemşireleri olduğundan okul hemşirelerine şiddetin erken tanınmasında ve olumsuz sonuçlarının tedavisinde önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle hemşirelik, şiddet olaylarının oluşmasını önler ve oluşma sürecinde bakımın koordinasyonunu sağlar (Muscarì 2003)

Bu çalışma; görme engelliler ilköğretim okulunda yatılı kalan öğrencilerin şiddet deneyimlerini ve algılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç Yöntem: Bu niteliksel araştırma Görme Engelliler İlköğretim Okulu'nda 24.10.11-04.11.11 tarihleri arasında yatılı kalan öğrenciler ile betimsel modelde öz aktarım yoluyla yapıldı.

Tamamı yatılı olan ve ilköğretim ikinci kademedeki okuyan 21 öğrenciden veriler toplandı. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatüre dayandırılarak (Özönder 2005, Dedeoğlu 2008, Devenci 2008, Korkmazlar 2010, Yaman 2010) hazırlanan yarı yapılandırılmış soru formu kullanıldı. Soru formunda öğrencilerin sosyo-demografik verileri ve şiddet ile ilgili verileri içeren 24 soru yer aldı. Öğrencilerin aileleri, arkadaşları, öğretmenleri ve okul personeli ile ilişkilerinde şiddetle ilişkili bulgular olup olmadığını belirlemek için derinlemesine görüşme yöntemi kullanıldı.

Görüşmeler için okul yönetiminden yazılı izin alındı. Araştırmaya katılacak öğrenciler bilgilendirildi ve sözlü onamları alındı. Görüşmeler kayda alındı. Kayda alınan görüşmeler aynı gün yazıya döküldü. Veri dökümleri üç araştırmacı tarafından ayrı ayrı okunup, kodlandı ve oluşan kodlar karşılaştırıldı. Araştırmacıların uzlaştığı ve oluşturduğu yeni kodlar ile kod listesi son halini aldı. Bu düzenlemenin ardından görüşme dokümanları tekrar okundu ve kodlamalar yeni liste doğrultusunda düzenlendi. Araştırma öncesinde araştırmacıların gözlemleri ve literatür bilgisi doğrultusunda önceden belirlenmiş dört ana tema (fiziksel, duygusal, sözel ve cinsel şiddet) öğrencilerin, öğretmen, arkadaş, aile ve okul çalışanları olarak dört grupta ilişkileri boyutunda çözümlendi.

Bulgular: Görme engelliler okulunda yatılı kalan öğrencilerin % 66,7'si 13-16 yaş grubunda, % 57,1'i erkektir. Görme engeli doğuştan olan öğrencilerin oranı % 85,7 sonradan olanların oranı ise % 14,3'tür. Öğrencilerin % 9,5'inin 1 yıl ve daha az, % 42,9'unun 2-5 yıl arasında, % 47,6'sının 5 yıldan daha fazla süredir yatılı kalmaktadır.

Öğrencilerden dokuzu kavga ettiğini, başkalarına vurduğunu ve kendisine de vurulduğunu belirtti. Öğrencilerden biri babasının, biri annesinin biri de üvey annesinin kendisini dövdüğünü belirtirken, öğrenciler genellikle arkadaşları ve kardeşleri ile kavga ettiklerinden bahsetti. Kavga ettiğini belirten öğrencilerin çoğu birisini dövmeyi olağan kabul etmektedir. Örneğin;

M13erkek: *"Şımarıyor ya hep yaramazlık yapıyor. Bende mecburen dövüyorum.(kardeşini)"*

Öğrencilerden 8'i sözel şiddet deneyimleri ile ilgili bildirimde bulunmuşlardır. Bunlardan biri ablası, ikisi öğretmeni, biri arkadaşı bir diğeri ise dedesi tarafından hakarete uğradıklarını belirtmişlerdir. Örneğin

Z14kız: *"Sevmiyorum, bağırıyor bize, salaklar, geri zekalılar, tembelsiniz diyor bazen.(öğretmeni)"*

Öğrencilerden ikisi kendisine lakap takıldığını ve bu duruma üzüldüklerini belirtirken üç öğrenci ise görme engelli olmalarıyla alay edildiğini ifade etmişlerdir. Örneğin;

Ö13erkek: *"Benim görmemle dalga geçiyordu kör falan diyordu(arkadaşı).Sinirimden ağlıyordum."*

Bir öğrenci görme engeli nedeniyle kıyafetlerini karıştırdığı için yatakhane görevlisi tarafından aşağılandığını şu şekilde ifade etmiştir:

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

S13erkek: “Hiç öyle işte kocaman adam oldun diyor. Tamam ben kocaman adam oldum ama bazen karıştırabilirim. Körüm sonuçta. Ne yapabilirim ki. İşte o banyodan çıktığımızda bazen oluyor. Bana kızmasını istemiyorum. Üzülüyorum.”

On üç öğrenci duygusal şiddet ile ilgili deneyimlerini aktarmıştır. Üç öğrenci anneden uzakta olmanın ve görüşmemenin yaşattığı üzüntüyü ifade etmiştir. Örneğin;

İ9kız: “Demin hani demiştin ya eski annem diye, o beni bıraktığı için onu sevmiyorum. Bir de babamla kavga ettiğini falan duydum beni dövdüğünü falan duydum (kısık sesle söyledi) Yani beni bırakmasaydı isterdim de, bıraktığı için istemiyorum.”

Beş öğrenci değersizlik duygusu yaşadığını belirtirken bir öğrenci bu konu ile ilgili şu ifadeleri kullanmıştır;

A15kız: “Bizim kapının önüne kadar bırakmıyor hatta orda çıkış yolu da var ters gidiyor diye kandırıyor bırakmıyor beni kapının oraya. Kandırıyor mu artık ne yapıyorsa bilmiyorum.”(servis şoförü)

D12erkek: “Sen, sen uğursuzsun diyor annem bana. Sırf sen gelmeden önce işlerimiz rast gidiyor, sen geldikten sonra hiçbir işimiz rast gitmiyor. Mesela ben nasıl hissediyorum, ben de zaten anneme katılıyorum. Çünkü hiçbir işim rast gitmiyor, eve gitmek istiyorum gidemiyorum, ama hep bana hep bir şey oluyor.”

Bir öğrenci babasının onu dilendirerek istismar ettiğini şu şekilde ifade etmiştir:

Z14kız: “Şimdi bir şey söyleyeceğim, neyse benim bir suçum yok, şimdi babamla birlikte Eyüp sultana gittik. Babam eline bir kutu aldı başladı para toplamaya benimle birlikte ama ben hiçbir şey yapmadım. Arkadaşım da bana siz dilencisiniz dedi. Canımı çok sıkıyordu o. Sonra o birden camiden çıkanlara el açınca bende gitmek istedim. Bırakayım, kaybolayım, nereye gidersem gideyim umurumda değil yeter ki bu pis ortamdan kaçayım dedim ama olmadı başaramadım. Babam bırakmadı.”

Bir öğrenci babasının ilgisizliğinden ve eve gelmemesinden yakınırken beş öğrenci ise yetişkinlerin kavga etmelerinden ve çeşitli durumlarda kendilerine kızılmasından ötürü yaşadıkları korkuyu dile getirmişlerdir. Bu konuda kullanılan bir ifade şu şekildedir;

S16erkek: “Öğretmenim bana kızmıştı. Çok korktum yani. Kalbimin kırıldığını hissettim.”

İki öğrenci bazı durumlar karşısında yaşadıkları hayal kırıklığından bahsetmiş ve bir öğrenci bununla ilgili şu ifadeyi kullanmıştır:

D12erkek: “Mesela bana ilk başta ben hani annem şimdi bana diyor ki, tamam dedi almaya gelirim falan dedi. Sonra vazgeçti almaya gelmedi. Hep böyle, bazenleri öyle diyor. Sonra diyor ki bakarız çocuğum almaya geliriz belki bakarız diyor, sonra hep bakarız diyor bekliyorum o gün, gelmiyorlar hep böyle...”

Şiddetin tanımının ne olduğu sorusuna 19 öğrenci şiddeti kavga etmek birisini dövmek olarak ifade etmiştir. Dört öğrenci kalp kırmak ve birini üzme, üç öğrenci aşağılamak, hakaret etmek ve birisine kızmanın şiddet olduğunu belirtmiştir. İki öğrenci şiddetin tanımının ne olduğunu bilmediğini ifade etmiştir.

Bir öğrenci öğretmenin öğrenciye şiddet uygulamasını şiddet tanımı olarak belirtmiştir.

B14kız: “Mesela bir öğretmen öğrenciyi tahtaya çıkartıyor, bir soru soruyor, öğrenci bilemiyor. Tahta cetvelle eline vuruyor, bu bence bir şiddettir”.

Bir öğrenci şiddeti birkaç boyutta ifade etmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

A15kız : *“Mesela şiddet, bir adamın karısını dövmesi şiddettir. Bir öğretmenin bir öğrenciye vurması olabilir. Bir annenin bir kızı veya bir çocuğa tokat atması. Şiddet bağırarak olabilir öyle yani. Kötü yani kötü bir şey.”*

Öğrencilere şiddete şahit olduklarında ne yaptıkları sorulduğunda, yedi öğrenci hiçbir şey yapmadığını, bu durumu kimseyle paylaşmadığını ancak kendilerini kötü hissettiklerini ve çok üzüldüklerini ifade ettiler.

İ9kız : *“Bazen kötü hissettim, bazen de görmemezlikten geliyorum. Beni terslediklerine sinirleniyorum, üzüyorum...”*

Beş öğrenci, şiddete şiddetle karşılık vereceklerini belirtmiştir. Bir öğrenci kendisine cinsel şiddet uygulandığında bunu kimseyle paylaşamayacağını belirtmiştir.

A15kız : *“O anda oradan giderim. Çok güvendiğim birisiyse paylaşırım. Dokunmasını falan belki de anlatamam.”*

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada öğrencilerin ifadeleri içinde en çok duygusal şiddetin yer aldığı tespit edilmiştir. Dedeoğlu ve ark. (2008)' in yaptığı çalışmada ise öğrencilerin % 23,7'sinin duygusal şiddete uğradığı bulunmuştur. Öğrencilerin görme engelli ve yatılı olmaları daha çok duygusal şiddeti ifade etmelerinin nedeni olabilir.

Bu çalışmada, fiziksel şiddet davranışlarından dövmek ve dövülmek öğrencilerin en sık deneyimlediklerini belirttikleri durumlardır. Yapılan araştırmalarda da öğrencilerin fiziksel şiddeti oldukça fazla deneyimledikleri ortaya konmuştur (Yaman 2005, SHÇEK 2010, Çankaya 2011).

Bu çalışmada öğrencilerin sözel şiddet kavramlarından en çok hakaret, lakap takılması ve alay edilmesine yönelik ifadelerinin olduğu görülmüştür. Yapılan başka araştırmalarda da benzer şekilde sözel şiddetin görüldüğü belirlenmiştir (Özönder 2005, Çankaya 2011).

Bu çalışmada 19 öğrenci şiddeti; kavga etmek, birisini dövmek olarak tanımlamıştır. Dört öğrenci kalp kırmak ve birini üzme, üç öğrenci aşağılamak, hakaret etmek ve birisine kızmanın şiddet olduğunu belirtmiştir. Benzer olarak Devci ve ark. (2008)' in yaptığı araştırmada şiddet nedir sorusuna öğrencilerin 45'i kavga etmek,38'i dövmek,21'i kötü davranmak,17'si küfür etmek, 13'ü bağırarak, dokuzuncu incitmek, yedisi kaba kuvvet uygulamak gibi yanıtlar vermiştir. Dedeoğlu ve ark. (2008) 'in yaptığı çalışmada da benzer şekilde öğrenciler, özellikle sert davranma, kaba söz ve davranış ve fiziksel saldırıları birinci derecede şiddet olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir.

Sonuç olarak;

Öğrencilerin fiziksel şiddet deneyimleri içerisinde en çok dövmek ve dövülmek ifadelerinin yer aldığı, sözel şiddet kavramlarından en çok alay edilme, lakap takılması ve hakaret edilmesini bildirdikleri, sözel şiddet ifadelerinin en çok görme engelleriyle ilgili olduğu ve cinsel şiddet deneyimlemedikleri sonucuna varılmıştır. Cinsel şiddet yaşasalar bile bunu bildirmeyecekleri (bir öğrencinin ifadesi) görülmüştür.

Engelli öğrencilerin yaşadıkları şiddet olgularının ilişkili faktörlerinin araştırılması,

Engelli bireylerde şiddet konulu çalışmalar yapabilmek için özelleştirilmiş bir ölçek oluşturulması,

Okul sağlığı hemşirelerinin şiddet konusunu hizmet programları içine alması önerilir.

Anahtar Kelime; Görme Engelli, Şiddet, Okul sağlığı

Kaynaklar:

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

.....2002 World Health Report, Reducing Risks, Promoting Healty Life.

Arıkan Ç. (2002). Sosyal Model Çerçevesinde Özürlülüğe Yaklaşım Ufkun Ötesi Bilim Dergisi, 2(1).

Bozkurt S, Akbıyık A, Yüzük S, Gördeles N, Sağkal T. (2011). Bir Yatılı Bölge Okulunda Akran İstismarı ve Farkındalık Eğitiminin Etkisi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(4).

Çankaya İ. (2011). İlköğretimde Akran Zorbalığı, Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 24(1).

Dedeoğlu M, Yayla D, Karashaşin M. (2008). Öğrencilerin Şiddet Algısı T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Eğitimi Araştırma ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı, Ankara.

Deveci H, Karadağ R, Yılmaz F. (2008). İlköğretim Öğrencilerinin Şiddet Algıları, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 7 (24): 351-368.

Filippini M, Hoogerwerf E, Lucio S, Rodrigues A, Diaz C, Salas A, Fyca G, Bilgen A. (2004). Çocukluk Engellilik, Şiddet. AIAS Bologna Onlus, Bologna, Italy.

Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D, Altıntaş M. (2012). Bir Kısır Döngü Olarak Şiddet, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(1):112-137.

Korkmazlar Ü, Kabir R, Engin P, Büyükyazıcı Z. (2010). Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi şiddet Araştırması, T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, UNICEF – Türkiye.

Muscari EM. (2003). What Can I Do to Help a Child Who is Being Bullied. <http://schoolnursing.org/bullypages/overview.html>

Özönder M. (2005). İlköğretim Okullarında Şiddet ve Taciz, İlköğretim Okullarının 7 ve 8. Sınıflarında Okuyan Öğrencilerin “Okulda Şiddet” ve “Taciz” Kavramlarına İlişkin Kavramsallaştırmaları. Türk Eğitim-Sen, Ankara.

UNICEF 2007 Dünya Çocuklarının Durumu Raporu.

Yaman E, Eroğlu Y, Bayraktar B, Çolak T. (2010). Öğrencilerin Güdülenme Düzeyinde Etkili Bir Faktör: Okul Zorbalığı. Akademik Bakış Dergisi, 20.

311

GÜMÜŞHANE İLİNDE EVDE BAKIM TALEBİ

Turgut Şahinöz, Saime Şahinöz, Aydın Kıvanç

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Kronik hastalıkların ve yaşlı nüfusun giderek artması evde bakımı zorunlu hale getirmektedir. Yaşlı nüfus ve kronik hastalıkların artışına bağlı olarak ailelerin profesyonel yardıma duydukları ihtiyaç da giderek artmaktadır. Hizmeti alan kişinin ev ortamında bulunmasının getirdiği psikolojik rahatlık evde bakım hizmeti ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Evde bakım hizmetleri kapsamında; kişilere bağımsız hareket yöntemlerinin öğretilmesi, günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırıcı destek hizmetleri, ev ortamının bireyin durumuna uygun şekilde düzenlenmesi, tıbbi tedavi, sağlık eğitimi, bireysel ihtiyaçlarını (özbakım) karşılayabilmesini sağlayacak destek hizmetleri sunulmaktadır (1, 2, 3, 4). Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında yayınlanan Evde Bakım Yönetmeliğinde evde bakım hizmetleri “Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır.” şeklinde tanımlanmıştır (5, 6).

Bu araştırma; Gümüşhane ilinde yaşayan ailelerin sosyal, kültürel ve ekonomik yapısının tespiti, kronik hastalıkların dağılımlarının tespit edilmesi, bakıma muhtaç hasta ve yaşlıların tespiti ve evde bakım hizmeti talebini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu araştırma kesitsel bir araştırmadır. Gümüşhane ilindeki hanelerden (40 000 hane) sistematik

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

örnekleme yöntemi ile 4 000 hane seçilmiş ve araştırmacılar tarafından geliştirilen anket uygulanmıştır. Araştırma 1 Mart-1 Haziran 2012 tarihleri arasında yapılmıştır.

Örneklem çıkan her haneye anketörlerce gidilerek yüz yüze görüşme tekniği ile geliştirilen soru kağıdı doldurulmuş ve elde edilen verilerin tümü bilgisayara kaydedilmiştir. Veriler bilgisayarda SPSS paket programında analiz edilmiş ve istatistiksel değerlendirmelerde ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamında 4 000 hanede yaşayan toplam 15 561 kişiye ait veri elde edilmiştir. Araştırmaya katılanların %51,2'si erkek, %48,8'i kadın idi. Araştırma bölgesindeki toplumun %18,0'sının tanı konmuş herhangi bir hastalığı olduğu, %1,6'sının engelli, %1,5'inin gebe, %0,9'unun bebek, %7,3'ünün 65 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Ailelerin büyük bir çoğunluğu (%72,3'ü) ekonomik durumunu orta gelirli olarak tanımlarken, %2,8'i çok zengin, %6,9'u zengin, %15,9'u fakir ve %2,1'i ise çok fakir olarak tanımlamıştır. Sosyal güvence durumu incelendiğinde araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun (%57,2) Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı olduğu, %22,9'unun Emekli Sandığı'na, %10,4'ünün Bağ-Kur'a bağlı olduğu, %2,9'unun ise Yeşil Kartlı olduğu, çok düşük bir oranın ise özel sigortalı olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %5,6'sının hiçbir sosyal güvencesinin olmaması ise oldukça düşündürücüdür.

En sık görülen tanısı konmuş hastalığın %5,7 ile hipertansiyon olduğu, bunu %2,9 ile şeker hastalığı ve %2,6 ile diğer kalp-damar hastalıklarının izlediği belirlenmiştir. 65 yaş ve üstünde ise en sık görülen tanısı konmuş hastalık %31,0 ile yine hipertansiyon, %16,0 ile şeker hastalığı ve %10,0 ile kalp-damar hastalıklarıdır.

Hanelerin %6,8'inin nakit para, %5,3'ünün gıda, %3,1'inin ilaç-tedavi talebi olduğu; evde bakım hizmeti talebi olan hane oranının ise %2,2 olduğu tespit edilmiştir. Çok fakir ve fakir ailelerde evde bakım talebi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Aile tipi ve sahip olunan sosyal güvence ile evde bakım talebi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamazken, konut tipi apartman olanlarda evde bakım talebinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İhtiyaç halinde evde bakım hizmeti alabileceğini bilenlerin oranı %35,6 olarak tespit edilmiştir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Günümüzde kronik hastalıkların ve yaşlı nüfusun giderek artması evde bakımı hizmetine olan talebi giderek arttırmaktadır. Bu çalışma kapsamında hanelerin %6,8'inin nakit para, %5,3'ünün gıda, %3,1'inin ilaç-tedavi talebi olduğu; evde bakım hizmeti talebi olan hane oranının ise %2,2 olduğu tespit edilmiştir. Aksayan ve Çimete'nin yürüttükleri bir araştırmada yaşlıların %62,9'unun evde bakımı tercih ettikleri tespit edilmiştir (7).

Özel evde bakım kuruluşlarının hizmetleri, bugüne kadar hemşirelik hizmetleriyle sınırlı kalmakta idi. Yasal düzenlemelerin yapılması ile multidisipliner ekibi olan evde bakım kuruluşları kurulmaya başlamıştır. 2005'de 10/03/2005 tarih ve 25751 sayılı Resmî Gazete'de Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği yayınlanmıştır. 01/07/2005 tarihinde yayınlanan 5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile yapılan değişikliklerle özürlü bakımının mümkün olduğunca evde bakıma yönlendirilmesi önerilmiştir. Belli şartları taşıyan özürlülerin evde bakım ücretini ödemeyi devlet üstlenmiştir (5 ,6). Araştırmamızın sonuçlarına göre ihtiyaç halinde evde bakım hizmeti alabileceğini bilenlerin oranı %35,6 olarak tespit edilmiştir. Bu oran oldukça düşüktür.

Araştırmamızda 65 yaş ve üstünde ise en sık görülen tanısı konmuş hastalık %31,0 ile hipertansiyon, %16,0 ile şeker hastalığı ve %10,0 ile kalp-damar hastalıklarıdır. Pınar tarafından yapılan ve Türkiye'de evde bakımda mevcut durumu değerlendiren bir araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiş ve evde bakım gereksinimi olan yaşlılarda en çok görülen hastalıklar ortopedik problemler, kardiyak problemler, diyabet ve solunum problemleri olarak saptanmıştır (8). Subaşı ve Öztekin tarafından Ankara, Çankaya'da yürütülen bir başka çalışmada evde bakım hizmeti alan kişilerin %15,4'ünün bakım nedeni ameliyat sonrası bakım, %15,4'ünün inme ve serebrovasküler olaylar, %9,6'sının kanserdir (9).

Sonuç olarak, evde bakım hizmeti talebi araştırmamızda düşük tespit edilmiş olmasına rağmen bunun asıl nedeni evde bakım hizmetlerinin henüz yeterince tanınmaması olabilir. Bu konudaki ihtiyacı yaşayan nüfusla beraber artacağı öngörüldüğünden evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, tanıtılması ve yaygınlaştırılması gerekliliği açıktır.

Anahtar sözcükler: Evde bakım, evde tıbbi bakım, Gümüşhane

Kaynaklar:

1. http://www.who.int/chronic_conditions/ltc/en/ erişim tarihi 13.06.2012
2. Home based long term care, WHO technical report series, 898, World Health Organization, 2000.
3. Bahar A, Parlar S.Yaşlılık ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:4 (2007) s:32-39.
4. Önal Dölek B. Evde ve Kurumda Uzun Dönemli Bakım. Klinik Gelişim 2012; 25: 95-99.
5. Aydın D, Evde Bakım Hizmetleri, Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları 1, Ankara, 2005.
6. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. (T.C. Resmi Gazete, 10 Mart 2005, sayı: 25751).
7. Aksayan, S., Çimete, G. (1998). Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve

tercihleri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi. Özet Kitabı, 24-26 Eylül 1998.

8. Pınar R. "Türkiye'de evde bakımda mevcut durum" Akademik Geriatri 2010, 26-30 Mayıs 2010 Kaya Artemis Otel, Gazimağusa, KKTC s:153-156.

9. Subaşı, N. ve Öztekin, Z. (2006). "Türkiye'de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti", TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(1); 19-31.

492

HEKİMLERİN DİABETES MELLİTUS'TAN KORUNMA İÇİN SAĞLIKLARINA GÖSTERDİKLERİ ÖZENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Önder Porsuk¹, Muzaffer Eskiocak²

¹ Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü, Dr. Phd.

² Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Prof. Dr.

Giriş ve Amaç: Diabetes Mellitus (DM), vücutta çeşitli nedenlerle insülin üretiminde, kullanımında veya her ikisinde de anormallik olması sonucu ortaya çıkan, değişik tipleri bulunan, spesifik özelliği kanda glukoz seviyesinin yükselmesi olan, vücutta çok sayıda sistemi ve organı etkileyen, kronik olduğu kabul edilen bir metabolik ve endokrinolojik bozukluk tablosudur. Hastalığın oluşumunun yaşam tarzı değişiklikleri ile ilaç kullanmadan engellenebileceğini gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada hekimlerin DM'den korunmaya yönelik olarak kişisel sağlıklarına gösterdikleri özen, yaşam tarzlarındaki bu amaçla tavsiye edilen önerilere uyumlarıyla değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Kırklareli ilinde 2010 yılı Ağustos - Aralık ayları arasında yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Araştırma evreni, Kırklareli ilinde araştırmanın yapılacağı tarih itibariyle çalışan tüm tıp doktorlarıdır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış, evrenin tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya alınmama kriteri hekimin fiilen görev yaptığı ilin Kırklareli olmaması ve kişisel olarak katılmayı ret olarak belirlenmiştir. Çalışma başlangıcında Kırklareli ilinde, Sağlık Müdürlüğü ve Tabip Odası'ndan alınan verilere göre 171 uzman hekim ve 180 pratisyen hekim olmak üzere toplam 351 hekimin çalıştığı tespit edilmiştir. Bu sayının belirlenmesinde fiilen çalışıyor olmak gözetilmiş olup, kadrosu Kırklareli ilinde olmasına rağmen başka ilde görev yapanlar dahil edilmemiştir. Evreni oluşturan hekimlerin tümü çalışmaya alınmış ancak, bu hekimlerden 312 kişi (N=312) çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya katılmayan hekimlerden bir kısmına ulaşılamamış, bir kısmı da kişisel olarak katılmamayı tercih etmişlerdir. Çalışmaya genel katılım oranı % 88,9'dur. Araştırmanın bağımsız değişkenleri kişisel özellikler (yaş, cinsiyet, boy, kilo vb.), uzmanlık durumudur. Bağımlı değişkenler ise fiziksel egzersiz açısından yaşam tarzları, günlük sebze meyve tüketimleri, DM açısından tıbbi inceleme yaptırma durumları olarak belirlenmiştir. Çalışmanın başlangıcında, ilgili makamlara başvurularak gerekli resmi izinler alınmıştır. Çalışmada, araştırmacılarca geliştirilmiş anket formları kullanılmıştır. Anket formunun, katılımcı tarafından gözlem altında olmaksızın doldurularak geri verilmesi, katılımcının onamı olarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 19.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testleri kullanılmıştır. Farklılıkların belirlenmesinde p < 0,05 olduğu sonuçlar anlamlı fark olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hekimlerin % 69,9'u (n= 218) erkek, % 29,8'i (n= 93) kadın olduğunu belirtmiş, 1 kişi cinsiyetini bildirmemiştir. Bilinenler değerlendirmeye alındığında, katılımcıların yaş ortalaması kadınlarda 36,5 (ss 8,7, min 25, maks 61, ortanca 36), erkeklerde 44,3 (ss 9,6, min 27, maks 72, ortanca 43) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan hekimlerin içinde % 51,9'la (n= 162) en yüksek oranın pratisyen hekimlerde olduğu görülmüştür. Dahili branşlarda uzman olan hekimler tüm katılımcıların % 24,7'si (n= 77), cerrahi branşlarda uzman olan hekimler tüm katılımcıların % 17,9'u (n= 56) olarak bulunmuştur. Katılımcılardan 17'si uzman hekim olduklarını belirtmelerine rağmen, uzmanlık alanlarını bildirmemişlerdir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcıların BKİ (Beden Kitle İndeksi) ortalaması 26,2 (ss 3,7, min 18,2, maks 41,9, medyan 26,1) olarak belirlenmiştir. Erkeklerde ortalama BKİ 27,0 (ss 3,4, min 18,2, maks 41,9, medyan 27,0), kadınlarda ortalama BKİ 24,1 (ss 3,7, min 18,4, maks 37,8, medyan 23,4) olarak bulunmuştur. Kilosu bilinmeyen ve normal kilosunun altında olan katılımcılar dışarıda bırakılarak ve normal, fazla kilolu ve şişman olarak kategorize edilerek bakıldığında, fazla kilolu ve şişman olma sıklığının BKİ'nin erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (n= 308, c2 = 45,156, sd = 2, p < 0,0001).

Katılımcılara DM'nin en önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilen hareketsiz yaşam açısından yaşam tarzları da sorulmuştur. En sıklıkla işaretlenen seçenek % 53,2 (n= 166) ile "çok nadir de olsa egzersiz yaparım" seçeneği olmuştur. Düzenli fiziksel egzersiz yapmaya çalıştığını belirten katılımcıların % 33,0 (n= 103) olduğu ve katılımcılardan 15 kişinin çok düzenli ve hiç aksatmadan fiziksel egzersiz yaptıkları bildirilmiştir.

Katılımcılar sebze meyve tüketimleri açısından değerlendirildiğinde, sayıca en yoğun olan grubun % 44,2 ile (n= 138) günde iki öğün/defa sebze meyve tüketen grup olduğu görülmüştür. Hiç sebze meyve tüketmediğini belirten grubun 6 kişi ve günde beşten fazla öğün/defa sebze meyve tükettiğini belirten grubun 4 kişi olduğu belirlenmiştir.

Katılımcılara kendi tansiyonlarını düzenli olarak takip etme durumları sorulduğunda %57,1'inin düzenli takip ettiği ve kendi tansiyonunun takip etme açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (n= 311, c2 = 0,966, sd = 1, p = 0,326). Benzer şekilde kendi tansiyonunun takip etme bakımından da hekimler arasında uzmanlık durumları açısından anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (n= 312, c2 = 2,267, sd = 1, p = 0,132).

DM açısından tahlil yaptırma durumları sorulduğunda ise katılımcıların % 71,2'sinin (n= 222) son bir yıl içerisinde DM açısından tahlil yaptırdıkları ve yine tahlil yaptırma açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (n= 311, c2 = 0,711, sd = 1, p = 0,399). Ek olarak tahlil yaptırma bakımından hekimler arasında uzmanlık durumları açısından da anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (n= 312, c2 = 0,322, sd = 1, p = 0,570).

Tartışma /Sonuç ve Öneriler: Ülkemizde yetişkinlerde obezite prevalansını geniş çapta araştıran "Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması" (TEKHARF), "Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması" (TOHTA), "Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Çalışması" (TURDEP) ve "Türkiye Obezite Profili" olmak üzere dört büyük çalışma bulunmaktadır (1). TEKHARF çalışmasında 30 yaşını aşkın Türk erkeklerinin yaklaşık dörtte birinde (% 25,2), kadınların da yarıya yakınında (% 44,2) (N= 3681) obezite tespit edilmiştir (2). TOHTA araştırmasında ise, BKİ'ye göre obezite insidansı kadınlarda % 36, erkeklerde % 17 ve genelde % 25 (N= ~ 25.000) olarak bulunmuştur (3). TURDEP çalışmasına göre, obezite prevalansı (BKİ 30 kg/m²) kadınlarda % 29,9, erkeklerde % 12,9 (N= 24.788) olarak belirlenmiştir (4). Türkiye Obezite Araştırma Derneği (TOAD) tarafından, 2000-2005 yılları arasında 6 ilde (İstanbul, Konya, Denizli, Gaziantep, Kastamonu ve Kırklareli) 20 yaş üstü bireylerde yapılan "Türkiye Obezite Profili" çalışmasında kadınların % 34,5 ve erkeklerin 21,8'i olmak üzere, bireylerin % 29,5'inin (N= 13.878) BKİ>30 kg/m² olduğu bulunmuştur (5). Toplumun genelini yansıtabilecek büyüklükte olan örneğini verdiğimiz çalışmaların tümünün sonuçlarına göre, kadınlarda hem fazla kilolu, hem de obezite sıklığı erkeklere göre daha sıkken, bizim evrenimizde bunun tam tersi olması, araştırma grubumuzun toplumdaki farklı olması açısından ilgi çekici bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Bu sonuçta evrenimizin yaş ortalamasının kadınlarda 36,5 yıl, erkeklerde 44,3 yıl olmasının etkisi olabileceği gibi, kadın hekimlerin, erkek hekimlere göre kilo kontrolüne daha fazla önem vermelerinin de etkisi olabileceği düşünülmektedir. Ancak DM'nin engellenmesinde önemli yaşam tarzı değişikliklerinden olan sebze meyve tüketimi, düzenli fiziksel egzersiz gibi önlemlerin tüm grupta düşük oranlarda olduğu görülmektedir. Yine cinsiyete ve uzmanlık durumuna göre fark olmaksızın tüm grupta kendi kişisel tansiyonunu takip oranları düşük bulunmaktadır. Ancak katılımcılarımızın çoğunluğunun son bir yıl içerisinde kan şekereğini takip ettirmiş olmaları korunma önlemlerinden çok, hastalığın çıkıp çıkmadığının takip edilmesinin ön planda tutulduğunu düşündürmektedir.

Sonuç olarak hekimlerin DM ve risk faktörleri konusunda düzenli olarak bilgilendirilmelerinin yararlı olacağı, ancak sadece bilgilendirmenin yeterli olmayacağı, alınan teorik bilgilerin davranış değişikliklerine dönüştürülmesine uygun düzenlemeler yapılmasının gerekli olduğu söylenebilir.

Kaynaklar:

- 1) T.C. Sağlık Bakanlığı (TR). Türkiye obezite (şişmanlık) ile mücadele ve kontrol programı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 773; 2011.
- 2) Onat A, Hergenç G, Can G, Yüksel H, Sansoy V, Erginel N, Arslan P. TEKHARF Çalışması, 2009. <http://tekharf.org/2009.html> Erişim tarihi: 20.09.2011
- 3) Ersoy R, Çakır B. Obezite. TurkishMedicalJournal 2007; 1: 107 - 116.
- 4) Satman İ, Yılmaz MT, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S ve ark. Population-based study of diabetes risk characteristics in turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). DiabCare 2002; 25 (9):1551- 56.
- 5) Bağrıaçık N (Ed). Obesity profile in Turkey. Int J Diabetes Metabol 2009; 17: 5 - 8.

Anahtar Kelimeler: Diabetes Mellitus, Korunma, Hekimler

261

HEKİMLERİN SİGARA BIRAKTIRMA DAVRANIŞLARI VE HASTALARIN SİGARA BIRAKMALARINA YÖNELİK DÜŞÜNCELERİ

Canan Demir, Zeynep Şimşek

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Şanlıurfa

Giriş ve Amaç: Sigara dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından her yıl sigaraya bağlı yaklaşık 6 milyon ölüm olduğu, acil önlem alınmadığı durumda bu sayının 2030 yılında yıllık 8 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Dünyada sigara içenlerin %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı bildirilmektedir (1). Sigara tüketiminin küresel olarak arttığı belirtilirken, bazı yüksek gelirli ülkelerde azaldığı rapor edilmiştir. Toplum sağlığının korunmasında önemli yeri olan hekimler, her görüşmede hastasının sigara içme öyküsünü almalı ve sigarayı bırakması konusunda önerilerde bulunmalıdır. Ulusal Kanser Enstitüsü'nün önerdiği sigara ile ilgili hasta değerlendirmesine göre; sigara içimi sorulmalı, bırakması önerilmeli, bırakmasına yardımcı olunmalı ve izleme alınmalıdır (2).

Bu çalışmanın amacı; hekimlerin sigara bıraktırma davranışları ve ilişkili faktörlerini saptamak ayrıca hekimlerin hastaların sigara bırakmalarına yönelik düşüncelerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma 2011 yılı Eylül-Ekim aylarında Şanlıurfa il merkezinde yürütülmüştür. Çalışmanın yapıldığı tarihte Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) çalışan 195 aile hekimi, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Bilim dallarında çalışan 239 öğretim üyesi ve asistan, il merkezinde üç devlet hastanesinde çalışan 277 uzman hekim bulunmaktadır. Sigara içme sıklığı %50 kabul edilip, %5 standart sapma ve %95 güven düzeyinde 400 hekime ulaşılması planlanmıştır. Araştırmada tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak her bir tabakadan örnekleme alınması gerekli sayı belirlenmiştir. Hekimlerin seçimi rastgele sayılar tablosu kullanılarak yapılmıştır. Çalışmada anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formunda tanımlayıcı sorular, hekimlerin sigara içme durumları, hastalara sigara konusundaki yaklaşımları ve hastaların sigara bırakmaları konusundaki düşüncelerine yönelik sorular yer almıştır. Anketler örneğe çıkan hekimlere dağıtıldıktan sonra toplanmıştır. Araştırmada 263 kişiye ulaşılmış olup, yanıtlama hızı %66'dır. Diğerlerine anket uygulaması sırasında yerinde bulamama ve red nedeniyle ulaşılamamıştır. Elde edilen veriler SPSS 11.5 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler, Ki-Kare, Kruskal-Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Araştırmaya alınan 263 hekimin %74,5'i erkek, %25,5'i kadın, yaş ortalaması 35,1±6,5'dir. Ortalama görev yapma süresi 7,7±6,6 yıldır. Hekimlerin %78,3'ü evli, % 21,7'si bekaardır. Hekimlerin %25,4'ü halen sigara içtiğini, %5,1'si ara-sıra içtiğini, %18'i bıraktığını, %51,6'sı ise hiç içmediğini bildirmiştir. Sigara içme sıklığı pratisyen hekimlerde %32,9, asistanlarda %30 ve uzman hekimlerde %28,6'dır.

Hekimlerin hastalarına sigara bıraktırma davranışları incelendiğinde; %56,7'si genellikle ya da her zaman 'sorduğunu'; %71,5'i sigara içenlere tavsiye ettiğini, %44,9'u 'yardımcı olduğunu', %12,5'i 'takip ettiğini' bildirmiştir. Hekimlerin cinsiyeti ile sigara bıraktırma davranışları arasında ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Yaş ile hekimlerin sigara bıraktırma davranışları arasında ilişki olup olmadığı Kruskal-Wallis Varyans Analizine göre değerlendirildiğinde; yaş ilerledikçe 'yardımcı olma' ve 'izlem' davranışı ileri yaş hekimlerde daha yüksektir (p<0,05). Hekimin sigara bıraktırma davranışı ile sigara içme durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Sigarayı bırakmış hekimler içenlere göre, hiç içmemiş olanlar bırakmış olanlara göre daha fazla sigara bıraktırma davranışında bulunmaktadır.

Araştırmada, hekimlerin hastaların sigara bırakmaları konusundaki tutumlarını saptamak amacıyla 6 ifade kullanılmıştır. 'Hasta kendisi sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey yoktur' ifadesine %45,5'i, 'hastalara sigarayı bıraktırmak zordur' ifadesine %67,4'ü; 'hastalara sigara bırakma konusunda danışmanlık için yeterli zamanım yok' ifadesine %64,5'i katıldığını; 'hastalara sigara bıraktırma danışmanlığı hastalarla olan ilişkimi geliştirir' ifadesine %68,8'i; 'hastalara sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak bana yararlı olduğumu hissettirir' ifadesine %73,8'i; 'hastalara sigarayı bırakma konusunda danışmanlık vermeyi can sıkıcı bulurum' ifadesine %17,9'u katıldıklarını belirtmişlerdir. Çalışmada hekimlerin %65,6'sı sigara bıraktırma polikliniğini bildiklerini, %57,3'ü ise hastaları yönlendirdiklerini ifade etmişlerdir.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada hekimlerde sigara içme sıklığı %30,5 (ASM %32,9; hastane %29,4) olarak saptanmıştır. Türkiye'de 2008 yılında sağlık personelinin sigara içme durumunun araştırıldığı çalışmada %26'dır (3).

Bu çalışmada hekimlerin %56,7'si hastalarına genellikle ya da her zaman 'sigara içip içmediklerini sorduklarını, %71,5'i sigarayı bırakmalarını tavsiye ettiklerini, %44,9'u 'yardımcı olduklarını', %12,5'i ise hastalarını 'izlediklerini' bildirmişlerdir. Bu çalışmaya benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da, sigara bıraktırmada ilk adım olan 'sorma' davranışının yüksek olduğu, diğer adımların ise düşük olduğu saptanmıştır (4). Çalışmalar, doktorların hastalarına sigara içmemeleri şeklindeki uyarılarının çok etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Hekimlerin yönlendirdiği ve olguların en az altı ay izlendiği 28 sigara bıraktırma programının analizinde, hekimlerin yalnızca hastaya sigarayı bırakmasını öğütlediği 15 programın ortalama başarısı %5 (%3-%13), hekimlerin hastaya sigaranın bırakılması için yoğun destek verdiği 13 programın ortalama başarısı %29 (%13-%40) olarak saptanmıştır (5). Taggart ve arkadaşlarının (2012) 52 çalışmanın meta analizini yaptıkları araştırmalarında da, hekimin bireysel ya da grup danışmanlığının, yazılı materyal, video ve web temelli programlara göre daha etkili olduğunu göstermiştir (6). Sigara için hastaya doktor tarafından uyarılar yapılması ve konu ile ilgili bir broşür verilmesi durumunda sigarayı bırakanların oranı %10 düzeyine kadar yükselebilmektedir. Ülkemizdeki uygulamalarda hekimlerin bu yöndeki tavsiyelerinin %2-3 düzeyinde sigarayı bırakmayı sağlayacağı düşünülebilir. Her yıl değişik nedenler ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında muayene olan 100 milyon dolayındaki kişinin 10 milyonu sigara içen kişiler olsa ve hekimin müdahalesi sonucu bu kişilerin %1'lik bölümü sigarayı bırakmış olsa, her yıl 100.000 dolayında kişinin sigarayı terk etmiş olacağı hesaplanmaktadır. Hizmetin birinci basamağa entegre edilmesi önemli başarıların kazanılmasını sağlayacaktır (7).

Bu çalışmada diğer çalışmalara benzer şekilde sigara içmeyen hekimlerin hastalarına daha fazla oranda sigara içip içmediklerini sordukları, bırakmalarını tavsiye ettikleri, daha fazla yardımcı oldukları ve kontrole çağırdıkları saptanmıştır (8). Davranış kazandırma kuramlarında da sağlık personelinin olumlu sağlık davranışlarını bakımı altındaki topluma yansıttıklarını, bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi kazandırmada topluma örnek olmaları önemli bir diğer noktadır. Araştırmada hekimlerin yaklaşık yarısının sigarayı bıraktırma konusunda olumsuz tutum sergiledikleri görülmüştür. Özellikle zamanlarının olmayışını bildirmeleri, %35'inin sigara bıraktırma polikliniklerini bilmemeleri 'sigara bıraktırma danışmanlığını' öncelikli bir iş olarak benimsemediklerini düşündürmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sonuç olarak, sigara dünyada ölüme götüren en önemli nedenlerden biridir. Toplumda sigara içme prevalansının düşürülmesinde hekimlerin rolü bilinmektedir. Bu nedenle; hekimlere yönelik sigara bıraktırma programlarının yapılmasının, tüm hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerine sigara bıraktırma danışmanlığının eklenmesinin, sigara bıraktırma danışmanlığının SGK kapsamına alınmasının ve davranış sürveyans sisteminin kurulmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hekim, sigara bıraktırma davranışı

Kaynaklar:

1. World Health Organization. Tobacco. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html> (Erişim tarihi:08.06.2012)
2. Rennard SI, Daughton DM. Smoking cessation. Chest 2000; 117: 360-364.
3. Aslan D, Bilir N, Özcebe H, Ergüder T. Smoking status of the health professionals and influencing factors. Ministry of Health, Ankara 2008.
4. Eckert T, Junker C. Motivation for smoking cessation: What role do doctors play? Swiss Med Wkly 2001;131:521-6.
5. Schwartz JL. Methods of smoking cessation. Med Clin North Am 1992; 76:451-76.
6. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, Denney-Wilson E, Harris MF. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. BMC Fam Pract. 2012 Jun 1;13(1):49.
7. Öztuna F, Aytemur Solak Z, Özkan M, Örsel O, Karlıkaya C. Tütün Kontrolü Derleme Toraks Dergisi 2006;7(1):51-64.
8. Talay F, Altın S, Çetinkaya E. İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2007; 55(1): 43-50.

778

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE İLAÇ KULLANIM HATALARI

Tuba Demirel

Selçuk Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Ülkemizde yaşlanan nüfusun artması ile birlikte birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yaşlıların yanı sıra, bakımevleri ve bakımevlerinde yaşayan yaşlı sayıları da giderek artmaktadır. Yaşlı bireylerin en fazla ilaç tüketen yaş grubu olduğu ve çoğunluğunun aynı anda üç veya daha fazla ilaç kullandığı bildirilmektedir. Bu araştırma huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi düzeyleri ve ilaç kullanım hatalarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte yapılan çalışma 20.03.2011-30.05.2011 tarihleri arasında Konya Dr.İsmail Işık Huzurevi ve Akşehir Nasreddin Hoca Huzurevi olmak üzere toplam iki huzurevinde yaşamakta olan yaşlı bireyler ile yapılmıştır. Evreni belirtilen kurumlarda yaşayan 65 yaş ve üzeri tüm yaşlılar oluşturmaktadır. Araştırma, örneklem seçilmeksizin belirtilen kurumlarda yaşamakta olan 65 yaş ve üzeri, mental durumu yeterli ve araştırmaya katılmayı kabul eden 96 yaşlı birey ile yapılmıştır. Veriler kurumlardan ve yaşlılardan gerekli izinler alındıktan sonra araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu ve Standardize Mini Mental Test kullanılarak yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Sosyo-demografik özellikler araştırmanın

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bağımsız değişkenlerini, sağlık özellikleri ve ilaç kullanım özellikleri araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma hesaplamaları ve Ki-Kare testinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Yaşlıların % 14,6'sı Akşehir'deki ve % 85,4'ü Konya'daki huzurevinde yaşamaktadır. Yaşlıların % 49,0'ı 65-74 yaş grubunda ve % 81,3'ü erkek, % 49,0'ının eşi ölmüş, % 51,0'ı ilköğretim ve üzeri eğitim almış, % 64,6'sının bir sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bireylerin % 59,3'ü 1-5 yıldır kurumlarda yaşadığını, % 50,0'ı ekonomik durumunun orta olduğunu, % 38,9'u son altı ay içinde ortalama üç ve üzeri kez hekime başvurduğunu, % 75,0'ı en az bir kronik hastalığı olduğunu ve en fazla (% 52,8) hipertansiyon hastalığı olduğunu belirtmektedir. Yaşlıların % 78,1'inin devamlı kullandığı en az bir ilacı ve ortalama $2,22 \pm 1,31$ adet ilaç kullandığı ve en fazla kullanılan ilaç türünün (% 50,0) antihipertansifler olduğu saptanmıştır. Bireylerin % 92,7'si reçete edilen ilaçları düzenli kullandığını, reçete edilen ilaçları düzenli kullanmayanların % 33,3'ü fayda görmediği için ilaçları kullanmadığını belirtmektedir. Yaşlıların % 29,2'si ilaçlarını almayı unuttuğunu, % 62,1'i ilaç almayı ayda birkaç kez unuttuğunu, % 78,6'sı ilaç almayı unuttuğu aklına gelince ilacını aldığını belirtmiştir. Yaşlıların % 87,5'i ilaçlarını kullanma amacını bildiğini, % 82,3'ü ilaçlarının yan etkisini bilmediğini, % 26,0'ı yan etki yaşadığını, yan etki olarak en sık (% 45,8) mide rahatsızlığının görüldüğünü ve ilaç kullanırken yaşadıkları en sık sorun ilaç almayı unutma (% 20,8) olduğunu belirtmektedir. Bireylerin % 79,2'sinin ilaç kullanımına ilişkin bilgi aldığı, % 65,8'inin bu bilgiyi hekimden ve % 44,7'sinin hemşireden aldığı saptanmıştır. Yaşlıların % 70,8'i ilaçların son kullanma tarihini kontrol etmediğini, % 7,3'ü ilaç kullanımına ilişkin yetersizliğinin olduğunu, % 85,7'si hareket kısıtlılığına bağlı ilaç kullanma yetersizliği olduğunu, en sık ilaç kutularının kapağını açamama (% 85,7) ile ilgili olduğunu, % 84,4'ü başkalarının önerisi üzerine hiç ilaç kullanmadığını, % 14,4'ü başkalarına bazen ilaç önerdiğini, % 14,6'sı yaşadıkları kurumlarda ilaçlarını doğru alıp almadıklarının denetimini yapılmadığını, % 21,9'u kullanmadıkları ilaçlarının olduğunu ve % 79,2'si kullanmadıkları ilaçları attıklarını belirtmiştir.

Kronik hastalık görülme durumu ile devamlı ilaç kullanımı arasında; devamlı ilaç kullanımı ile sağlık güvencesi durumu arasında; ilaç kullanım amacını bilme ile öğrenim durumu ve yaş arasında; ilaç kullanımına bağlı yan etki yaşama durumu ile cinsiyet; ilacın son kullanma tarihini kontrol etme durumu ile öğrenim durumu ve yaşanan kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

Kronik hastalığı ve sağlık güvencesi olanlar daha fazla ilaç kullanmaktadır. Okur-yazar olanlar ve 75-84 yaş grubunda olanlar ilaç kullanım amacını bilmektedir. Kadınlar ilaç kullanımına bağlı daha fazla yan etki yaşamaktadır. Okur-yazar olmayanlar ve Konya'daki huzurevinde yaşayan yaşlılar ilaçların son kullanma tarihini kontrol etmemektedir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Bireylerin % 75,0'ının en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır. İlçe ve Ayhan (2011) yaşlıların % 82,0'ünün en az bir kronik hastalığı bulunduğunu belirterek araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda en sık hipertansiyon hastalığı (% 52,8) görülmektedir. Oskay ve arkadaşları (2005) bireylerin % 81,7'sinde, İlçe ve Ayhan (2011) % 60,7'sinde hipertansiyon görüldüğünü saptamıştır. Yapılan çalışmalarda yaşlılarda hipertansiyon hastalığının yüksek oranlarda görüldüğü dikkat çekmektedir.

Yaşlıların % 78,1'i devamlı en az bir ilaç ve en fazla antihipertansif ilaç (% 50,0) kullanmaktadır. Dedeli ve arkadaşları (2008) yaşlıların % 83,9'unun ilaç kullandığını, İlçe ve Ayhan (2011) yaşlıların en çok kullandığı ilaçların (% 60,7) antihipertansif ilaçlar (% 12,5) olduğunu belirlemiştir. Yapılan araştırmalarda yaşlılarda ilaç kullanımının sık olduğu ve genellikle anhipertansif türde ilaç kullanıldığı gösterilmektedir.

Yaşlılarda kronik hastalık görülme durumu ve buna bağlı ilaç kullanım oranı yüksektir. En sık görülen hastalık hipertansiyon ve en sık kullanılan ilaç türü de antihipertansif ilaçlardır. Bazı yaşlılar reçete edilen ilaçlarını düzenli kullanmamaktadır. Yaşlıların çoğu ilaçların kullanım amacını, yan etkilerini bilmemekte ve ilacın son kullanma tarihini kontrol etmemektedir. İlaç kullanımına ilişkin yaşadıkları en büyük sıkıntı olarak ilaç almayı unutma ve hareket yetersizliği görülmektedir. Yaşlıların bazıları başkasının tavsiyesi üzerine ilaç almakta bazıları da başkasına ilaç tavsiye etmektedir.

Kronik hastalığı olanlar, antihipertansif türde ilaç kullananlar, hareket yetersizliği olanlar, sağlık güvencesi olmayanlar, okur-yazar olmayanlar, 85 yaş ve üzerinde olanlar ve kadınlar ilaç kullanımını yetersizliği yönünden risk grubunda bulunmaktadır. Araştırma sonucunda yaşlılara yönelik daha çok eğitim, izleme ve bilinçlendirme çalışmalarının yapılması, risk gruplarının daha dikkatli izlenmesi, yaşlılara ilaçların kullanım amacına, yan

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

etkilerine ve son kullanım tarihlerini kontrol etmeye yönelik bilgi verilmesi, unutma sorunu ve hareket kısıtlılığı olanların ilaç kullanımına yardım edilmesi tavsiye edilmektedir.

Anahtar sözcükler: Yaşlı; ilaç kullanımı; ilaç kullanım hataları; Bilgi düzeyi

Kaynaklar:

- 1.Arslan GG ve Eşer İ (2005) Yaşlıların Kendi Kendine İlaç Kullanımına Uyumu ve Hemşirenin Rolü, Ege Üniv. HYO Dergisi, 21(2): 147-157.
- 2.Bayık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ, Emeç AU, Özer M ve Ark (2002) Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlaç Kullanma Davranışları, Türk Geriatri Dergisi, 5(2): 68-74.
- 3.Erkin G, Gülşen ED, Dülgeroğlu D, Aybay C, Özel S (2004) Kas İskelet Sistemi Hastalığı Olan Yaşlı Hastaların Sistemik Hastalıkları ve İlaçlarının Değerlendirilmesi, Türk Geriatri Dergisi, 7(3): 155-158.
- 4.Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Turan İ, Bor S (2008) İzmir huzurevlerindeki yaşlılarda fekal inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Turkish Journal of Geriatrics, 11(1): 33-41.

377

KIRK YAŞ ve ÜZERİ BİREYLERİN KANSERE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM ve DAVRANIŞLARI

Havva Karadeniz Mumcu¹, Fevziye Çetinkaya²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kanserle mücadele konusunda özellikle önleme ve tarama çalışmalarının doğru bir şekilde yürütülmesi için toplumun bilgi, tutum ve davranışlarının bilinmesi çok önemlidir. Bu çalışmada Trabzon il merkezinde kırk yaş ve üzeri kanser tanısı almamış bireylerin kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Trabzon il merkezinde 15 Aralık 2011–30 Ocak 2012 tarihleri arasında yürütülen kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini il merkezindeki 40 yaş ve üzeri 102.600 birey, örneklemini 1200 birey oluşturdu. İl merkezi 30 bölgeye ayrıldı ve her bölgeden 40 birey örnekleme alındı. Her yaş ve cinsiyetten örnekleme girecek bireylerin belirlenebilmesi için il merkezinin nüfusu cinsiyete göre ayrıldı ve yaş gruplarına göre tabakalandı. İl merkezindeki 40 yaş ve üzeri nüfusun cinsiyet ve yaş gruplarına göre genel nüfus içindeki oranları hesaplandı. Her bölgeden o yaş grubu ve cinsiyetteki birey aynı oranda örnekleme alındı. Bireylerin seçiminde Adrese Dayalı Nüfus Kayıtları kullanıldı. Bireyler evlerinde ziyaret edildi ve anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Gerekli izin Trabzon Valiliği'nden alındı. Tanımlayıcı istatistiklerde ortalama ve yüzdelikler, çıkarımsal istatistiklerde ki-kare testi kullanıldı. p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak belirlendi.

Bulgular: Bireylerin yaş ortalaması 54.9±11.1(min:40, max:92), %50.0'ı kadın, %50.0'ı erkek idi. Birinci derece yakınında kanser öyküsü olanların sıklığı %33.0, birinci derece yakınına kanserden kaybedenlerin sıklığı %28.5 idi. Ölümüne en sık neden olan kanser türleri akciğer(%30.3), mide(%13.9) ve meme kanseri(%11.0) olarak bulundu. Bireylerin %38.4'ü bazı kanser türleri, %24.9'u tüm kanser türleri için erken tanı ve tarama testleri olduğunu düşünüyordu. Bireylerin %47.7'sinin kanser belirtilerini bilmediği saptandı. En çok bilinen üç kanser belirtisi halsizlik(%14.2), ağrı(%9.1) ve zayıflık(%6.2) idi. Bireyler en ölümcül hastalığı kanser(%60.0) olarak belirtti. Bireylerin %95.7'si sigara içme, %89.4'ü radyasyon, %83.0'ı ailede kanser öyküsü ve %67.6'sı şişmanlığı kansere yol açan faktörler arasında düşünüyordu. Bireylerin kansere ilişkin algıları; "üzüntü ve stres kansere yol açar"(%86.4), "kansere erken teşhis edilebilir"(%85.5) ve "kansere tedavi edilebilir"(%82.1) olarak belirlendi. Bireylerin %13.8'i kanserin bulaşıcı olduğunu düşünüyordu. Kanserinin önlenilebilir bir hastalık olduğunu düşünenlerin sıklığı %72.5 idi. Cinsiyet ile "kansere uzun dönemde ortaya çıkar"

algısı arasında(p=.001) ve “kansere soyaçekimle geçer” algısı arasındaki ilişki anlamlı bulundu(p=.002). Kanserin erken tanısı için kadınların %45.3’ünün kendi kendine meme muayenesini en az bir kez yaptığı, %29.2’sinin pap smear, %22.7’sinin klinik meme muayenesi, %28.7’sinin mamografiyi en az bir kez yaptırdığını belirlendi. Elli yaş ve üzeri kadınların mamografi sıklığı %29.7 idi. Erkeklerin %15.8’inin prostat spesifik antijen testi en az bir kez yaptırdığı, bunların %95.4’ünün doktor istemi ile test yaptırdığı belirlendi. Bireylerin %16.1’inin gaitada gizli kan, %15.2’sinin kolonoskopi testi yaptırdığı saptandı.

Sonuç ve Öneriler: Bireylerin kansere ilişkin yanlış bilgilerinin ve algılarının olduğu ve erken teşhis için tarama davranışlarının çok yetersiz olduğu görülmektedir. Bu konuda yanlış bilinenlerin ve mevcut algının değiştirilmesi ve tarama programları hakkında toplumun bilgilendirilmesinin önemi ve gereği ortaya çıkmaktadır.

Anahtar kelimeler: Kansere, tutum, davranış

649

KIRKLARELİ’DE ÇALIŞAN HEKİMLERİN SİGARA KULLANIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Önder Porsuk¹, Muzaffer Eskiocak

¹Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Hekimlerin toplumun genelini oluşturan diğer bireylere göre daha fazla sigara kullandığına yönelik haberler zaman zaman medyada yer almaktadır. Bu savın sigara kullanımını teşvik etmesi olasılığı nedeniyle, üzerinde çalışılmaya değer bir konu olduğu düşünülmüştür. Bu çalışmada Kırklareli ilinde çalışan hekimlerin sigara kullanım alışkanlıklarını etkileyen özellikler ve kullanım oranlarının hekim olmayan bireylerden farklı olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, 2010 yılı Ağustos - Aralık ayları arasında Kırklareli ilinde yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Araştırma evreni, araştırmanın yapıldığı tarihte Kırklareli ilinde çalışan tüm tıp doktorlarıdır. Araştırmada evrenin tümü araştırma kapsamına alınmış örneklem seçimi yapılmamıştır. Çalışmaya alınmama kriteri hekimin katılmayı kişisel olarak ret etmesi ve fiilen görev yaptığı yerin Kırklareli olmaması olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri kişisel özellikler (yaş, cinsiyet v.b) ve uzmanlık durumudur. Bağımlı değişken ise sigara kullanma durumları olarak belirlenmiştir. Çalışmanın başlangıcında, ilgili makamlara başvurularak gerekli resmi izinler alınmıştır. Çalışmada, araştırmacılarca geliştirilmiş anket formları kullanılmıştır. Anket formunun, katılımcı tarafından gözlem altında olmaksızın doldurularak geri verilmesi katılımcının onamı olarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 19.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testleri kullanılmıştır. Farklılıkların belirlenmesinde $p < 0,05$ olduğu sonuçlar anlamlı fark olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hekimlerin % 69,9’u (n= 218) erkek, % 29,8’i (n= 93) kadın olduğunu belirtmiş, 1 kişi cinsiyetini bildirmemiştir. Bilinenler değerlendirmeye alındığında, katılımcıların yaş ortalaması kadınlarda $36,5 \pm 8,7$ (min 25, maks 61, ortanca 36), erkeklerde $44,3 \pm 9,6$ (min 27, maks 72, ortanca 43) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan hekimlerin içinde % 51,9’la (n= 162) en yüksek oranın pratisyen hekimlerde olduğu görülmüştür. Dahili branşlarda uzman olan hekimler tüm katılımcıların % 24,7’si (n= 77), cerrahi branşlarda uzman olan hekimler tüm katılımcıların % 17,9’u (n= 56) olarak bulunmuştur. Katılımcılardan 17’si uzman hekim olduklarını belirtmelerine rağmen, uzmanlık alanlarını bildirmemişlerdir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin % 68,0’i (n= 212) sigara kullanmadığını bildirmiştir. Sigara kullandığını bildiren katılımcıların % 80,0’inin (n= 80) günde bir paket (20 adet) veya daha az miktarda sigara kullandıklarını beyan etmişlerdir. Bir paketten fazla iki paket (40 adet) veya daha az miktarda sigara kullandığını bildiren katılımcıların oranı % 5,8 (n= 18) Günde iki paketten fazla sigara kullandığını bildiren katılımcıların 2 kişi olduğu belirlenmiştir. Yaşlarını ve sigara kullanma durumlarını bildirmiş olan katılımcılar arasında sınıflandırılmış yaş

gruplarına göre sigara kullanıp kullanmama durumları açısından fark olmadığı bulunmuştur ($n= 285$, $c^2 = 2,670$, $sd = 2$, $p = 0,263$). Benzer şekilde katılımcıların cinsiyetlerine göre sigara kullanıp kullanmama durumları açısından da fark olmadığı saptanmıştır ($n= 285$, $c^2 = 2,670$, $sd = 2$, $p = 0,263$). Kadın katılımcıların % 30,1'i ($n= 28$), erkek katılımcıların % 32,6'sı ($n= 71$) sigara kullandıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların pratisyen ya da uzman olmaları bakımından da sigara kullanıp kullanmama durumları açısından fark olmadığı tespit edilmiştir ($n= 312$, $c^2 = 2,953$, $sd = 1$, $p = 0,055$).

Tartışma /Sonuç ve Öneriler: Türkiye’de ise sigara içme yaygınlığının 26 milyon sigara tüketicisi ile % 42 olduğu bildirilmektedir (1). Bu oranın yaklaşık % 52 olduğunun tahmin edildiğini belirten bir diğer kaynakta ise, hekimler arasında oranın % 41,7 olduğu ifade edilmektedir (2). 2000 yılında Denizli ilinde 408 erkek ve 131 kadın ($N= 539$) hekimin katılımıyla yapılan bir araştırmada katılımcıların % 48,1'inin sigara içmekte olduğu saptanmıştır (3). Bu oran bizim çalışma grubumuzda % 32,0 olarak bulunmuştur. Bu bulgu önceki çalışmalarla uyumlu olmayıp, hekimler arasında sigara kullanımının azaldığını düşündürmekle birlikte, konu hakkında daha geniş kapsamlı çalışmalara gereksinim olduğu değerlendirilmektedir. TNSA 2008 sonuçlarına göre ülkemizde 15 - 49 yaş grubundaki kadınların % 22'si sigara içmekte ve yüksek refah düzeyindeki kadınlar düşük düzeylere göre daha fazla sigara kullanmaktadırlar (4). Çalışma grubumuzdaki kadınların yaş dağılımı farklı olmakla birlikte, bulgularımız bu tanımlamayla paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak hekimlerin sigaranın zararları konusundaki teorik bilgilerin davranış değişikliklerine dönüştüremedikleri ve toplumun genelinden fazla oranlarda olmasa da toplum ortalamalarına yakın oranda sigara kullandıkları söylenebilir.

Kaynaklar:

- 1) Dikmen N. Türkiye’de Sigara Tüketimi ve Tüketimi Etkileyen Değişkenler Üzerine Bir Model Çalışması. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Nisan 2005, 19: 1
- 2) Uzaslan E K. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım www.toraks.org.tr/userfiles/file/Sigara_Birakma_Esra_Uzaslan.pdf
- 3) Özdemir İİ, Bostancı M. Denizli İli Sınırları İçerisindeki Hekimlerin Sigara İçme Durumları ve Sigara İçme Prevalansı, Pamukkale Ün., Sağlık Bilimleri Ens., Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, 2001.
- 4) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Anahtar Kelimeler: Sigara Kullanımı, Hekimler, Kırklareli

350

KİŞİSEL UĞRAŞI VE GRUP TERAPİSİ DENEYİMİ

Mehmet Uyar, Sema Oğuz

Bingöl Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve amaç: Depresyon riski kadınlarda üreme çağında en yüksek olmak üzere erkeklerin yaklaşık iki misli kadardır. Yaşam boyu anksiyete bozuklukları kadınlarda % 31 ve erkeklerde % 19 oranında görülmektedir. Grup psikoterapisi ve kişisel uğraşı terapisi psikiyatrik hastalıkların tedavisinde önemli bir bileşendir. Bu çalışmada psikiyatrik ilaç tedavisi gören kadınlara grup psikoterapisi ve kişisel uğraşı terapisi uygulanarak tedavinin tamamlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmacı tarafından 2010 yılında yapılan bir çalışmada Bingöl kent merkezinde 15-49 yaş grubu kadınlarda depresif semptom sıklığı % 42 olarak bulunmuştur. Psikiyatrik ilaç tedavisi alan kadınlara

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

tedavinin bileşeni olarak grup terapisi ve kişisel uğraşı aktivitesi planlanmıştır. Bu amaçla İl Sağlık Müdürlüğü ile İl Millî Eğitim Müdürlüğü arasında bir protokol imzalanmış, İl Halk Eğitim Merkezinde çalışma için yer tahsis edilmiş ve bir usta öğretici görevlendirilmiştir. Kişisel uğraşı kursunun malzeme giderleri sağlık müdürlüğü tarafından karşılanmıştır. Bingöl devlet hastanesi psikiyatri polikliniğinde çalışan üç psikiyatri uzmanı çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Nevrotik hastalık tanısı almış ve ilaç tedavisi alan kadınlar çalışma ekibi ile irtibatlandırılmış, çalışmaya katılmayı kabul eden 15 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın başlangıcında ve 6.ayın sonunda katılımcılara beck anksiyete ölçeği uygulanmıştır. Haftada iki gün öğleden sonraları olmak üzere katılımcılarla 45 dakika grup terapisi uygulanmış, devamında iki saat kişisel uğraşı kursu verilmiştir. Terapi seanslarında psikiyatri uzmanı, psikolog ve araştırmacı hazır bulunmuştur.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $30,06 \pm 6,01$ dir. Kadınların 10'u (%66,7) evli, 4'ü (%26,7) bekar, 1 kadın ise eşinden ayrılmıştır. Çocuğu olan kadın sayısı 10 (%66,7) dur. İki çocuklu kadınların (%40) en fazla olduğu, çocuk sayısı 3 olan 3 kadın (%30) olduğu görülmüştür. Eğitim durumlarına bakıldığında yarıya yakınının (%46,7) lise mezunu, 4 kadının (%26,7) ise ilkökul mezunu olduğu görülmüştür. Meslek olarak 9 kadın (%60) ev hanımı, 3 kadın (%20) ise ev kızı yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu (%93,3) alkol, %66,7 sigara kullanmadığını belirtmiştir. Kronik bir hastalığı olduğunu belirten kadınların oranı %26,7 iken, sürekli kullandığı bir ilaç olduğunu belirtenlerin oranı %46,7 dir. Aile tipi olarak yarıdan fazlası çekirdek aile (% 66,7) yanıtı vermiştir. Çalışmaya katılanların yaklaşık yarısı (%46,6) ekonomik durumlarını orta olarak belirtmiştir. Katılımcıların beck anksiyete ölçeği bazal puan ortalaması $46,78 \pm 10,86$, altıncı ay sonundaki puan ortalaması $35,64 \pm 9,62$ bulunmuştur. Altıncı ay sonunda beck anksiyete puan ortalaması anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p < 0,000$).

Sonuç ve öneri: Grup psikoterapisi ve kişisel uğraşı terapisi psikiyatrik hastalıkların tedavisinde tedavinin başarısını arttıran önemli bir bileşendir. İlaç tedavisi başlanan hastalar kişisel uğraşı ve grup terapisi konusunda bilgilendirilmeli ve yönlendirilmelidir. Hastanelerin psikiyatri servisleri grup terapisi ve uğraşı terapileri için yeterli donanıma sahip olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Grup psikoterapisi, 15-49 yaş kadın, uğraşı terapisi.

484

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI GÖRÜLME SIKLIĞINA AKTİF ve PASİF SİGARA İÇİCİLİĞİNİN ETKİSİ

Gazanfer Aksakoğlu

Dokuz Eylül Üniversitesi

Giriş ve Amaç: KOAH demografik dönüşümle birlikte toplum içinde sıklığı artan, ölüm nedenleri arasında öncelikli sıralarda yer almaya başlayan, toplumsal boyutta bakıldığında yüksek sağaltım ve esenlendirme maliyeti olan ancak aktif ve pasif sigara içimi gibi önlenabilir risk etmenleri sonucu oluşan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde KOAH'a yönelik düzenli kayıt tutulmaması, hastalığın ve risk etmenlerinin dağılımının tam olarak bilinmiyor olması, toplum tabanlı olarak yapılmış çalışmaların sınırlı sayıda olması bu çalışmanın çıkış noktalarıdır.

Araştırmanın amacı İzmir İli Balçova İlçesi'nde yaşayan 40 yaş ve üzeri bireylerde;

1. KOAH görülme sıklığının,
2. Aktif ve pasif sigara içiciliğinin KOAH görülme sıklığına etkisinin,
3. Aktif ve pasif sigara içiciliği dışında KOAH görülme sıklığına etki eden diğer etmenlerin saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve çözümleyici tip bir araştırmadır. Araştırma İzmir İl Merkezi içinde yer alan ve kentsel bir bölge olan 77,915 nüfuslu Balçova İlçesi'nde yürütüldü. İlçedeki 8 mahallenin tümü araştırmaya

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

alındı. Araştırma konusu Şubat 2009'da belirlendi, çözümlene ve yazım sonrası araştırma Eylül 2010'da bitirildi.

Balçova İlçesi'nde yaşayan 40 yaş ve üzerindeki, herhangi bir hastalığı olup olmadığı araştırma öncesi bilinmeyen 37,385 kişi araştırmanın evrenini oluşturdu. KOAH'ın genellikle 40 yaşından sonra tanı almaya başlaması, ve yapılmış alan çalışmalarında da benzer yaş grubunun seçilmesi nedeniyle bu yaş grubu seçildi.

Evrendeki birey sayısının belirlenmesinde Balçova İlçe Kaymakamlığı'ndan sözel olarak onay alınarak, 2007 yılı muhtarlık seçmen kayıtları kullanıldı. Evreni oluşturan 37,385 kişiden daha önce ülkemizde yapılan çalışmalarda saptanmış en düşük KOAH prevalansına yakın olarak %10.0 beklenen KOAH sıklığı, %95.0 güven düzeyinde ve %3.0 hata payı ile en az 380 kişiye ulaşılması gerektiği belirlendi¹. Ölüm, taşınma, katılmayı geri çevirme gibi belirlenmiş olan en az örnek büyüklüğüne ulaşmayı engelleyebilecek etmenler öngörülerek %30.0 (n:119) oranında yedek alındı.

Örnek seçiminde tabakalı örnekleme yöntemi kullanıldı. Mahalle düzeyinde nüfusa göre tabakalama yapıldı. Tabakalama için ilk aşamada ilçedeki 8 mahallede yaşayan birey sayıları ve bunların genel toplama oranı belirlenerek her mahalleden kaç bireyin örneğe alınacağı saptandı. İkinci aşamada seçmen listeleri kullanılarak her mahalle için önce örneğe çıkan kişilerin sonra yedeklerin kimler olduğu rasgele sayılar tablosu kullanılarak ayrı ayrı belirlendi.

Araştırmada bağımlı Değişken KOAH varlığıdır. Temel bağımsız değişkenler olarak Aktif sigara kullanım durumu, yaşam boyu kullanılan sigara miktarı ile pasif sigara içiciliğinin varlığı (evlenmeden önce ve evlendikten sonra evde, işyerinde) alınmıştır. Cins, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, şu anki çalışma durumu, gelir düzeyi, evde kullanılan yakıt tipi, yemek yaparken tandır, yer ocağı kullanım öyküsü, boş zamanlarda KOAH riskli hobilerinin varlığı, evcil hayvan besleme durumu, KOAH yönünden riskli bir işte çalışma varlığı, çalışma süresi ve bildirim dayalı olarak yapılan işte toz, duman ve gazla karşılaşma, özgeçmişte KOAH riskli hastalık öyküsü ve birinci derece akrabalarda solunum sistemi hastalığı varlığı da diğer bağımsız değişkenler olarak çalışmaya alındı.

KOAH varlığının belirlenmesinde ve hastalığın şiddetinin derecelendirilmesinde GOLD'un 2008'de yayımladığı 'Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı İçin Küresel Tanı, Yönetim ve Önlem Stratejileri' kılavuzunda yer alan KOAH tanı ölçütleri kullanıldı. Kılavuza uygun olarak spirometrik ölçüm KOAH tanı ve evrelemesinde altın standart olarak alındı. Araştırmacı spirometri kullanımı için iki hafta süresince kuramsal ve uygulamalı bir eğitim aldı. Alanda yapılan ölçümlerin standartlaştırılması için de araştırma süresince ölçümler yalnızca araştırmacı tarafından uygulandı ve ölçümlerde 2005 yılında ATS/ETS ortak yayımlanmış olduğu 'Spirometrenin Standartlaştırılması' kılavuzuna uygun davranıldı. Ölçümlerde kalibrasyonu düzenli olarak yapılan Mir Spirolap III markalı mobil spirometre aygıtı kullanıldı. Katılımcılara evlerinde yapılan ölçümlerde öncelikle testin nasıl yapılacağı anlatılarak yineleyen en az 3 ölçüm yapıldı. En iyi üç ölçüm ortalama FEV1/FVC \geq 0.70 saptanan katılımcılar 'KOAH yok' olarak değerlendirildi. En iyi üç ölçüm ortalama FEV1/FVC $<$ 0.70 saptandıysa katılımcılara 400.0 mg salbutamol inhale ettirildi ve test 15 dakika sonra yenilendi. Bronkodilatör sonrası başlangıca göre FEV1'in ya/ya da FVC'nin \geq %12.0 ya da \geq 200.0 ml artması durumunda reversibilite var olarak değerlendirildi ve KOAH dışlandı. Reversibilite gösteren katılımcılar da 'KOAH yok' olarak değerlendirildi. Reversibilite olmaması durumunda katılımcılar 'Olası KOAH' olarak değerlendirildi ve DEÜTF Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde önceden bilgilendirilmiş bir araştırma görevlisine yönlendirildi. Poliklinikte katılımcıların spirometrik ölçümleri ve hastalık öyküleri yinelenerek, bedensel ve radyografik incelemeleri yapıldı. Hastaneye 'Olası KOAH' olarak yönlendirilen tüm katılımcıların göğüs hastalıkları araştırma görevlileri tarafından 'Kesin Tanı KOAH Var' ya da 'KOAH Yok' olarak tanı almaları sağlandı. Çözümlemede katılımcılar yukarıdaki ölçütlere göre 'Kesin Tanı KOAH Var' ya da 'KOAH Yok' olarak gruplandırıldı.

Veri toplanmasında önceden yapılandırılmış veri toplama formu ve spirometre kullanıldı. Soruların işlevselliğini ve görüşme süresini saptamak amacıyla yaklaşık 15 kişilik bir grupta ön çalışma yapıldı. Veri toplama formları yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından katılımcıların evlerinde dolduruldu. Solunum fonksiyon testi Mir Spirolap III markalı mobil spirometre aygıtı ile katılımcıların evlerinde araştırmacı tarafından uygulandı.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırma süresince evlerinde ulaşılan katılımcılara araştırmanın amacı ve yapılacak ölçümle ilgili bilgilendirme yapıldı. Katılım konusunda sözlü onam verenlerle araştırma yürütüldü. Ulaşma oranını artırmak için evlere biri hafta içi çalışma saatleri dışında ya da hafta sonu olmak üzere en az 3 kez gidildi.

Çözümlemelerde SPSS 15.0 ve Epi Info 2002 Statcalc programları kullanıldı. Anlamlılık için p değerinin 0.05'den düşük saptanması koşulu arandı. Ortalama değerler standart hataları ile birlikte verildi. Dört gözlü düzenlerde Yates süreklilik düzeltmesi, gözlerden birinde beşten küçük beklenen değer bulunduğu Fisher'in kesin testi, çok gözlü düzenlerde eğim görülüyorsa eğimde ki-kare uygulandı. Ki-kare ve eğimde ki-kare testi sonucunda KOAH görülme sıklığına anlamlı etkisi olduğu saptanan etmenlere yaş ve gelir düzeyi sürekli veri olarak, evlenmeden önce ve evlendikten sonra yaşanan pasif sigara içimi 'Var' ya da 'Yok' biçiminde gruplandırılmış veri olarak eklendi ve lojistik regresyon çözümü yapıldı.

Bulgular: Araştırmada 306 kişi KOAH varlığı yönünden değerlendirildi. Ulaşma oranı %80.5'dir. Araştırmacı alanda 38 kişiye 'Olası KOAH' tanısı koydu bunların %94.7'si (n=36) hastane ölçümleri sonrasında 'Kesin tanı KOAH' olarak saptandı. 40 yaş ve üzeri bireylerde KOAH görülme sıklığı %11.8, erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla %15.6 ve %6.3 olarak saptandı.

Eski içici ya da aktif içici olanlarda hiç kullanmayan ya da ara sıra içenlere göre KOAH görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (ki-kare=8.61, p=0.00). Eski içici ya da aktif içici olan 201 kişilik grupta paket*yıl biriminden sigara kullanım süreleri arttıkça KOAH görülme sıklığının da anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (eğimde ki-kare=12.19, p:0.00).

Evlenmeden önce yaşanan evde pasif sigara içimi olanlarda KOAH varlığını anlamlı olarak yüksek saptanmamıştır (ki-kare=1.25, p=0.26).

Evlendikten sonra yaşanan ev(ler)de pasif sigara içimi olanlarda KOAH varlığını anlamlı olarak yüksek saptanmamıştır(ki-kare=0.75, p=0.39).

İşyerinde kapalı ortamda pasif sigara içimiyle karşılaşan grupta karşılaşma olmayan gruba göre, KOAH varlığı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır(ki-kare=4.57, p=0.03).

Oluşturulan lojistik regresyon modeline ki-kare ve eğimde ki-kare çözümlerinde KOAH varlığını anlamlı olarak etkileyen (p<0.05) risk etmenlerine ek olarak evlenmeden önce ve evlendikten sonra yaşanan ev(ler)deki pasif sigara içimi durumları da alınmıştır. Oluşturulan model sonucunda KOAH olma olasılığının '20.0 paket*yıl ve üzerinde' sigara kullanmış olanlarda, hiç kullanımı olmayanlardan 8.210 (%95 GA=2.725-24.734, p=0.000) kat yüksek saptanmıştır. Çözümlemede '0.1-9.9 paket*yıl' ve '10.0-19.9 paket*yıl' arası sigara kullanımının KOAH için anlamlı bir risk etmeni olmadığı saptanmıştır. Yaştaki her bir birim artışın KOAH olma olasılığını 1.037 (%95 GA=1.003-1.072, p=0.031) kat artırdığı görülmüştür. Ev içi kişi başı gelirdeki her 1.0 TL artışın KOAH olma olasılığını %0.1 (%95 GA=0.998-0.999, p=0.022) saptanmıştır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırmada saptanan KOAH sıklığı Halbert ve arkadaşlarının 67 çalışmayı alarak yürüttükleri sistematik derleme çalışmasında saptadıkları küresel havuzlanmış KOAH sıklığı olan %9.9'a (8.2-11.8) benzer bulunmuştur².

Çoklu modelde 20 paket*yıl ve üzerinde sigara kullanmanın KOAH'ı anlamlı olarak yükselttiği görülmüştür. 20 ve üzeri paket*yıl sigara kullanımı model içinde KOAH olma olasılığını en anlamlı etkileyen değişken olarak saptanmıştır (p=0.000). Hollanda'da 55 yaş ve üzeridekilerde yapılan bir izlem çalışmasında 1.0-10.0 paket*yıl arası kullanımı olanlarda bile KOAH olma riskinin hiç içmeyenlere göre 1.8 (%95 GA=1.1-2.8) kat anlamlı olarak artırdığı saptanmıştır³. Bu çalışmada 20 paket*yıl ve altında kullananlarda hiç kullanmayanlara göre KOAH varlığının anlamlı olarak yükselmemiş olmasında bu gruplardaki örnek büyüklüğü sayılarının küçük olması ve 20 paket*yıl altında kullanım süreleri olan bazı katılımcıların şu an bırakmış olsalar bile yıllar içinde oluşacak fizyolojik FEV1 düşüşleri sonucunda KOAH'a yakalanabilecekleri öngörülebilir. Araştırma kesitsel yürütüldüğü için ileriye dönük bir izlem çalışmasında yakalanabilecek bu anlamlı etki bu çalışmada kaçırılmış olabilir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bu araştırmada da evlenmeden önce ve evlendikten sonra yaşanan ev(ler)de evde aile bireylerinden herhangi birinin içtiği sigara dumanıyla karşılaşmanın KOAH varlığını anlamlı olarak artırmadığı hem tekli modelde hem çoklu modelde gösterilmiştir. Çin’de 40 yaş ve üzeri 12,471 sigara kullanmayan kişide yapılmış bir çalışmada yaşadığı evde çevresel tütün dumanıyla karşılaştığını belirtenlerde diğer değişkenlere göre düzeltildiğinde KOAH varlığının anlamlı olarak 1.3 (%95 GA=1.1-1.6) kat yüksek olduğu saptanmıştır⁴. Eisner ve arkadaşları ise işyerinde çevresel sigara dumanı karşılaşmasıyla KOAH varlığı arasında bir doz-yanıt ilişkisi olduğunu göstermiştir⁵. Bu araştırmada çoklu çözümlenmelerde işyerinde pasif sigara içiminin KOAH varlığına olan etkisinin anlamını yitirmesinde karşılaşma süreleri dikkate alınarak gruplamalar yapılmaması etkili olmuş olabilir.

Sonuç olarak araştırmada 40 yaş ve üzeri bireylerde KOAH görülme sıklığı %11.8 olarak belirlenmiştir. Çok değişkenli çözümlenmede yaş, evde aylık kişi başı gelir düzeyi ve sigara kullanım durumu KOAH varlığının belirleyici etmenleri olarak bulunmuştur. Araştırmada 20 paket*yıl ve üzerinde sigara kullananlarda KOAH olma olasılığı hiç kullanmayanlara göre 8.2 kat anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Evlendikten sonra ve evlenmeden önce yaşanan ev(ler)de ayrıca işyerinde pasif sigara içimi olması KOAH varlığını anlamlı olarak artırmamıştır.

Araştırmada KOAH’ın sık görülen aktif sigara içimi gibi önlenebilir risk etmenleri sonucu oluşan önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu saptanmıştır. Ülkemizde KOAH’a yönelik düzenli kayıt tutulması ve risk etmenlerinin dağılımının tam olarak belirlenmesi için yapılacak yeni çalışmalar hazırlanacak olan ulusal eylem planlarına yol gösterecektir.

Anahtar sözcükler: KOAH prevalansı, aktif sigara içiciliği, pasif sigara içiciliği, KOAH risk etmenleri

Kaynaklar:

1. Güzelant A, Gündoğdu Ü, Ar C, Beliner AS, Böncü M, Padır i. Konak Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Yaşayan 40-69 Yaş Arası Nüfusta Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Sıklığı Araştırması, II. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa; 7-8 Mayıs 2004.
2. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2006; 28: 523-32.
3. van Durme YM, Verhamme KM, Stijnen T, van Rooij FJ, Van Pottelberge GR, Hofman A, Joos GF, Stricker BH, Brusselle GG. Prevalence, incidence, and lifetime risk for the development of COPD in the elderly: the Rotterdam study. Chest. 2009; 135: 368-77.
4. Zhou Y, Wang C, Yao W, Chen P, Kang J, Huang S, Chen B, Ni D, Wang X, Wang D, Liu S, Lu J, Zheng J, Zhong N, Ran P. COPD in Chinese nonsmokers. Eur Respir J. 2009; 33: 509-18.
5. Eisner MD, Balmes J, Katz PP, Trupin L, Yelin EH, Blanc PD. Lifetime environmental tobacco smoke exposure and the risk of chronic obstructive pulmonary disease. Environ Health. 2005; 4: 7.

556

MALATYA BATTALGAZİ İLÇESİNDE YETİŞKİNLERDE OBEZİTE, KAPİLLER KANDA HİPERGLİSERİDEMİ VE HİPERKOLESTEROLEMİ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Erkan Pehlivan, Gülsen Güneş, Ali Özer, Güray Özen, Elvan Türkol, Çiğdem Öz, Metin Genç

İnönü Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Sağlığı Geliştirme, “kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrol yeteneklerini arttırmaları ve sağlıklarını geliştirmelerinin olanaklı hale getirilmesi” olarak tanımlanmaktadır.¹ Yetişkin dönemde morbidite ve prematür mortaliteyi etkileyen çok sayıda çevresel ve bünyesel risk faktörü bulunmaktadır.² Yetişkinlerde obezite, hiperlipidemi, hiperkolesterolemi bu faktörlerdendir. Bu araştırma, yarı kırsal bir bölgede yetişkin yaşamda parmak ucu kanda hızlı kullanılabilir tekniklerle kan lipid düzeyi ve total kolesterole bakmak; obezite ve visseral obezite ölçülerini tespit ederek farkındalık yaratmak amacıyla yapılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini Malatya ilinin Battalgazi ilçesinde (Eski Malatya) yaşayan 20 yaş ve üzeri, bir ilçe 2 kasaba ve 13 köyde 8.675'i erkek, 8.735'i ise kadın olmak üzere toplam 17.410 kişi oluşturdu. Araştırma Kasım 2008- Haziran 2009 yılları arasında Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim elemanları ve interleri tarafından gerçekleştirildi. Araştırma örnekleme yerleşim yerine ve nüfusa orantılı çok aşamalı tabakalı küme örnekleme yöntemi ile seçildi. Araştırma evreninden $Nt^2 \times p \times q / d^2 \times (N-1) + t^2$ (pq) formülü, $d=0.03$ yanılma düzeyinde ve % 5 güven aralığında 1030 kişiye, ilaveten 1.5 desen etkisi hesabı ile toplam 1545 kişiye (erkek-kadın) ulaşılması hedeflendi. Tabakalı küme örnekleme ile merkezde üç mahalle, iki kasaba ve 3 köyden örneğe çıkan hanelerde kişilerin araştırmayı reddetmesi sebebiyle 1.232 kişiye ulaşıldı. Araştırmaya katılma oranı % 79.7 olarak gerçekleşti.

Araştırma analitik epidemiyolojik araştırma modellerinden kesitsel (cross-sectional) bir saha araştırmasıdır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri obezite, visseral obezite, hiperlipidemi ve hiperkolesterolemi; bağımsız değişkenleri ise cinsiyet yaş ve eğitim durumudur.

Bireylere yüz yüze anket tekniği ile sosyo demografik özellikler sorgulanmış, yetişkinlerin; dijital tartı ile ayakbabisiz olarak ağırlıkları, ayakbabisiz olarak düz bir duvarda boyları (cm) ölçüldü. Kişi ayakta iken, spina iliaca anterior superior ve alt kosta arasından geçen düzlemde belin en dar yerinden ve hafif ekspiryum yaptırılarak bel çevresi ölçüldü.

Sabahları 09-11.30 saatleri arasında parmak ucu kapiller kanda "Accutrend GCT" marka cihaz ile trigliserid ve kolesterol ölçümü yapıldı. Kolesterol için 200 ve üstü hiperkolestremi; trigliserid için 150 ve üstü değer hipertrigliseridemi olarak değerlendirildi.

Veriler SPSS 15.0 programına girildi. İstatistiksel analizlerde ki kare ve unpaired student t testi kullanıldı. Tüm değerlendirmelerde $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırma kapsamına girenlerin % 47.8'i erkek (589 kişi), % 52.2'si ise (643 kişi) kadındır. Yetişkinlerin %78,2'si evli, %17'si bekar ve % 4,8'i ise dul veya eşi ölmüştür. Yetişkinlerin %19,7'si çiftçi, %9'u işçi, %5'i memur, kadınların %38'2'si ev hanımıdır. Katılımcıların %69'2'si SSK,Bağkur veya Emekli Sandığı güvencesine sahip, %19,3'ü Yeşil kartlı olup yalnızca %10,4'ünün sosyal güvencesi yoktu. Yetişkinlerin %21,9'u eşi ile akraba idi ve kadınların gebelik sayısı ortalaması, 5.14 ± 2.91 , kürtaj sayısı ortalaması 1.57 ± 0.81 ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 4.04 ± 2.25 'di. Haneye giren aylık ortalama gelir sorgusunda dönemin yoksulluk sınırına göre yapılan değerlendirmede ailelerin %86,9'u alt sosyoekonomik düzeye sahipti.

Araştırmaya katılanların %42,7'si 20-39 yaş grubunda, %36,2'si 40-59 yaş grubunda ve %21,1'i de 60 yaş ve üzerinde idi (Min-Max;20-91). Araştırma grubunun yaş ortalaması 44.37 ± 16.03 'ti. Yetişkinlerin %30,5'i okuryazar değil veya ilkökul altında eğitimi vardı. %33'ü ilkökul, %26,4'ü orta veya lise ve %10,1'i yüksekökul eğitilmiş idi.

Erkeklerde boy ortalaması 170.58 ± 6.75 cm, kadınlarda boy ortalaması 156.77 ± 7.24 cm idi. Erkeklerde ortalama ağırlık 78.30 ± 13.38 kg kadınlarda ise 69.69 ± 14.28 kg idi. Erkeklerde BKİ 26.89 ± 4.23 , kadınlarda ise 28.46 ± 6.09 olarak anlamlı farklılık göstermekte idi ($p<0.05$). Erkeklerde bel kalınlığı 95.17 ± 12.67 cm, kadınlarda ise 93.14 ± 15.62 cm idi. İki ölçüt farklılık göstermekte idi ($p<0.05$). Erkeklerin %23,4'nün BKİ 30 ve üzerinde (obez), kadınların ise %37,8'i 30 ve üzerinde beden kitle indeksine sahipti. 20-29 yaş grubunda obezite %6,9 iken 50-59 yaş grubunda %50,9'a çıkmakta ve 60 yaş üzerinde %36,9'a gerilemekteydi ($p<0.05$). Eğitimi olmayan grupta obezite %42,3 iken, lise mezununda %17,9'a ve yüksekökul mezununda %15,2'ye gerilemekteydi ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanların %43,3'ünde abdominal obezite mevcuttu. Bu ölçüt erkeklerin %40,9'unda 102 cm'nin üzerinde iken, kadınların %45,6'sında 88 cm üzerinde idi. İki grup arasında farklılık yoktu ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına girenlerin trigliserit ortalamaları 194.52 ± 112.46 ve kadınlarda 164.08 ± 101.23 olarak farklı şekilde elde edildi ($p<0.05$). Erkeklerde hipertrigliseridemi (150 mg/dl üzeri) %56,7, kadınlarda ise %43,1 idi. 20-29 yaş grubunda %34,6 olan hipertrigliseridemi, 50-59 yaş grubunda %64,1'e çıkmakta idi ($p<0.05$). Hipertrigliseridemi ilkökul eğitimi almışlarda %50,7 iken yüksekökul mezunlarında %48 idi. Eğitim durumu ile hiperlipidemi görülme sıklığı arasında bir ilişki yoktu ($p>0.05$). Erkeklerde total kolesterol ortalaması

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

178.01±33.79 iken, kadınlarda 181.06±43.82 idi. Erkeklerde hiperkolesterolemi sıklığı %24,4 iken, kadınlarda %26,6 ile farklılık göstermemekte idi ($p>0.05$). Yaş arttıkça hiperkolesterolemi görülme sıklığı da artmakta idi ($p<0.05$). Okuryazar olmayan veya ilkokulu bitirmeyenlerde hiperkolesterolemi sıklığı (%36,7) daha üst eğitime sahip olanlara göre farklılık göstermekte idi ($p<0.05$).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Yarı kırsal bir bölgede yaşayan 20 yaş üzeri erkeklerde obezite %23,4, kadınlarda ise %37,8'i olarak bulunmuştur. Türkiye'de TEKHARF çalışmasında yetişkin erkeklerde obezite %18,7, kadınlarda ise %38,8 olarak bulunmuştur. Battalgazi çalışması ile Türkiye geneli için verilerden kadına ilişkin oran benzerlik gösterirken erkeklerde bu çalışmada daha yüksek bir sonuç bulunmuştur.³ Benzer bir bölgesel çalışmada (Elazığ Baskil ilçesi) on yıl önceki döneme ait verilere göre erkeklerde obezite %12 kadınlarda %31,6 ile daha düşük bulunmuştur.⁴ Bu çalışmada erkeklerde bel çevresi ortalama 95,2 cm ve kadınlarda ortalama 93,1 cm olarak bulunmuştur. Türkiye geneli için verilen ortalamalarla karşılaştırıldığında bel çevresi 94,2, kadınlarda 90,8 cm ile benzerlik göstermektedir.⁴

Araştırmada erkeklerin %56,7'sinde kadınların ise %43,1'inde parmak ucu kapiller kanda hipertrigliseridemi (150 mg/dl ve üstü) bulunmuştur. Türkiye genelinde trigliserit düzeyi 151 mg/dl ve üzerinde %25 olarak elde edilmiştir.⁴ Farklılığın sebebi bu çalışmanın sabahları saat 09-11 arasında yapılması ve katılımcıların aç olarak kan vermemesi ile ilgili olabilir. Bu araştırmada 200 mg/dl ve üzerinde kolesterol erkeklerde %24,4 ve kadınlarda ise %26,6 olarak bulunmuştur. Erişkin erkeklerde ortalama 178.0 mg/dl iken, kadınlarda 181.1mg/dl idi. Baskil ilçesi çalışmasında erkeklerde ortalama 195,8 kadınlarda 197,5 olarak daha yüksek bulunmuştur.³ Türkiye geneli için bildirilen verilere göre ise erkeklerde kırsal total kolesterol ortalaması 181,4 mg/dl ve kadınlarda 188 mg/dl ile bu çalışma verilerine az da olsa farklılık göstermektedir. Kadınlarda farklılık daha belirgindir. Bu farklılık ölçüm yılı, zamanı ve bölgesel farklılıklardan kaynaklanabilir.

Sonuç olarak, obezite, hipertrigliseridemi dikkat çekici olarak yüksek bulunmaktadır. Hiperkolesterolemi görülme sıklığı ise yaşla birlikte artış göstermektedir. Kırsal bölgelerde yetişkinlerin kendi sağlıkları konusunda farkındalık yaratılması açısından bu tür taramalar önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, hipertrigliseridemi, hiperkolesterolemi, yetişkinler

Kaynaklar

1-Keith Tons: Health Promotion, Health Education And Public Health.. Oxford Textbook Of Public Health. Oxford Univesitiy Press. 4 th edition vol.2. 2002 pp 829-861.

2-Wing RR, Matthews KA, Kuller LH and et all. Waist to hip ratio in middle-aged women: Assosiation with behavioral and psychosocial factors and with changes in cardiovascular risk faktors. Arterioscler Thromb.1991 sept-oct. 11(5):1250-7

3- Açıık Y, Sezer RE.:Elazığ'ın Baskil İlçe Merkezinde Hiperlipidemi üzerine bir çalışma. İç Hastalıkları dergisi, 1997 4(6); 376-382

4-Onat A, Sansoy V, Soydan İ, Tokgözoğlu L, Adalet K.: TEKHARF: Türk erişkinlerinde kalp sağlığı, risk profili ve kalp hastalığı. Ohan Matbaacılık 2000, ss 34-70

357

MALATYA İL MERKEZİNDE SAĞLIK OCAKLARINA BAŞVURAN OBEZ HASTALARDA HİPERTANSİYON İLE MİKROALBUMİNÜRİ İLİŞKİSİ

Erkan Pehlivan, Güray Özen, Gülsen Güneş, Hülya Taşkapan, İbrahim Şahin, Metin Genç, Çiğdem Öz

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

Giriş ve Amaç: Obezite vücutta anormal miktarda yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Obezite ile birlikte seyreden hipertansiyon hedef organ böbrekler üzerinde ciddi hasara yol açabilmektedir¹. Erken evrede böbreğin etkilendiğini gösteren ölçüt idrarda mikroalbuminüri görülmesidir. Böbrek yıkımını engellemek için erken evrede tanı oldukça önemlidir. Bu araştırmanın amacı birinci basamakta obez hastaların hipertansiyon durumu ile mikroalbuminüri arasındaki ilişkiyi hızlı sonuç veren bir teknikle analiz etmektedir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tipte analitik bir çalışmadır. 2010 Yılı Nisan -Temmuz döneminde 25 sağlık ocağına başvuran 40 yaş üzeri BKİ 30 ve üzeri olan 116'sı erkek, 306'sı kadın 422 hasta üzerinde yapılmıştır. 25 Kümenin 21'ine ulaşıldı ve her kümeden 20 hasta çalışma kapsamına alındı.

Hastalara sosyo demografik ve sağlık-hastalık özelliklerini sorgulayan anket uygulandıktan sonra sistolik ve diastolik kan basınçları 10 dakika istirahati takiben oturur pozisyonda sağ koldan, kol kalp düzeyinde olacak şekilde sfingo-manometre (civalı) kullanılarak 5 dakika ara ile iki defa ölçüldü. İki ölçüm ortalamasına göre sistolik kan basıncı 140 mm/Hg üzeri ve/veya diastolik kan basıncı 90 mm/Hg ve üzeri olanlar hipertansiyonlu kabul edildi.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, idrarda mikroalbuminüri ve makroalbuminüri, bağımsız değişkenleri ise sistolik ve diastolik hipertansiyonda hastalık süresi olarak alındı.

Hastalardan sağlık ocağında idrar örneği alındı. Taşınabilir Nyconard Reader II cihazı ile spot idrar örneğinde mikroalbuminüri ölçümü bir araştırmacı tarafından yapıldı. 5 dakika süren ölçüm sonucu 30 mg/lt'den düşük değerler normal, 30-200 mg/lt arası mikroalbuminüri, 200 mg/lt üzeri ise makroalbuminüri olarak kabul edildi.

Araştırma kapsamına giren hastalardan rastgele seçilen 12'si kadın ve 8 erkek toplam 20 obez hastadan alınan idrar örnekleri ayrıca Turgut Özal Tıp Merkezinin laboratuvarında analiz ettirilmiştir. Referans test sonuçları ile Nycocard Reader II cihazı sonuçları karşılaştırıldı, yeni testin duyarlılığı %93.75, seçiciliği ise %100 olarak yüksek düzeyde bulundu.

Veriler SPSS 15,0 istatistik paket programında değerlendirildi ve Verilerin analizinde ki-kare testi ve spearman's rho korelasyon analiz testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırma kapsamına girenlerin % 27.5'i erkek, %72.5'i ise kadındı. Katılımcıların %46.4'ü 40-49 yaş grubunda, %27.7'si 50-59 yaş grubunda, %16.6'sı 60-69 yaş grubunda ve % 9.7'si ise 70 yaş ve üzerinde idi. Örnekte yaş ortalaması 52.9 ± 10.9 idi. Katılımcıların %26.3'ü okur-yazar değildi. %78'i evli, %52.1'i ev hanımı, % 21.1'i emekli, % %17.1'i serbest çalışan, %9.7'si memur ve % 5.7'sinin ise her hangi bir sigortası yoktu.

Hastaların %49.5'i (209 kişi) sistolik ve/veya diastolik hipertansiyonu vardı. Araştırma grubunun genelinin % 31.5'inde (133 kişi) idrarda mikroalbuminüri, %6.6'sında ise makroalbuminüri (28 kişi) bulundu. Bu oranlar erkeklerde % 28.4 ile %7.8 iken, kadınlarda %32.7 ile %6.8 olarak istatistiksel olarak farklılık göstermeyecek ($p>0.05$) şekilde değişmekte idi. Hipertansiyonlu hastaların ise %37.8'inde mikroalbuminüri, %11'inde ise makroalbuminüri tespit edildi.

Sistolik kan basıncı 140-159 mm/Hg arasında olan (%23.7) hastaların %42'sinde mikroalbuminüri, %6.0'sında makroalbuminüri, sistolik kan basıncı 160-179 mm/Hg arasında (%7.1'i) olanların %40.0'ında mikroalbuminüri, % 6.7'sinde makroalbuminüri, sistolik kan basıncı 180-199 mm/Hg arasında (%3.1) olanların, %30.8'inde mikroalbuminüri, % 38.5'inde makroalbuminüri, sistolik kan basıncı 200 mm/Hg üzerinde olan (%1.9) hastaların ise, %37.5'inde mikroalbuminüri ve %62.5'inde ise makroalbuminüri tespit edildi. Obez hastaların sistolik kan basıncı düzeyleri ile mikro ve makroalbuminüri düzeylerine dağılımları istatistiksel olarak farklılık göstermekte idi ($X^2 = 73.935$, $SD=6$, $P> 0.05$).

Diastolik kan basıncı 90-99 mm/Hg arasında olan (%10.7) hastaların % 33.3'ünde mikroalbuminüri, %8.9'unda makroalbuminüri, diastolik kan basıncı 100-109 mm/Hg arasında olan hastaların %51.2'sinde mikroalbuminüri, %12.2'sinde makroalbuminüri ve diastolik kan basıncı 110 mm/Hg ve üzerinde olan hastaların ise % 47.4 ünde

mikroalbuminüri, %36.8'inde ise makroalbuminüri tespit edilmiştir. Obez hastaların diastolik kan basıncı ile mikroalbuminüri ve makroalbuminüri düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($X^2=53.400$, $SD=6$, $p<0.05$).

Obez hastalarda sistolik kan basıncı düzeyleri ile mikroalbuminüri düzeyleri arasında korelasyon $r=0.232$ olarak edildi ve pozitif yöndeki bu ilişki anlamlı idi ($p=0001$). Diastolik kan basıncı düzeyleri ile mikroalbuminüri düzeyi arasındaki korelasyon $r=0.245$ olarak bulundu ve pozitif yöndeki bu ilişki anlamlı idi ($p=0001$). Hastalık (hipertansiyon) süresi ile mikroalbuminüri düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde farklılıklar göze çarpmaktaydı. Araştırma kapsamına giren ve 1-5 yıl arasında hipertansiyon hastası olanların %36.7'sinde (44 kişi) mikroalbuminüri, %8.3'ünde (10 kişi) makroalbuminüri; 6-10 yıl arasında hipertansiyon hastası olanların %33.3'ünde (14 kişi) mikroalbuminüri, %9.5'inde (4 kişi) makroalbuminüri; 11-15 yıl arasında hipertansiyon hastası olanların %40.7'sinde (11 kişi) mikroalbuminüri, %11.1'inde (3 kişi) makroalbuminüri ve 16 yıl ve üstünde hipertansiyon hastası olanların ise %50'sinde (10 kişi) mikroalbuminüri, %30'unda (6 kişi) makroalbuminüri görülmekteydi. Hipertansiyon hastalığının süreleri ile mikroalbumin düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($X^2=13.2$, $SD=6$, $p<0.05$). Hastalık süresi ile mikroalbuminüri düzeyleri arasındaki ilişki $r=0.152$ olarak düşük düzeyde elde edilmesine karşılık, ilişki anlamlı idi ($p=0.002$).

Araştırma kapsamına giren hipertansiyonlu hastaların %84.2'si düzenli olarak antihipertansif ilaç kullanmaktaydı. Antihipertansif ilaç kullananların %33.5'inde mikroalbuminüri, %11.4'ünde makroalbuminüri görülmekte iken; antihipertansif ilaç tedavisi kullanmayan hipertansiyon hastalarının %60.6'sında mikroalbuminüri, %9.4'ünde makroalbuminüri görülmekteydi. Antihipertansif ilaç kullanma durumu ile idrarda mikroalbumin görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktaydı ($X^2=8.864$, $SD=2$, $p<0.05$).

Tartışma, sonuç ve öneriler: Mikroalbuminüri sıklıkla hipertansiyona eşlik edebilir ve böbrekler için bir risk faktörüdür². Parving ve arkadaşları mikroalbuminüriyi, 1974 yılında diabet hastası olmayan hipertansif hastalarda ilk defa rapor etmiştir². Bu çalışmada hipertansiyon hastalığı olan obez hastalarda %37.8 oranında mikroalbuminüri, %11.0 oranında makroalbuminüri görülmüştür. Bessie ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 2969 kişi üzerinde yapmış olduğu çalışmada mikroalbuminüriyi %24.6, makroalbuminüriyi ise %6.3 oranında tespit etmiştir³.

Hipertansiyon ile mikroalbumin düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Trakya Üniversitesi Nefroloji Anabilim Dalı'nın 1999 yılında yaptığı bir çalışmada 30 yaş üstü hipertansiyonlu hastalarda mikroalbuminüri prevalansını %32 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada SKB ve DKB düzeyi arttıkça makroalbuminüri görülme sıklığı ciddi bir şekilde artmaktadır⁴. SKB ve DKB seviyesi ile mikroalbumin düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Bu çalışmada 1-5 yıl arasında hipertansiyon hastası olanların %36.7'sinde mikroalbuminüri, %8.3'ünde makroalbuminüri; 11-15 yıl arasında hipertansiyon hastası olanların %40.7'sinde mikroalbuminüri, %11.1'inde makroalbuminüri; 16 yıl ve üstünde hipertansiyon hastası olanların %50'sinde mikroalbuminüri, %30'unda makroalbuminüri görülmektedir. 16 yıl ve üstünde hipertansiyon hastası olanların mikroalbuminüri ve makroalbuminüri görülme olasılığı anlamlı derecede artmaktadır ($p<0.05$). Hitha ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da hipertansiyon süresi ile mikroalbumin düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır⁵.

Bu çalışmada antihipertansif ilaç kullananların %33.5'inde, kullanmayanların ise %60.6'sında idrarda mikroalbuminüri görülmesi anlamlı derecede farklıdır. İlaç kullananların %11.4'ünde, ilaç kullanmayanların ise %9.4'ünde makroalbuminüri görülmüştür. Hipertansif ilaç kullanma idrarda makroalbuminüri görülmesini etkilememektedir.

Sonuç olarak; obezite ile birlikte hipertansiyon varlığı mikroalbuminüri ve makroalbuminüri görülme sıklığını artırmaktadır. Sistolik, diastolik kan basıncı ve hastalık süresi ile mikroalbuminüri düzeyi anlamlı korelasyon göstermektedir. Bu nedenle birinci basamakta basit tetkiklerle hipertansiyon hastalığı olanların düzenli olarak idrarda mikroalbuminüri takibinin yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, hipertansiyon, mikroalbuminüri

Kaynaklar:

1. World Health Organization: Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, World Health Organ Tech Rep Ser. 2000; 894:1-253.
2. Ahmadani MY, Fawwad A, Basit A, Hydrie ZI. Microalbuminuria prevalence study in hypertensive patients with type 2 diabetes in Pakistan. J Ayub Med Coll Abbottabad. Jul-Sep; 2008; 20(3):117-20
3. Bessie A. Young, Wayne J. Katon, Michael Von Korff, Greg E. Simon, Elizabeth H. B. Lin, Paul S. Ciechanowski, Terry Bush, Malia Oliver, Evette J. Ludman, Edward J. Boyko. Racial and ethnic differences in microalbuminuria prevalence in a diabetes population: The pathways study. J Am Soc Nephrol, 2005; 16: 219–28
4. Şen S, Altun G.D, Çiftçi Ş. Mikroalbuminüri esansiyel hipertansiyonda sistemik ve renal endotel etkilenme göstergesi midir? Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi/Office Journal of the Turkish Nephrology, association, 1999,2:74-78.
5. Hitha B, Pappachan J.M, Balachandran Pillai H, Sujathan P, Ramakrishna CD, Jayaprakash K, Raihanathul Misiriya KJ. Microalbuminuria in patients with essential hypertension and its relationship to target organ damage: An Indian Experience. Saudi Journal of Kidney Diseases and transplantation, 2008;19(3):411-19.

441

MANİSA BARBAROS ASM BÖLGESİNDE 45 YAŞ ÜSTÜ KADINLARDA HİPERTANSİYON SIKLIĞI VE HİPERTANSİYON SIKLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Selçuk Hatipoğlu, Beyhan Cengiz Özyurt

Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı A.D.

Giriş ve Amaç: Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde bir numaralı risk faktörüdür. Yapılan bir çalışmada dünya genelinde 2000 yılındaki hipertansiyon prevalansı %26.4 olarak hesaplanmıştır(1). “Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri” (TEKHARF) çalışma bulgularına göre 1990 yılında erişkin yaş kadınlarda hipertansiyon prevalansı %16.0 bulunmuş, 2001-2002 yıllarındaki taramalarda ise bu oran %49.1 olarak saptanmıştır (2,3). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 2004 yılında 26 ilde yaptığı “Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması” nda (Patent) kadınlarda hipertansiyon prevalansı %36.1 olarak bulunmuştur(4). Menopoz öncesi kadınlarda hipertansiyon nadirdir. Hipertansiyon, post menopozal kadınlarda oldukça siktir ve bu dönem kadınlarda KV hastalıklar için riskli bir dönemdir. Hipertansif kadınlarda normotansif kadınlara göre koroner arter hastalığı (KAH) ve iskemik serebrovasküler olay oluşma riski belirgin olarak artmaktadır. Yapılan çalışmalarda özellikle 50 yaş üstü kadınlarda hipertansiyon sıklığının belirlenmesi ve tedavinin başlatılmasının gözle görünür bir yarar sağladığı bulunmuştur (5). Bu çalışmada Manisa'da yarı kentsel bir bölge olan Barbaros ASM bölgesinde 45 yaş üzeri kadınlarda hipertansiyon prevalansını belirlemek ve hipertansiyon sıklığını etkileyen faktörleri açıklamak amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma 23.02.2012 – 02.03.2012 tarihleri arasında Barbaros Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın evreni Barbaros ASM bölgesinde yaşayan 45 yaş üzeri toplam 1282 kadından oluşmaktadır. Araştırmada ulaşılmaması gereken örnek büyüklüğü Epi İnfö bilgisayar istatistik programında %35 prevalans, %95 güven aralığında 420 kadın olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya girecek kişiler küme örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Her kümede 10 kadın yer alacak şekilde toplam 42 küme planlanmıştır. Küme başları olacak haneler Sağlık Müdürlüğü Bilgi İşlem ve İstatistik şube ASM kayıtlarından rastgele olarak belirlenmiştir. Her bir kümede rastgele belirlenmiş olan küme başı haneden başlanarak ve 2 ev atlanarak 10 hane ile görüşülerek bir küme tamamlanmıştır. Eğer evde birden fazla 45 yaş üstü kadın varsa, doğum tarihi en küçük olan çalışmaya alınmıştır. Çalışmanın verileri yapılandırılmış anket

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

formu aracılığıyla kadınların evlerinde sözel onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anketin yapıldığı hanede ziyaretçi olanlar ve anket sorularını anlamaya ya da açık ve net cevaplar vermeye engel olacak düzeyde kognitif bozukluğu olanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Anket formu sosyodemografik özellikler, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı, sağlık hizmet kullanımı, beslenme durumu, fizik aktivite varlığı, alışkanlıklar (sigara ve alkol kullanımı) ile ilgili sorular oluşmuştur. Kan basıncı ölçümü Erka marka kan basıncı ölçüm aletiyle kadın oturur vaziyette ve 5 dk. dinlendirildikten sonra yapılmıştır. Kan basıncı yüksek olarak saptananlarda kontrol amaçlı bir ölçüm daha yapılmıştır. Kan basıncı 140/90 mmHg ve üzeri olarak saptananlar hipertansif olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkenleri daha önce hipertansiyon tanısı alma ve ölçüm değerine göre hipertansiyon olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler yaş, medeni durum, eğitim durumu, evde yaşayan kişi sayısı, eşin işi, eşin eğitimi, göç varlığı, göç edilen bölge, göç süresi, eşlik eden hastalık ve ilaç kullanımı, sigara, alkol kullanımı, fizik aktivite yapma durumu ve sıklığı, tuz kullanımı, tuzlu yiyecek tüketimi ve sıklığı, meyve, sebze tüketimi, yağ tüketimi, sağlık hizmet kullanımı olarak belirlenmiştir. Veriler tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi ve Logistic Regression analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan Barbaros ASM bölgesindeki kadınların yaş ortalaması 57.8±10.8 dir. Araştırmaya katılan kadınların %46.2'si örgün eğitim almamış, %69.9'u evli, %95.7'sinin gelir getiren bir işte çalışmadığı, %13.5'inin sağlık güvencesinin olmadığı, %42.4'ünün gelirinin giderinden az olduğu ve %10.7'sinin bölgeye göçle geldiği saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %35.5 inin (n=150) daha önce hipertansiyon tanısı konulduğu ve tedavi aldığı saptanmıştır. Daha önce hipertansiyon tanısı bulunmayan kadınların %36.0'sinin (n=98) araştırma sırasında kan basınçları yüksek olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %58.8'i hipertansif olarak saptanmıştır. Hipertansiyon tanısı olan ve halen tedavi alan kadınların %67.3'ünün kan basınçları araştırma sırasında yüksek olarak saptanmıştır. Hipertansiyon sıklığının 45-55 yaş grubunda %46.0, 55-65 yaş grubunda %69.2 ve 65 yaş üstünde %71.8 olup yaşla arttığı saptanmıştır. Daha önce hipertansiyon tanısı aldığını belirten kadınların %68'i hipertansiyon izlemleri için bağlı bulunduğu Aile Sağlığı Merkezini (ASM) kullandığı saptanmıştır. Eğitim almamış, eşlik eden hastalığı olan, kilolu-obes olarak saptanan, yalnız yaşayan kadınlarda hipertansiyon sıklığı daha yüksek saptanmıştır (p<0.05). Sigara, alkol kullanımı, beslenme alışkanlığı, tuz tüketimi ve fizik aktivite durumu ile hipertansiyon varlığı arasında ilişki saptanamamıştır. Çok değişkenli analizlerde hipertansiyon sıklığını en çok etkileyen değişkenlerin yaş ve eşlik eden hastalık varlığı olduğu saptanmıştır.

Tartışma : Çalışmamızda hipertansiyon sıklığı %58.8 olarak bulundu. Yaş artıkça hipertansiyon sıklığının arttığı saptandı. Yapılan çalışmalarda bunu destekler nitelikte yaşla hipertansiyonun sıklığının arttığını göstermektedir (5). Ülkemizde kadınlarda hipertansiyon sıklığı TEKFARF çalışmasında %49.1, PatenT çalışmasında %36.1 olarak saptanmış olup araştırma bölgemizde saptanan hipertansiyon sıklığı her iki çalışmadan da daha yüksek bulunmuştur(3,4). Bu fark çalışmamızın yaş grubunun her iki çalışmadan da yüksek olması nedeniyle olabilir. Yapılan çalışmalarda post menopozal kadınlarda hipertansiyonu tetikleyen en önemli faktörlerin obezite, fiziksel egzersiz yokluğu ve diyetle fazla

miktarda tuz alımı olduğu bulunmuştur (6). Çalışmamızda hipertansiyon sıklığını artırdığı bilinen yaşam tarzı ve alışkanlıklardan sadece kilolu-obes olma hipertansiyon ile ilişkili faktör olarak saptanmıştır(7). Çalışmamızda hipertansiyon tanısı ve tedavisi alan kadınların %67.3'ünün kan basınçlarının yüksek olarak saptanması hipertansiyon tedavisine uyumda bölgede önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Bu kadınların büyük çoğunluğu (%68) hipertansiyon izlemleri için ASM'ni kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular eşliğinde ASM'de kronik hastalık izlemlerinin yeniden düzenlenmesi, hedef grupların belirlenmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz. Bölgede hipertansiyon konusunda farkındalığı artırılması, tuz tüketiminin azaltılması, obezitenin önlenmesi ve fizik aktivitenin artırılması gibi kapsamlı sağlıklı geliştirici programlarının yürütülmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Hipertansiyon, kadınlar, hipertansiyon sıklığı

Kaynaklar:

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005; 365:217-223

2. Onat A, Şenocak M, Örnek E, ve ark. Türkiye'de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması: 5 hipertansiyon ve sigara içimi (Türk Kardiyoloji Derneği ve T.C Sağlık Bakanlığı ortak taraması). Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 1991; 19: 169-177.
3. A. Onat ,V. Sansoy , G . Hergenç ,İ. Soydan ,K .Adalet.TEKHARF 2005 Sayfa:60-71
4. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması,http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf Erişim tarihi:18.06.2012
5. Yurdakul S, Aytekin S. Kadınlarda hipertansiyon, Türk Kardiyoloji Dern Arş - 2010;38 Suppl 1:25-31
6. Rossi R, Nuzzo A, Origliani G, Modena MG. Metabolic syndrome affects cardiovascular risk profile and response to treatment in hypertensive postmenopausal women. Hypertension. 2008;52:865-872.
7. Marmot M, Elliott P. Coronary Heart Disease Epidemiology: From Aetiology to Public Health, 2nd Edition, ABD: Oxford University, 2005

648

MERSİN İL MERKEZİNDE YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖZÜRLÜLERE YÖNELİK DÜZENLEMELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Öner Kurt¹, Ahmet Coşkun², Pınar Yatkın², Ergün Bahadırhan Karkın²

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Giriş ve Amaç: Özürülülerin sağlık durumlarının devamlılığını sürdürmede çevre faktörlerinin ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin yeri büyüktür. Özürülülerin şu anki sağlık durumları aslında istenilen düzeyde değildir, daha sağlıklı bir durumda olmaları ve sağlık bakım hizmetlerinden ayrımcılığa uğramadan yüksek standartlarda yararlanmaları gereklidir.¹ Buna karşın özürülüler yaşamın birçok yerine kısıtlandıkları gibi temel haklarından biri olan sağlık hizmetine ulaşma ve yararlanma konusunda da birçok sıkıntı çekmektedir.^{2,3}

Bu çalışma ile Mersin İl Merkezindeki yataklı sağlık kuruluşlarının özürülüler için engelsizlik durumunun yapısal teknik boyutu ve uygulamalar açısından yürürlükteki mevzuata göre değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kesitsel tiptedir. Mersin İl merkezinde hizmet veren 6'sı özel 4'ü kamu olmak üzere toplam 10 yataklı sağlık kuruluşu araştırma evreni olarak kabul edildi. Bütün hastanelerin çalışmaya alınması kararlaştırıldı. Bu çalışmada, Mersin'deki yataklı sağlık kuruluşlarının engelsizlik durumunu değerlendirmek için halen yürürlükteki mevcut mevzuata^{4,5} göre hastanelerin özürülülere yönelik sağlık hizmeti sunumunda yerine getirmesi zorunlu teknik donanım ve uygulamalara ilişkin 16 maddelik bir kontrol listesi hazırlandı. İl merkezindeki 10 hastanelerden bir özel sağlık kuruluşu çalışmaya katılmayı reddetti. Çalışmaya, 4'ü kamu ve 5'i özel olmak üzere dokuz hastane alındı. Çalışmanın verileri Ocak 2012 tarihinde toplandı. Çalışma öncesinde her hastanenin yöneticisi veya başhekiminden çalışma için sözel olarak izin alındı.

Kurumlarda veriler için gerekli ölçümler araştırmacılar tarafından standart olarak ve aynı metre yardımıyla yapıldı. Hastanelerde mevzuata göre olması gereken şartlar açısından; kapı genişlikleri, koridor genişlikleri, asansör kapı genişlikleri, merdiven basamak genişlikleri ve basamak riht yükseklikleri, merdiven sahanlık genişlikleri, rampa yüksekliği ölçüldü. Ölçüm yapılamayan sorular için hastane yöneticilerinden bilgi alındı.

Veriler bilgisayara girildi. Hazırladığımız kontrol listesindeki "mevzuata uygun olan" her madde "bir puan" olarak değerlendirildi. En düşük=0 ve en yüksek = 16 puan alabilecek şekilde dokuz hastane için puanlama yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde MedCalc v. 12.1.4 paket programından yararlanıldı. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler ve kamu ile özel hastanelerin engelsizlik durumu ortalama puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U analizi kullanıldı.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Mersin İl Merkezinde yer alan yataklı tedavi kurumlarının engelsizlik durumlarının 16 alt başlık üzerinden değerlendirildiği bu çalışmaya dört kamu ve beş özel olmak üzere toplam dokuz hastane alındı. Bu tedavi kurumlarının engelsizlik durumları 16 puan üzerinden değerlendirildiğinde ortalama puan 10.1 ± 1.9 (7-13) iken bu puanın kamu hastanelerinde 9.5 ± 1.3 (8-11), özel hastanelerde ise 10.6 ± 2.3 (7-13) ($p=0.425$) olduğu saptandı.

Hastanelerin engelsizlik durumlarına ilişkin sorulardan olumlu yanıtların sayıları “kamu+özel=toplam” şeklinde sırasıyla aşağıdaki gibidir. Bütün yükseltelerde rampa ve yüksekliği uygun olanlar $2+2=4$, koridorların genişliği yeterli olanlar $4+5=9$, kapı genişlikleri uygun olanlar $4+5=9$, tutunma yerleri var olanlar $2+2=4$, merdiven rıht yüksekliği uygun olanlar $3+5=8$, merdiven basamak genişliği uygun olanlar $3+4=7$, sahanlık ölçüleri yeterli olanlar $4+5=9$, her poliklinik katında tuvalet olanlar $3+2=5$, özürli hasta odalarının hepsinde tuvalet olanlar $1+5=6$, asansör kapıları uygun olanlar $3+5=8$, işaret dili bilen personel mevcut olanlar $1+1=2$, hastanede takip izi tam olanlar $0+1=1$, öncelik tabelaları var olanlar $3+4=7$, önemli bilgileri Braille alfabesi ile yazılmış olanlar $0+2=2$, özürli hasta için otopark yeri olanlar $4+4=8$, özürli personel için otopark yeri olanlar $1+0=1$.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Kara ve arkadaşları³ Konya'daki birinci basamak sağlık kuruluşlarından 24/28'inin girişinde rampa bulunmadığını bildirmektedir. Çalışmamızda da hastanelerin 5/9'unda rampanın yetersiz olması özellikle ortopedik özürli hastaların sağlık hizmetine ulaşmakta daha binanın girişinde zorlandığını göstermektedir. Bu sorun özel hastanelerimizde daha fazladır.

Merdiven rıht yüksekliğinin hastanelerin 1/9'unda; basamak genişliğinin de hastanelerin 2/9'unda uygun olmaması özellikle tekerlekli sandalyeden bağımsız ortopedik özürli hastalar için merdiven inme ve çıkma sürecinde önemli bir sorun oluşturmaktadır.

Kara ve arkadaşları³ Konya'daki birinci basamak sağlık kuruluşlarından hiçbirisinde özürli için tuvalet bulunmadığını bildirmektedir. Çalışmamızda da hastanelerin 4/9'unda her poliklinik katında özürli tuvaleti bulunmamaktadır ve bu eksiklik özellikle özel hastanelerde daha fazla ön plandadır. Ayrıca özürli her zaman hasta olarak değil bazen hastaneye yakınları ile birlikte geldiklerinde veya yakınlarını ziyarete geldiklerinde kullanımları için poliklinik katlarında özel tuvaletlerin bulunması gerekmektedir. Tamamı kamu hastanesi olmak üzere hasta odalarının 3/9'unda da tuvalet bulunmaması özürli hastaların, tedavi aldıkları odalarında dahi gerekli ihtiyaçlarını karşılamasını engellemektedir.

Asansör kapı genişliği hastanelerimizin 8/9'unda uygun bulunmuştur. Özel hastanelerimizin tümü bu koşulu sağlarken kamu hastanelerinin çoğunluğu da bu şartı sağlamaktadır. Sadece bir adet kamu hastanesinde asansör kapı genişliği uygun değildir. Tekerlekli sandalyenin girmedığı asansöre özürli hasta da binemeyecek dolayısıyla o kattaki sağlık hizmetine bu yolla ulaşamayacaktır.

Bakırcı ve arkadaşları² işitme-konuşma özürlilerin %52.6'sının iletişim kurmak konusunda zorluk yaşadığını bildirmektedir. Çalışmamızda da işaret dili bilen personel hastanelerimizin sadece 2/9'unda bulunmaktadır. Bu sorun kamu ve özel hastanelerimizin çoğunda ortaktır. Bu durumda işitme özürli hastaların hastanelerde hizmete ulaşması zor olmakta, hekime ulaşsa bile sorunlarını tam ve doğru olarak anlatmasında aksaklıklar yaşanabilmektedir.

Hastanelerin sekizinde takip izi bulunmaması, yedisinde de tabelalarda Braille alfabesi ile olması gereken açıklamaların olmaması görme özürli hastaların yanlarında mutlaka bir kişinin bulunmasını gerektirmektedir.

Özürlilere tanınan öncelikleri gösteren tabelaların hastanelerimizin 7/9'unda bulunması özürli kendilerine tanınan önceliklere daha rahat ulaşabilmesi açısından önemli ve yerindedir.

Özürlilerin araçlarına inme ve binmelerini kolaylaştıran özel otopark yerleri hastanelerin çoğunda varken sadece bir hastanede özürli personel için özel otopark bulunması, özürli personel için otopark açısından yetersizliği göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler: Hastanelerin; 8/9'unda takip izi, 8/9'unda personel için özel otopark yeri, 7/9'unda işaret dili bilen personel, 7/9'unda Braille alfabesi, 5/9'unda rampa, 5/9'unda tutunma yerleri, 4/9'unda her poliklinik

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

katında özürlü tuvaleti, 3/9'unda özürlü hasta odalarında katında özürlü tuvaleti, 2/9'unda merdiven basamak genişliği, 2/9'unda öncelik tabelaları, 1/9'unda merdiven riht yüksekliği, 1/9'unda asansör kapı genişliği ve 1/9'unda hasta için özel otopark yeri konularında eksiklikler olduğu, bunların yanında bütün hastanelerde koridor genişliklerinin, merdiven sahanlık genişliği ve tüm kapı genişliklerinin standartlara uygun olduğu saptandı. Mevcut eksiklikler hem kamu hem de özel hastanelerde benzerdi.

Özürülerimizin yaşama daha fazla tutunması, mevcut engellerinin yaşamlarını daha fazla kısıtlamaması ve sağlık hakkından mahrum kalmamaları için; sağlık kurumlarındaki teknik donanım ve uygulamalardaki mevcut eksiklikler en kısa sürede tamamlamalı ve bu konuda denetlemeler artırılmalıdır.

Kaynaklar:

1. World report on disability 2011. WHO.
2. Bakırcı N, Altuntaş EE, Sülün S, Çalhan D, Öz E, Kurt S, Çiftçi A. Özürülerin sağlık hizmetlerine ulaşmadaki zorlukları: Ön çalışma. Kent ve Sağlık Sempozyumu, Bursa 7-9 Haziran 2006; p.185-6.
3. Kara F, Sarı O, Zengin N. Konya'daki birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarının bedensel engellilerin hizmet alımına uygunluk durumu. Kent ve Sağlık Sempozyumu, Bursa 7-9 Haziran 2006; p.381.
4. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 07/12/2010 tarih ve 2010/79 sayılı "Özürü kişilere yönelik sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin genelge".
5. Hastane hizmet kalite standartları. TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara 2011.

Anahtar kelimeler: Özürü, hastane, sağlık hizmetlerine ulaşma

356

MİYOKARD INFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARIN ÖNCEKİ YAŞAM BİÇİMİ

Aysun Perim Ketenciler

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Bu araştırma, miyokard enfarktüsü geçiren hastaların önceki yaşam biçimi davranışlarını tespit etmek ve bu davranışların miyokard enfarktüsü üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma bir devlet hastanesinde nisan-eylül 2012 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini kardiyoloji ve kalp-damar cerrahisi polikliniklerine başvuran, miyokard enfarktüsü geçirmiş tüm hastalar, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen, hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve sağlık, beslenme, spor, sigara-alkol kullanma ve kişilik yapısı gibi özellikleri sorgulayan sorular içeren anket formu kullanılmıştır. Veriler, bilgisayar ortamında SPSS programı kullanılarak değerlendirilmektedir.

Bulgular: Kalbimiz günlük ihtiyaçları karşılayacak performansta çalışabilmek için oksijene ihtiyaç duymaktadır. Kalbi ihtiyaç duyduğu oksijeni kalbin kendi damarları, yani koroner arterler taşırlar. Eğer koroner arterlerde bir tıkanıklık veya daralma söz konusu ise kalp yeteri kadar oksijen alamaz, beslenemez. Beslenemeyen kalp dokusu nekroze olur, işlevini yitirir ve kanı pompalayamaz hale gelir. Sonuç olarak ölümcül olabilecek bir tablo olan kalp krizi ortaya çıkar. Ülkemizde 1985 yılında meydana gelen ölüm nedenlerinin üçte birini (%33.6) kalp damar hastalıkları oluştururken, son yıllarda bu oran %45'e ulaşmıştır (1). Türk Kardiyoloji Derneği (TKD)

tarafından 1990 yılından bu yana yürütülen TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Koroner Risk Haritası ve Koroner Kalp Hastalığı) çalışmasının 10 yıllık izlem verilerine göre koroner arter hastalığının ülkemizdeki yıllık mortalitesi erkeklerde binde 7.1, kadınlarda ise binde 3.5'tür (2). Yaşam kalitesini düşüren ve ölüm nedenlerinin başında yer alan kalp damar hastalıklarının başlıca risk faktörleri; hipertansiyon (yüksek tansiyon), kanda atılmış LDL (düşük dansiteli lipoprotein) ve trigliserit düzeyleri, HDL (yüksek dansiteli lipoprotein)' nin düşük olması, yüksek homosistein düzeyleri, diyabet ve şişmanlıktır. Yetişkin nüfusumuzun yarıya yakını kalp damar hastalıkları riski altındadır. Kalp damar hastalıklarının oluşumunda başlıca nedenler; beslenmede doymuş yağların (katı yağlar, margarinler vb.), aşırı tuz tüketimi, saflaştırılmış (rafine) besinlerin yüksek; diyet posası ve antioksidant öğelerin (sebze ve meyve, tam tahıl ürünlerinin tüketiminin az olması) yetersiz olmasıyla birlikte, hareketsiz yaşam biçimi ve sigara kullanımıdır (1,3). Bu araştırma, hastaların önceki yaşam biçimi davranışlarının miyokard enfarktüsü üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda da hastaların beslenme şekillerinin, fiziksel aktivitelerinin, sigara ve alkol kullanma durumlarının ve sahip oldukları diğer kronik hastalıkların (kolesterol yüksekliği ve diabet gibi) miyokard enfarktüsü geçirme olasılığını arttıracığı düşünülmüştür.

Sonuç ve Öneriler: Sigara ve alkol tüketiminin olmaması ve günlük, düzenli olarak yapılan egzersizlerin, sağlıklı beslenmenin kalp krizi geçirme riskinin azalmasında önemli bir rol oynadığı, konu ile ilgili daha önceden yapılan diğer çalışmalarda ortaya konulmuştur. Sonuç olarak, halkın kalp ve damar hastalıklarından korunma konusunda bilinçlenmesi gerektiği ve gerekli eğitimlerin verilmesinin önemli olduğu ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: kalp krizi, yaşam biçimi davranışları, kolesterol

Kaynaklar:

- 1- TimuralpB: Kardiyoloji (ders kitabı) Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir.173-189, 1985
- 2- Onat A. Ve ark. (2010). TEKHARF 2009 taraması: Kırsal kesim ve kentlerde benzer kardiyovasküler ölüm riski. Türk Kardiyoloji dern.Arş., 38(3): 159-163
- 3- Enar, R. (2007). Temel Kardiyoloji Semiyoloji ve Kardiyovasküler Hastalıklar. Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 557-559

743

ROY ADAPTASYON MODELİ DOĞRULTUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN HİPERTANSİYON YÖNETİMİNE ETKİSİ

Dilek Kılıç, Nihan Türkoğlu, Derya Adıbelli, Raşan Çevik Akyıl, Sonay Bilgin, Hasret Yalçınöz Baysal

Atatürk Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Hipertansiyon, tüm dünyada önemli düzeyde morbidite ve mortaliteye yol açmasına karşın, önlenabilir ve kontrol altına alınabilir bir hastalık olması nedeniyle öncelik taşımaktadır. Dünyada 2000 yılı itibarıyla erişkin nüfusun %26,4'ünün hipertansiyonu olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29.2'ye çıkacağı öngörülmektedir. Bununla birlikte, halen 972 milyon insanın hipertansiyonu bulunmakta ve bu oranın 25 yıl sonra 1.5 milyarı aşacağı bildirilmektedir. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT) ve Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması (HinT) verileri, Türkiye'de hipertansiyonun son derece sık ancak yeterince tedavi edilmeyen bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Hipertansiyon kontrol oranı, tüm hipertansiflerde 2003 verilerine göre (PatenT) %8 iken, 2007 verilerine göre (HinT) %14'tür; antihipertansif tedavi alanlarda 2003 verilerine göre (PatenT) %20, 2007 verilerine göre (HinT) %27'dir. Tedavi yetersizliğinde önemli noktalardan birisi yaşam stili değişikliklerinin yeterince önerilmemesi ve bu nedenle hastalar tarafından yeterince yapılmamasıdır. Yaşam tarzı ve diğer çevresel etkenler hipertansiyonun ortaya çıkışını kolaylaştırır. Hareketsizlik, beslenme alışkanlıkları (tuzlu yemek, kalorisi yüksek, doymuş yağ oranı yüksek gıdaları daha çok

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

tüketmek), sigara ve alkol tüketimi gibi faktörler hipertansiyon gelişimini hızlandırır. İlaç tedavisinin yanı sıra iyi bir hastalık bilinçlendirmesi, yaşam tarzı değişikliği ve beslenmenin düzenlenmesi gibi destek uygulamalarla, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların kısa ve uzun vadede yarattığı zararların kontrol altına alınabildiği literatürde vurgulanmaktadır (Kim ve ark. (2010), Klootwyk ve ark. (2011), Perman ve ark. (2011), Serumaga ve ark. (2011), Chen ve ark. (2011), Çöl ve ark. (2006), Göçer (2008).

Çöl, Özdemir ve Ocaktan'ın (2006) yaptıkları çalışmada, hipertansiyon hastalarının kontrol ve tedavi durumlarının düşük, obezite ve sigara kullanım oranlarının yüksek, yaşam biçimi ile ilgili davranış değişikliklerinin yetersiz olduğu bildirilmiş ve toplumda hipertansiyon hastalarına yönelik önlemlerin alınması gerektiği belirtilmiştir. Göçer'in "Hastaların kronik hastalığa uyum sağlamada karşılaştıkları engeller" isimli çalışmasında (2008) hastaların kronik hastalığa uyum sağlamada karşılaştıkları engelleri belirlemede Roy'un Uyum Modeli'nin kavramsal yapısının kullanımının yararlı olduğunu, kronik hastaların bakımında bu model yaklaşımının kullanılabilirliğini, hastaya özel hemşirelik uygulamalarının, hemşirenin hastasının "bireyselliği"ne odaklanması ve hastanın hastalığa uyumunu artırmaya katkıda bulunması nedeniyle hemşirelerin hastaya özel girişim planlayıp uygulayabileceğini, hasta izleminde bireysel görüşmelerin yanı sıra telefonla izlemin de uyumu artırdığını belirtmekte ve bu yöntemin kullanılmasını önermektedir. Kim ve ark. (2010), Klootwyk ve ark. (2011), Perman ve ark. (2011), Serumaga ve ark. (2011) yaptıkları çalışmalarda hipertansiyon yönetim programında yapılan eğitim ve izlemlerin hastalar için etkin olduğu bildirilmiştir.

Kronik hastalıklar içerisinde hipertansiyon ilimizde önemli bir toplum sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Hipertansiyon yönetiminde önerilen Roy adaptasyon modeli hastanın hastalığa ve tedaviye uyumunu sağlaması nedeniyle literatüre hemşirelik girişimleri açısından katkı sağlayacaktır. Hipertansiyon yönetiminin; hastalığın maliyetini azaltması, hastaların yaşam kalitelerini artırması, hastalığın komplikasyonlarını azaltması gibi etkilerinin yanı sıra sağlık sistemi üzerinde olumlu etkileri olacaktır. Bu nedenle bu araştırma hipertansiyon hastalığı olan kişilerde Roy Adaptasyon Modeli'ne göre yapılan planlı eğitim ve izlemin hipertansiyon yönetimine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, hipertansiyon hastalarına Roy adaptasyon modeli doğrultusunda verilen eğitimin hipertansiyon yönetimine etkisini değerlendirmek amacıyla kontrol gruplu ön test-son test yarı deneysel modelde yapılmıştır.

Araştırma Erzurum ili aile sağlığı merkezlerinde Ocak-Mayıs 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma evrenini Erzurum il merkezinde bulunan 18 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) kayıtlı olan hipertansiyon tanısı konulmuş, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getiren, 35 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise Halk Sağlığı Hemşireliği dersi staj uygulamasında yedi aile sağlığı merkezine hizmet almak için başvuran, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getiren, Erzurum il merkezinde ikamet eden 155 hipertansiyon hastası birey oluşturmuş ve Çarşamba günü başvurup, araştırmaya katılmayı kabul eden 75 kişi deney grubuna, Perşembe günü başvuran 80 kişi ise kontrol grubuna alınmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Hipertansiyon yönetimi

Bağımsız değişken: Roy adaptasyon modeline göre yapılan eğitim, ev ziyaretleri, hatırlatıcı telefonlar,

Kontrol değişkeni: Hipertansiyon hastası bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, aile tipi, aylık geliri, sigara, alkol kullanım durumu, BKİ, kan basıncı değerleri, hastalık süresi

Veri Toplama Araçları

Hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren tanımlayıcı form, hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu belirten öz-etkililik yeterlilik ölçeği ve hastalık yönetimine ilişkin form kullanılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Hastaları Tanılama Formu; hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirleyen, toplam 15 sorudan oluşan bir formdur. Bu soruların 9'u bireylerin tanıtıcı özelliklerini, 6'sı bireylerin hipertansiyon ile ilgili özelliklerini belirlemek üzere hazırlanmıştır.

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği; Ogedegbe ve arkadaşları tarafından 2003 yılında antihipertansif tedavi verilen yüksek riskli hipertansiyona sahip popülasyonda ilaç tedavisine uyuma olan öz etkililiği değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Gözüm ve Hacıhasanoğlu (2009) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0.93 bulunmuştur.

Hipertansiyon Yönetim Formu; beslenme, egzersiz, stres kontrolü, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, BKİ ve kan basıncı kontrolünü değerlendiren bir formdur. Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0.92 bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın ön test verileri Erzurum ili Aile Sağlığı Merkezlerinde Mart-Nisan 2012 tarihleri arasında 155 HT hastasına tanımlayıcı soru formu, tedaviye uyumu öz-etkililik yeterlilik ölçeği, hipertansiyon yönetimine ilişkin form uygulanarak, kan basıncı, boy ve kilo ölçümleri yapılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Deney grubundaki hastalara halk sağlığı dersi staj uygulamasındaki öğrenciler toplamda 6 kere olmak üzere hafta bir kere bir saatlik eğitimlerde bulunmuşlardır. Eğitimler araştırmacılar tarafından hazırlanan **"Hipertansiyon Yönetim Rehberi"** ile desteklenmiş ve eğitimlerde deney grubundaki hastalara hipertansiyon eğitim materyalleri dağıtılmıştır. Çalışma sonunda kontrol grubuna da aynı materyaller verilmiştir. Son test verileri girişimlerin uygulanmasından iki ay sonra 155 HT hastasına ön testte kullanılan veri toplama araçlarının ve ölçümlerin tekrar uygulanmasıyla toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, ki-kare, bağımsız gruplarda t-testi, bağımlı gruplarda t-testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya katılan hipertansiyon hastalarına bu çalışmanın amacı ve yararları anlatılarak, bu araştırmaya katılmada istekli olup olmadıkları sorularak, gönüllü katılımları sağlanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Etik kuruldan izin alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 60.59 ± 9.17 olduğu, %74'ünün kadın, %72'sinin evli, %44'ünün ilköğretim mezunu, %69'unun ev hanımı, %73'ünün çekirdek aile olduğu ve %62'sinin gelir durumunun giderlerini karşılayacak düzeyde olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan olguların tanıtıcı özellikler bakımından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılıkların olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Deney grubunun İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ön test puan ortalaması 59.0 ± 12.4 , son test puan ortalaması 63.78 ± 10.2 olarak bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Hipertansiyon Yönetimi ön test puan ortalaması 42.8 ± 8.5 , son test puan ortalaması ise 45.9 ± 9.5 olarak bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Kontrol grubunun İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ön test puan ortalaması 60.8 ± 10.5 , son test puan ortalaması 63.7 ± 10.2 olarak, Hipertansiyon Yönetimi ön test puan ortalaması 40.1 ± 1.0 , son test puan ortalaması 40.0 ± 0.2 olarak bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Deney ile kontrol grubunun son test İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik puan ortalamaları karşılaştırıldığında her iki grubun benzer olduğu istatistiksel olarak farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Eğitim sonrası deney grubunun Hipertansiyon yönetimi puanlarının yükseldiği ve kan basıncı değerlerinin ise düştüğü, kan basıncı ortalamalarının eğitim öncesi 149.40 ± 25.85 , sonrasında ise 139.80 ± 17.39 olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Kontrol grubunda ise kan basıncı değerleri ön test ortalaması 141.57 ± 24.57 , son test ortalaması 137.22 ± 16.97 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ve Hipertansiyon Yönetimi arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Tartışma: Araştırmada; eğitim sonrası deney grubunun İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililiğinde ve Hipertansiyon Yönetiminde yükselme, kan basıncı değerlerinde ise düşme olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Literatüre göre hipertansiyon yönetimi ile ilgili yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları tarafından yapılan eğitim, danışmanlık ve izlem hizmetlerinin hipertansif bireylerde ilaca uyumu sağladığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yükselttiği bununla birlikte kan basıncını ise düşürdüğü ve hastalık yönetimini olumlu etkilediği saptanmıştır. (Bosworth ve ark. 2005, Kim ve ark. 2010, Klootwyk ve ark. 2011, Perman ve ark. 2011, Gözüm ve Hacıhasanoğlu 2009). Bu araştırma bulguları literatür bulgularını destekler niteliktedir.

Sonuç ve Öneriler: Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar hipertansiyon hastalarına verilen eğitim ve izlemin, hipertansiyon yönetimine ve tedavisine uyumu sağlamada etkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda; hipertansiyon yönetiminde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hipertansiyon yönetimini sağlayacak modele dayalı eğitim programlarının düzenlenmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Roy adaptasyon modeli, Hipertansiyon yönetimi

Kaynaklar:

1. Türk Kardiyoloji Derneği "Dünyada ve Türkiye'de Hipertansiyon Prevelansı" <http://www.tkd.org.tr/pages.asp?p=406> Erişim Tarihi: 21.10.2011.
2. Kim Y, Lee K, Shin E, Kim H, June KJ. Evaluation of the hypertension disease management program in Korea.Asia-Pacific Journal of Public Health, 2010; 22 (3): 365-374.
3. Klootwyk JM, Sanoski CA, Pharm D. Medication Adherence and Persistence in Hypertension Management. Journal of Clinical Outcomes Management. 2011; 18:8.
4. FalsePerman G, Rossi E, Waisman GD, Aguerro C, Gonzalez CD, Pallordet CL Figar SB, de Quiros Fernan GB, Canning J, Soriano ER. Cost-effectiveness of a hypertension management programme in an elderly population: a Markov model. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 2011;9:4. doi:10.1186/1478-7547-9-4
5. Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, Elliott RA, Majumdar SR, Zhang F, Soumerai SB. Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: Interrupted time series study. British Medical Journal, 2011;6:503-509.
6. Chen HL, Liu P, Tsai PS. Awareness of Hypertension Guidelines in Taiwanese Nurses: A Questionnaire Survey The Journal of Cardiovascular Nursing, 2011; 26(2): 129.
7. Çöl M, Özdemir O, Ocaktan ME, Park sağlık ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2006; 59: 144-150.
8. Göçer Ö. Hastaların kronik hastalığa uyum sağlamada karşılaştıkları engeller. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu, Doktora Tezi 2008.
9. Gözüm S, Hacıhasanoğlu R, "Reliability and validity of the Turkish adaptation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive patients. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2009; 8:129-136.
10. Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, McCant F, Oddone EZ. Nurse administered telephone intervention for blood pressure: A patient-tailored multifactorial intervention. Patient Education and Counseling, 2005; 57(1):5-7.

SEREBRAL PALSİLİ, FİZİKSEL VE ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARDA KÖPEK DESTEKLİ TERAPİLER

Dilek Tunçay Elmacı¹, Sibel Cevizci²

¹Özel Gerçek İLGI Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezi - Perge Şubesi, Antalya

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: İnsan-hayvan etkileşiminin ve iki tür arasında oluşan pozitif-iyileştirici bağın kilit bir rol oynadığı hayvan destekli terapiler, günümüzde çeşitlenerek artmakta dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, halk sağlığı açısından önemli olan esenlendirici ve sağlığı geliştirici hizmetlerden yararlanmada zorluklar yaşayan serebral palsili, fiziksel ve zihinsel dizabiliteleri olan çocuklarla Türkiye’de ilk kez bilimsel bir zeminde yapılan köpek destekli terapi çalışma modellerinin sunulmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma modelleri 2008-2011 Tarihleri arasında farklı yaş gruplarında olan engelli çocuklarla Antalya’da özel bir eğitim ve rehabilitasyon merkezinde uzman bir ekip tarafından yürütüldü. Bu çalışmada, farklı fiziksel ve zihinsel engelleri olan çocuklarla yapılan 5 çalışma modeli sunuldu. Terapi çalışmalarında üç farklı köpeğin eşliğinde yararlanıldı. Her terapi modelinde çocuğun ve terapistin ulaşması gereken hedefler belirlendi ve aktiviteler bu hedeflere göre tespit edildi.

Birinci çalışma modelinde 2011’de Mart ayında farklı engelleri olan 9, 14 ve 23 yaşlarında olan sırasıyla iki erkek bir kız birey yer aldı. Katılımcılarla terapi köpeği eşliğinde sağlık kontrollerini hazırlanmalarına yönelik aktiviteler yapıldı. İkinci çalışma modeli Temmuz 2009’da 4 yaşında bir erkek çocukla yürütüldü. Serebral palsili ve hemiparezili çocuğun, terapi köpeği eşliğinde vücudunun sağ tarafını kullanmasına yönelik uygulamalar yapıldı. Üçüncü modelde Şubat 2008’de 5 yaşında bir erkek çocuk yer aldı. Sağ tarafı daha fazla etkilenmiş olan bilateral serebral palsili çocukta terapi köpeği eşliğinde yapılan el becerileri, denge durma hareketleri gibi kas aktivitelerini içeren uygulamalar sunuldu. Dördüncü model, Eylül 2010’da 22 yaşında bir kız, 11 yaşında görme engelli bir kız, 8 ve 18 yaşlarında farklı zihinsel ve fiziksel özelliklere sahip iki erkek çocukla yürütüldü. Çalışmada iletişim ve planlama becerilerinin, empati yeteneğinin geliştirilmesine yönelik terapi köpeği eşliğinde çeşitli aktiviteler yapıldı. Beşinci model, Nisan 2008’de 5 yaşında bilateral etkilenimli, spastik tip serebral palsi’li bir erkek çocukta yürütüldü. Terapi köpeği eşliğinde alt ve üst ekstremitelerindeki kas tonusunun azaltılmasına yönelik relaksasyon çalışmaları yapıldı.

Beş ayrı model olarak sunulan bu çalışmalar, video ve fotoğraf aracılığı ile kayıt altına alındı. Çocukların bu terapi modeline uyumları terapistler tarafından onaylandıktan ve her çocuk için ailenin izni alındıktan sonra çalışmalar yapıldı. Terapilerde eşliklerinden yararlanan köpeklerin terapiye uyumları ve sağlık kontrolleri veteriner hekimleri tarafından yapılarak ve terapilere katılımları onaylandı.

Bulgular: Birinci modelde çalışma sonucunda beklenen hedeflere ulaşılmış, rutinde sağlık kontrolleri sırasında korku, endişe ve engelleri nedeniyle güçlükler yaşayan çocuklar endişeleri ve korkuları ile başa çıkabilmeyi, hedef belirlemeyi, hedeflerine ulaşmak için plan yapabilmeyi öğrenmişlerdir. Bu uygulamalar sırasında, çocuklar vücutlarını kendi yeterliliklerine uygun olarak kullanabilme becerilerini artırarak, birbirleri ile ve farklı bir canlı ile empati kurma, kararında yardım alma ve yardım sunma ve iletişim becerilerini geliştirebilmişlerdir. İkinci modelde, serebral palsili ve hemiparezili çocuğumuz, vücudunun sağ tarafını kullanmayı öğrenmeye çalışmış, köpek ile etkileşimi vücudunun sağ bölgesindeki kas tonusunda azalma sağlayarak, o bölgedeki dolaşımın artmasına, genel bir rahatlama kazanılmasına yardımcı olmuştur. Bu iyileşmenin sürekliliği için köpek ile top oynama gibi fiziksel aktiviteler eşliğinde motor öğrenmenin artırılması sağlanmıştır. Üçüncü modelde, terapi köpeği ile karnesini hazırlama aktiviteleri ile, küçük yaşına rağmen hem fiziksel hem de ruhsal olarak zorlandığı bu aktiviteleri yapmaya çalışan çocuğumuzun terapiye uyum için gerekli olan motivasyonu artırılmış, devam edecek çalışmaları da kabul etmesi kolaylaştırılmış ve terapinin sürekliliği sağlanmıştır. Aktiviteler sırasında çocuğumuz dengede ayakta durabilmeyi ve küçük kas hareketlerini gerektiren becerileri yapmaya başlamıştır. Dördüncü modelde, doğum günü aktiviteleri sonunda terapist her çocuk için ayrı ayrı belirlediği hedeflere ulaşmıştır. Uygulamalar sırasında çocuklar çevrelerindeki diğer kişilerle ve canlılarla empati kurabilme

becerilerini artırmış, iletişim becerilerini geliştirmiş, takım olabilmek ve bu takımın bir parçası olabilmek becerilerini kazanmışlardır. Ayrıca, sensörük olarak değişik kokuları, dokuları ve kıvrımları tecrübe ederek, vücutlarını kendi fiziksel yeterliliklerine uygun şekilde kullanabilmek becerilerini, fiziksel ve zihinsel koordinasyonlarını, motor planlama becerilerini, hedef belirleme ve hedefe yönelik plan yapma becerilerini geliştirebilmişlerdir. Beşinci modelde, bilateral etkilenimli, spastik tip serebral palsi'li çocuğumuzda terapi köpeği ile etkileşime bağlı olarak alt ve üst ekstremitelerdeki yoğun kas tonusu artışında azalma sağlanmış, kas tonusunun regüle olmasına yardımcı olunmuştur. Böylelikle kontraktür oluşumunun önlenmesi, vücut parçalarının aktif hareketliliğinin artırılması, köpeğin vücut ısısından ve solunumu esnasındaki vücut salınımlarından yararlanılarak çocuğun barsak hareketlerinin düzenlenmesine destek olunmuştur.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada terapilerde uygulanan örnek modeller sunulmuştur. Çocuklarda terapi süresince gözlenen değişimler kayıt edilmiştir. Herhangi bir ölçme metodu kullanılmamıştır. Ancak, bu terapi modelleri bilimsel bir zeminde uzman bir ekiple Türkiye'de pratikte yapılan ilk uygulamalardır. Ölçüm yöntemlerinin kullanılmaması, çalışmanın sınırlılıklarından olmakla birlikte, literatürde de benzer çalışmalarda terapi başlangıcında, süresince ve sonrasında meydana gelen değişimlerin video ve fotoğraf aracılığı ile kayıt edildiği, benzer çalışmalarda da bir ölçüm yapılmadığı görülmektedir (1,2). Barol, Zachary adlı otistik bir çocukta köpek-destekli terapi modelini uygulayarak, süreçleri gözlemlemiş ve kayıt etmiştir. Uygulama öncesinde terapistler ve araştırmacı bir araya gelerek, çocuk için hangi çeşit aktivitelerde terapi köpeğinden bir motivasyon kaynağı olarak destek alabileceklerini tartışmışlardır. Bu aktivitelerin top ile oyun oynamak, makas ile kesmek, yemek vermek (ikramda bulunmak), takip etmek, izlemek, köpeğe su vermek, köpeği fırcalamak gibi davranış, el becerisi kazandıran, farkındalığı artıran, güven duygusunu geliştiren, çeşitli faaliyetleri içermesi kararlaştırılmıştır. Terapi sonunda Zachary'de öfke nöbetlerinde azalma ve yok olma, oyun oynama mekanizması ile odaklanma, seçim yapabilme, bağımsız davranışlar sergileme, karar verme, el becerisi kazanma, dikkatini verme, farkında olma, iletişim kurma isteğinde artış, güven duygusunun gelişmesi, çevresine karşı duyarlı olma, aile içi iletişimde iyileşme, mutlu olma, davranış ve duygu durumlarında iyileşmeler ve artışlar gözlenmiştir (1). Çalışmamızda da serebral palsili çocuklarda terapi süreçlerinde benzer iyileşmeler olduğu saptanmıştır.

Bu hasta gruplarında uygulanan köpek destekli tedaviler özellikle çocukların tedaviye uyum süreçlerini önemli ölçüde kolaylaştırmaktadır (3-5). Bu çalışmada Türkiye'de ilk kez köpek destekli terapi modeli uzman bir ekip eşliğinde prosedüre uygun olarak uygulanmış ve literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Farklı hastalıklarda kontrol gruplarıyla yapılacak karşılaştırmalı sonuçların değerlendirilmesi daha ayrıntılı bilgiler sunacaktır. Özellikle Türkiye'de fiziksel ve zihinsel engelleri olan veya kronik hastalıkları olan çocuklarda hayvan destekli terapilerin yaşam kalitelerine, fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarının gelişmelerine etkisini inceleyecek çalışmalar bu alanda önemli olacaktır.

Kaynaklar:

1. Barol JM. The Effects of Animal-Assisted therapy on a child with autism. New Mexico Highlands University, Research Project, 2006.
2. Niksa E. The use of animal-assisted therapy in psychiatric nursing: the story of Timmy and Buddy. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2007; 45(6): 56-58.
3. Cevzici S, Erginöz E, Baltaş Z. İnsan Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Hayvan Destekli Tedaviler. TAF Prev Med Bull 2009; 8(3): 263-272.
4. Martin F, Farnum J. Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorders. West J Nurs Res 2002; 24(6): 657-670.
5. Marcus DA. The power of wagging tails. A Doctor's Guide to Dog Therapy and Healing. Editor Henson N. 2011, Demos Medical Publishing, NY. ISBN: 978-1-936303-12-0, E-ISBN: 978-1-6-17050-65-7.

Anahtar Kelimeler: Serebral palsi, çocuklar, köpek-destekli tedavi, zihinsel engellilik, fiziksel engellilik.

SINIF ÖĞRETMENLERİNDE METABOLİK SENDROM RISK DÜZEYİ

Adile Tümer, Büşra Demirci

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Metabolik sendrom (MetS), genetik faktörlere ve çevresel etmenlere bağlı olarak ortaya çıkan, birden fazla kardiyovasküler risk faktörünün kümelenildiği hastalıklar grubudur. MetS'in başlıca komponentleri hiperglisemi, hipertansiyon, dislipidemi, abdominal obezite, hiperkoagülabilité olarak sıralanır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşam tarzı değişiklikleri MetS'i bir epidemi haline getirerek, ateroskleroza bağlı kardiyovasküler hastalıklar sıklığında artışa yol açmaktadır. MetS'li kişilerde sendromsuz kişilere göre kalp krizi ve felç geçirme riski üç kez ve bundan ölümler iki kez daha fazla görülmektedir. Tip 2 DM gelişme riski ise beşe katlanmaktadır (1). Türkiye'de yapılan MetS Araştırması (METSAR) verilerine göre erişkin nüfusun %35'inde MetS mevcuttur ve kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Gölbaşı'nda 20 yaş ve üzeri kadınlarda yapılan çalışmada MetS prevalansı %31.9 (4) Malatya'daki çalışmada ise %30.9 bulunmuştur (1). Erem ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında MetS prevalansının (erkeklerde %21.7, kadınlarda %31.3) yaşla birlikte arttığı, en yüksek 60-69 yaş grubunda (%53.4) olduğu bildirilmiştir. MetS önlenebilir ve tedavi edilebilir bir risk faktörüdür. Sınıf öğretmenlerinde MetS risk düzeyinin belirlenmesi ve bu bireylerde sağlıklı yaşam davranışlarının (sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite yapma, alkol ve sigaradan uzak durma gibi) desteklenmesi, toplum sağlığına önemli katkı sağlayacaktır. Öğrencileri çağdaş bireyler olarak yetiştirmekle yükümlü sınıf öğretmenleri aynı zamanda, sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye sağlık eğitiminin verilmesinde anahtar rol oynamaktadır. Öğretmenin sağlık durumu, sağlık bilgisi, tutum ve davranışı, öğrencileri etkilemektedir. Çünkü sınıf öğretmenleri öğrencileri için model rolündedir. Çalışma sınıf öğretmenlerinde metabolik sendrom risk düzeyinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanan araştırma 01 Ekim-30 Kasım 2011 tarihleri arasında, Muğla merkezdeki ilköğretim okullarında çalışan 108 sınıf öğretmenin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, sosyo demografik soru formu ve Metabolik Sendrom Araştırma Formu ile toplanmıştır. Sosyo-demografik soru formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form ile yaş, cinsiyet, boy-kilo, eğitim durumu, medeni durum ve gelir durumu sorgulanmıştır. Metabolik Sendrom Araştırma Formu: Erdoğan tarafından geliştirilen bu form, bireyin sigara içme durumu, yeme alışkanlıkları, kilo durumu, egzersiz yapma durumu, kan basıncı, kan şekeri, kolesterol, abdominal ve bel çevresindeki yağlanma durumunu irdeleyen 14 sorudan oluşmaktadır. Sorular evet ya da hayır şeklinde cevaplanmaktadır. Değerlendirmede; evet cevaplarına 1, hayır cevaplarına 0 puan verilmektedir. MetS için toplamda 0-4 puan bireyin "düşük risk", 5-8 puan "orta risk" ve 9-14 puan arası "yüksek risk" taşıdığını göstermektedir. Verilerin analizi 14.0 (SPPS) paket programında tanımlayıcı istatistikler (sayı ve yüzde dağılımları, ortalama) ile yapılmıştır. Araştırma için il Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin, öğretmenlerden sözlü izin alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan sınıf öğretmenlerinin yaş ortalamasının 44.31 ± 2.24 olduğu, %61.1'inin erkek, %91.7'sinin üniversite mezunu ve %81.5'inin evli olduğu saptanmıştır. Sınıf öğretmenlerinin %60.2'sinin sigara içtiği ve %36.1'inin gelirini giderine eşit olarak ifade ettiği belirlenmiştir. MetS risk düzeyi incelenmiş; %52.8'inin düşük, %25.9'unun orta, %21.3'ünün ise yüksek risk grubunda olduğu saptanmıştır.

Tartışma: MetS bir modern yaşam hastalığıdır ve 2000'li yılların epidemisi olarak kabul edilmektedir. Özellikle gelişen teknolojiyle birlikte insan yaşamının kolaylaşması, buna bağlı obezite, fiziksel inaktivitenin ve hipertansiyonun artması, kolesterol seviyesinin yükselmesi ile metabolik sendrom görülme riskinin arttığı, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, beden kitle indeksi gibi faktörlerden metabolik sendrom riskinin etkilendiği bildirilmektedir (5). Bu çalışmada, sınıf öğretmenlerin MetS risk düzeyi incelenmiş; %52.8'inin düşük,

%25.9'unun orta, %21.3'ünün ise yüksek risk grubunda olduğu belirlenmiştir. Karadeniz ve arkadaşlarının (2006) sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada bu değerler sırasıyla %30.9, %54.8, %14.3, Mollaoğlu ve arkadaşlarının (2010) yetişkinlerde yaptığı çalışmada ise %38.6, %44.0, %17.3 bulunmuştur. Çalışmamızın bulgusu literatür bulgularından farklıdır. MetS risk düzeyi bağlamında; orta ve yüksek risk grubu birlikte değerlendirildiğinde, sınıf öğretmenlerinin yaklaşık yarısı (%47.2) orta ve yüksek risk grubunda, yarıdan fazlası da (%52.8) düşük risk grubundadır. Literatür bulguları ile karşılaştırıldığında, sınıf öğretmenlerinde düşük risk grubu oranının yüksek, orta ve yüksek risk grubu oranının düşük olduğu göze çarpmaktadır. Bu bulgu, sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesinden sorumlu sınıf öğretmenleri açısından olumlu bir sonuç gibi değerlendirilebilir. Ancak genel olarak bakıldığında MetS risk düzeyinin yüksek olduğu açıktır.

MetS için orta ve yüksek risk düzeyi araştırılması önerilen risk grubudur. Araştırma kapsamındaki sınıf öğretmenlerinin yaklaşık yarısının orta ve yüksek risk grubunda olması, MetS epidemisiyle mücadele etmek için ivedilikle önlemler alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışma bize göstermiştir ki, sınıf öğretmenlerinde MetS risk düzeyi yüksektir. MetS'in sıklığının ülkemiz ve dünyada giderek artması, hastalığın önlenmesine ilişkin ciddi ulusal ve uluslararası politikaların izlenmesini gerektirmektedir. Genetik ve çevresel çoklu etkenlerin gelişiminde önemli rol oynadığı MetS'in önlenmesi ve tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri büyük önem arz etmektedir. Bu sendromun önlenmesine yönelik toplum bilinçlendirilmeli, yaşam biçimi değişikliklerinin önemi anlatılmalı ve diğer koruyucu tedbirler ivedilikle alınmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Sınıf öğretmeni, Metabolik Sendrom, Risk düzeyi

Kaynaklar:

1. Çetin F, Güneş G, Özer A. Malatya il merkezinde yaşayan kadınlarda metabolik sendrom prevalansı ve öfke ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi: Enine-kesitsel gözlemsel bir araştırma. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2012; 12: 53-9.
2. Erem C, Hacıhasanoğlu A, Değer O, Topbaş M, Hoşver I, Ersöz HO, et al. Prevalence of metabolic syndrome and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon MetS study. Endocrine 2008; 33: 9-20.
3. Karadeniz G, Yanikkerem E, Sarıcan ES, Bülez A, Arıkan Ç, Esen A. Manisa ili sağlık çalışanlarında metabolik sendrom riski. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(6): 13-24.
4. Kitiş Y, Bilgili N, Hisar F, Ayaz S. Yirmi yaş ve üzeri kadınlarda metabolik sendrom sıklığı ve etkileyen faktörler. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2010; 10: 111-9
5. Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. Bir sağlık ocağına başvuran erişkinlerde metabolik sendrom risk düzeyleri ve ilişkili faktörler. İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2010;18(2): 72-79.

458

SİGARA BAĞIMLILIĞI VE SOLUK HAVASINDA CO DÜZEYİ

Elçin Balcı¹, Murat Ş. Apaydın², Gülay Yılmazel³, Selma Durmuş⁴, Ahmet Öksüzkaya⁵

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ad Melikgazi Kayseri

²Uzm.Dr. Kayseri Asker Hastanesi Göğüs Hastalıkları, Kayseri

³Arş. Gör. Hitit Üniversitesi Sağlık YO

⁴Hemş, Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü, Kayseri

⁵Kayseri İl Sağlık Müdürü

Giriş ve Amaç: Sigara dünyada birinci önlenebilir ölüm nedenidir (1). Fagerström ve arkadaşları sigara bağımlılığı seviyesini tespit etmek için önce Fagerström tolerans anketini daha sonra da Fagerström nikotin bağımlılık testini (FNBT) geliştirmişlerdir (2). Soluk havasında karbon monoksit (CO) ölçümü de sigara içme durumunu gösteren bir biyolojik göstergedir (3,4). Bu testlerin her ikisi de nikotin bağımlılığının ölçümünde oldukça yüksek hassasiyete sahip invazif olmayan yöntemlerdir (5). Bu araştırmanın amacı, soluk havasında CO ölçümleri ve FNBT seviyeleri arasında ki ilişkiyi göstermektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırma 2012 Mayıs ayında Kayseri’de gerçekleştirilmiştir. Erciyes Üniversitesi Öğrenci Bahar Şenlikleri sırasında kurulan tütünle mücadele bürosunda “CO Ölçüm Standı”na başvuran, şenlik alanını ziyaret eden her yaş grubu ve cinsiyetten kişiler çalışmaya dâhil edilmiştir. Ölçüm yapılmadan önce araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu uygulanmıştır.

Veriler bilgisayarda SPSS 15.0 programı ile değerlendirildi. Analizlerde ki kare testi ve Pearson korelasyon testi kullanıldı ve $p < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular ve Tartışma: Araştırma 352 kişinin katılımı ile tamamlanmıştır. Katılımcıların %81.3’ü 21 yaş ve üzerinde olup yaş ortalamaları 29.64 ± 10.69 yıldır. Grubun %67.9’u erkek, % 52.0’nin aylık gelir düzeyi 1000 TL’nin altındadır.

Sigaraya ilk başlama yaşı ortalaması 16.82 ± 3.24 yıl olup, 15 yaş ve altında ilk sigarasını içenler grubun %38.2’sini oluşturmaktadır. Halen sigara içenlerin %68.6’sı 5 yıldan fazla süredir sigara içmektedirler. Sigara içenlerin %74.1’i yarım paketten fazla sigara kullanmaktadır.

Bu çalışmada katılımcıların %61.6’sı sigara içmektedir. Genç popülasyonu temsil eden bu çalışmada sigara içme düzeyi oldukça yüksek olup ülkemizde genç nüfusta sigara içme yaygınlığını göstermesi açısından bir örnek teşkil edebilir.

Katılımcıların %41.9’u yakın zamanda olmasa da sigarayı bırakmayı, %37.8’i her an sigarayı bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir. Toplamda sigara içenlerin %79.7’sinin sigarayı bırakmayı düşündüğü saptanmıştır. Tütün kontrolü programında sigaranın bırakılması konusunda istekli olan genç nüfusun cesaretlendirilmesi ve motive edilmesinin önemini görmek açısından bu bulgular değerlidir.

Katılımcıların %50.0’si yaşam alanlarında çok sık sigara dumanına maruz kaldığını ifade etmiştir. Bu durum sigarasız ve dumsuz bir çevrenin tam olarak sağlanamamasından kaynaklanan bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Katılımcıların bağımlılık düzeyi puan ortalaması 2.67 ± 1.00 olup %42.4’ünün düşük, %26.7’sinin yüksek sigara bağımlısı olduğu ve %36.1’inin soluk havasında CO düzeyinin 5 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu durum sigara içme alışkanlığı ve bağımlılık oranlarının artmasının bir sonucu olabilir.

Katılımcıların yaşları ile soluk havalarında bulunan CO düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Erkeklerin soluk havasında CO düzeyi daha yüksek olduğu, cinsiyet ile CO düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır. Sigara kullanmak CO düzeyinin artışında etkilidir ve bu çalışmada da sigara kullanma ile soluk havasındaki CO düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır.

21 yaş ve üzerinde olan katılımcılar ile erkek katılımcıların bağımlılık düzeyi yüksek/çok yüksek grupta yer almış olup, yaş ve cinsiyet ile bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı saptanmıştır. Geleneksel Türk toplum yapısına göre erkekler kadınlara göre daha serbest bir yaşam biçimine sahiptir. Erkeklerin sigara içmesinin doğal, kadınların sigara içmesinin ise hoş karşılanmaması erkeklerde bağımlılık düzeylerinin yüksek olmasına katkıda bulunabilir.

Günlük tüketilen sigara miktarı arttıkça soluk havasındaki CO düzeyinin ve bağımlılık düzeyinin arttığı saptanmıştır. Bağımlılık düzeyi ile günlük tüketilen sigara miktarı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlarla günlük içilen sigara miktarındaki artışın bağımlılık düzeyini artırıcı rolünün olduğu bulgusunun güçlendiği düşünülebilir.

Sonuç ve Öneriler: Genç erişkinlerde sigara içme oranının yüksek olduğu, günlük içilen sigara miktarı arttıkça bağımlılık düzeyinin arttığı, sigara içenlerin, pasif dumana maruz kalanların ve erkeklerin soluk havasındaki CO düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sigaraya başlanmanın engellenmesine yönelik çalışmalarla genç erişkin gruptaki sigara içme oranları azaltılabilir.

Kendisi sigara içmediği halde pasif dumana maruz kalanların sağlıklarının korunması için dumansız hava sahası yaratmak üzere kapalı ortamlarda sigara içme yasağı getiren yürürlükte olan kanuna da sahip çıkmak gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Geneva: World Health Organization; 1997
2. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991 Sep;86(9):1119-27
3. Middleton ET, Morice AH. Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. Chest 2000; 117:758-763.
4. Deveci SE, Deveci F, Acik Y, et al. The measurement of exhaled carbon monoxide in healthy smokers and non-smokers. Respir Med 2004; 98: 551-556.
5. Brimkulov NN, Vinnikov DV, Cholurova RA. Complex assessment of nicotine dependence using questionnaires and measurement of carbon oxide concentration in exhaled air. Ter Arkh 2004; 76: 53-58.

554

SİGARA İÇEN BİREYLERİN YENİ SİGARA YASASI SONRASI DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ VE YASAYA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

İlknur Aksu¹, Şafak Ergül², Aslı Kalkım³

¹Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.

³Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Dünya sağlık örgütü (DSÖ) tarafından 'salgın' olarak nitelendirilmekte olan tütün ürünü kullanımı, tüm dünyada giderek daha yaygın hale gelmeye başlamıştır. Önemli sağlık sorunlarının yanı sıra ekonomik anlamda da ciddi kayıplara neden olması, ülkelerin tütün kullanımı ile önlem almasına neden olmuştur.

Ülkemizde 2007 yılında, Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı oluşturulmuş, 2008 yılında, 4207 sayılı Kanunda değişiklik yapan 5727 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" kabul edilmiştir. Tütünün topluma ve devlet bütçesine getirdiği zararlarla mücadele etmeyi hedefleyen yeni tütün yasasının ilk bölümü 19 Mayıs 2008 ve ikinci fazı 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girmiş ve lokanta, kahvehane ve barları da içerecek şekilde tüm kapalı alanlarda sigara içilmesi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yasaklanmıştır. Yasa ile kişilerin ve gelecek nesillerin tütün ürünlerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirleri almak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanması yönünde düzenlemeler yapmak amaçlanmıştır.

Bu araştırma İzmir'in Bornova ilçesinde yaşayan ve sigara içen bireylerin 5727 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair kanunla (tüm kapalı alanların yasaya dahil olması) ilgili görüşlerini ve davranış değişikliğini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırma Bornova merkezde bulunan ve bireylerin yoğun olarak alışveriş yaptığı bir markette 1-31 Mart 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini, İzmir ili Bornova İlçesi merkezindeki sigara içen bireyler oluşturmaktadır. Belirtilen tarihlerde araştırmaya katılmaya istekli olan 150 birey olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir.

Veriler, literatür bilgileri ışığında araştırmacıların hazırlamış olduğu sosyo-demografik özelliklerle ilgili 5 soru, sigara öyküsü ile ilgili 11 soru, sigara yasası sonrası durum ile ilgili 9 soru ile fageström tolerans testinden oluşan anket formu kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 16.0 istatistik programı kullanılarak sayı ve yüzde dağılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulundan yazılı izin ve araştırmaya katılan bireylerden sözlü izin alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %32'si 25-31 yaş grubunda, yaş ortalaması 34.92±10.86 (min:18yaş-max:74yaş), %73.3'ü erkek, %59.3'ü evli, %26.7'si işçi, %42'si üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahiptir.

Bireylerin sigaraya başlama yaşı ortalaması 19,48±4,76 (min:10yaş-max:48yaş) ve %53.3'ü 16-20 yaş grubunda sigara içmeye başlamıştır. Bireylerin %40.7'si en fazla on yıldır sigara içmekte olduğu ve ortalama sigara içme süresinin 14.99±9.9 (min:1yıl-max:50yıl) olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %52'sinde solunum sistemi şikayetleri bulunmaktadır. Katılımcıların %70.7'si sigarayı bırakmayı denemiş, %65.1'i 1-3 kez denemiştir. Katılımcıların sigarayı bırakma deneme sayıları ortalaması 2.25±2.2 (min:1-max:10kez) olarak saptanmıştır.

Bireylerin fageström tolerans testine göre bağımlılık düzeyleri incelendiğinde erkeklerin %33,6'sı ve kadınların %15'i az bağımlı, erkeklerin %8,2'si ve kadınların %5'i orta düzeyde bağımlı olduğu ve sadece erkeklerin %7,3'ünün yüksek düzeyde bağımlı olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %85.3'ünün evde sigara içtiği, sigara içilen mekanın %20.3'ünün oturma odası, %51.6'sının balkon olduğu ve %32'sinin aracında da sigara kullandığı belirlenmiştir.

Bireylerin pasif içiciliğe ilişkin görüşleri incelendiğinde %51.3'ünün evinde kendisinden başka sigara içen kişilerin bulunduğu belirlenmiştir. "Sigara içmeyen kişilerin sigara dumanını solumasının insan sağlığı açısından ne derece risk oluşturduğu" sorusuna bireylerin %74'ü "çok", %18.7'si "orta" düzeyde zararlı şekilde yanıt vermiştir.

Bireylerin yasa sonrasında sigara içme alışkanlıklarında meydana gelen değişiklikleri değerlendirildiğinde, %28.7'sinin yasadan önce 10 ve daha az sayıda, %58.7'sinin 11-20 adet, %11.3'ü 21-30 adet sigara içtiği, yasadan sonra %49.3'ünün 10 ve daha az sayıda, %42'sinin 11-20 adet, %7.3'ünün 21-30 adet sigara içmekte olduğu saptanmıştır. Bireylerin %9.3'ünde yasadan sonra evde içtikleri sigara miktarlarında artış olurken, %90.7'sinde artış olmamıştır.

Katılımcıların %36.7'sinde yasa sonrası daha önce gitme alışkanlığı olan kapalı alanlara (lokanta, kahvehane v.s.) gitme sıklığında azalma olduğu, %19.3'ünün yasa sonrası kapalı alanlarda sigara içtiği için uyarı veya tepki aldığı saptanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Yasadan sonra araştırmaya katılan bireylerin %64'ü sigarayı azaltmıştır. Sigarayı azaltan bireylerin %58.3'ü sigara içilen alanların kısıtlanması, %7.3'ü sigara nedeni ile çevresinde hasta olan kişilerden etkilenmesi, %6.2'si sağlık sorunları, %5.2'si sosyal baskı, %1.1'i yasa ihlali nedeniyle uygulanan ceza nedeniyle sigarayı azaltmış ya da bırakmışlardır.

Bireylerin Sigara Yasasına ilişkin görüşleri incelendiğinde %69.3'ünün yasayı desteklediği, %50'sinin sağlık açısından, %32.7'sinin içmeyen kişilerin etkilenmesi, %16.3'ünün sigarayı azaltma veya bırakmaya yardımcı olması, %1'inin cezai yaptırımın etkili olması nedeniyle yasayı desteklediği saptanmıştır. Yasayı desteklemeyen bireylerin %37.5'inin içme alanlarının kısıtlanması, %33.3'ünün kişisel haklara müdahale edilmesi, %20.8'inin yasanın yetersiz olması ve %8.3'ünün işletme sahiplerinin maddi kayıp yaşaması nedeniyle yasayı desteklemedikleri bulunmuştur.

Tartışma: Araştırmaya katılan bireylerin fageström tolerans testine göre bağımlılık düzeyleri incelenmesi sonucu bağımlılık oranının yüksek olmadığı saptanmıştır. Bağımlılık düzeyinin düşük olması yasanın getirdiği davranış değişikliklerine uyumun sağlanması açısından kolaylaştırıcı bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılanların yarısından fazlasının yasayı desteklediği belirlenmiştir. Yasayı destekleme oranı Türkiye genelinde yapılan çeşitli anketlerde %95 civarında olduğu düşünüldüğünde oldukça düşük bir değer gibi görünmektedir. Halk Sağlığı Uzmanları Derneğinin 2008 yılında yaptığı araştırmada sigara içmeyenlerin %87.5'inin, sigara içenlerin %55.9'unun, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ve 30.000'den fazla katılımcının değerlendirildiği çalışmada %93.3'ünün yasayı desteklediği bildirilmiştir. Özcebe ve ark. (2008) tarafından yapılmış bir başka çalışmada hizmet sektörü çalışanlarının %86.9'unun yasanın gerekli olduğunu düşündüğü ve bu oranın sigara içen çalışanlarda %86.5, sigara içmeyen çalışanlarda %91.3 olduğu saptanmıştır. Coşkun ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında öğretmenlerin %39.1'inin yasayı çok gerekli bulurken, %25.8'inin bu konuda geç kalındığını ifade etmişlerdir. Ayrıca Gelen (2010) tarafından 2009-2010 eğitim öğretim yılında bir üniversite kampüsünde öğrenim gören 12037 öğrenci, 706 eğitim veren akademik personel ve idari personellerden oluşan araştırmasında yasaya olan destek %87.6 oranında bulunmuştur.

Çalışmaya katılanların yarısına yakınının yasa çıktıktan sonra günlük ortalama sigara miktarında azalma olduğu saptanmıştır. Sigarayı azaltan bireylerin yarısından fazlası sigara içilen alanların kısıtlanması nedeniyle sigarayı azaltmıştır. Atilla (2010) gerçekleştirdiği çalışmada da benzer sonuçlarla karşılaşılmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Tütün yasası sigara içen kişileri sigarayı azaltma ve bırakma yönünde motive etmiş ve sosyal uyarıcı olmuştur. Mevcut sosyal, tıbbi ve eğitsel desteğin güçlendirilmesiyle yasanın daha da etkili olacağını düşünmekteyiz. Unutulmamalıdır ki tütün kontrol programlarının amacı pasif içicileri korumak kadar, tütün ürünü kullanmakta olanları bu alışkanlıklarından vazgeçirmek ve kullanmayanların başlamasını önlemektir. Araştırmada elde edilen verilere dayanarak şu önerilerde bulunulabilir:

Ülkemizde bu yasanın sigara içen kişiler üzerindeki etkisini incelemeye yönelik araştırmaların artırılması gerekmektedir.

Tütün yasasının toplum tarafından daha iyi kavranması için çalışmalar yapılmalıdır.

Tütün yasasının sağlıklı bir şekilde uygulanması için yetkili merciler tarafından etkin denetimler yapılmalıdır.

Tütün yasasını ihlal eden işletme ve kuruluşların duyarlı vatandaşlar tarafından ihbar edilmesi sağlanacak bilinç oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tütün kontrol yasası, sigara, yasaya ilişkin görüşler, davranış değişikliği

Kaynaklar:

Atilla N. (2010) Sigara İçenlerin 5727 Sayılı Tütün Yasası'na Yaklaşımı ve Yasadan Etkilenimleri, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Coşkun F, Karadağ M, Ursavaş A, Ege E. (2010) Öğretmenlerin Sigara İçme Alışkanlıkları ve Yeni Yasaya Bakışları, Solunum Dergisi,12(3): 119–124.

Gelen M. (2010) KSÜ Öğrenci, Akademik ve İdari Personelleri Arasında 5727 Sayılı Yeni Tütün Yasasına İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş.

Özcebe H, Boztaş G, Çıray S, Demirtaş B, Derin ME, Dinçsoy F ve Dolgun İ. (2008) 06.10.2008-15.10.2008 Tarihleri Arasında Kızılay Konur ve Selanik Sokaklarında Bulunan Kafe ve Restoranlardaki Çalışan ve Müşterilerin 4207 Sayılı Kanun Hakkındaki Bilgileri, Yasaya Bakış Açılımları Ve Kapalı Ortam Ölçümleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2008. <http://www.hasuder.org/sigara/kizilayda.pdf>.

Kapalı Ortamlarda Sigara İçilmesinin Yasak Olması Hakkında Görüşler, HASUDER Raporu, Ankara, Mayıs, 2008. <http://www.dumansizhavasahasi.org.tr/Docs/Sunumlar/TutunKontroluYasasiVeUlkeOrnekleri.pdf>.

Yeni Tütün Kontrol Yasası Ve İlişkili Uygulamalar Konusunda 15 Yaş Ve Üzeri Kişilerin Bilgi, Görüş Ve Davranışları (Kasım-Aralık 2008)

http://www.havanikoru.org.tr/Docs_Arastirmalar/KanunHakkindaVatandaslarimizinBilgiVeFarkindalikDuzeyiArastirmasi.pdf.

854

TÜRKİYE’DE BULAĞICI OLMAYAN HASTALIKLAR KONUSUNDA ARAŞTIRMA KAPASİTESİNİN GELİŞTİRİLMESİ İÇİN GEREKSİNİM BELİRLEME ÇALIŞMASI

Dilek Öztoprak, Eren Korkmaz, Duygu İşlek, Bülent Kılıç, Belgin Ünal

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Türkiye’de son yıllarda bulağıcı olmayan hastalıkların (BOH) morbidite ve mortalitesinin giderek artmakta olması dikkati çekmektedir(1). Ülkemizde gerçekleştirilen araştırma sayısı giderek artmakla beraber özellikle BOH konusuna spesifik araştırma sayısı henüz yeterli değildir. Pubmed verilerine göre 2000-2012 yılları arasında indekslere giren dergilerde BOH konusunda yayınlanmış sadece 608 Türkiye kökenli makale saptanmıştır. Bu araştırmaları gerçekleştiren 54 üniversite ve 49 eğitim ve araştırma hastanesinden sırasıyla 487 ve 93 araştırma yapılmıştır. Ayrıca aynı dönemde BOH konusunda toplam 40 araştırma yapmış 22 NGO (çoğunluğu uzmanlık dernekleri) bulunmuştur. Ancak bu araştırmaların sayısının artırılması konusunda halen ciddi bir koordinasyon eksikliği görülmektedir (2).

Avrupa Birliği 7. Çerçeve Programı kapsamında içinde Türkiye’nin de bulunduğu 6 Akdeniz ülkesinde (Tunus, Filistin, Suriye, Lübnan, Ürdün, Türkiye) başlatılan RESCAP-MED projesi (NCDs and their social determinants in Mediterranean partner countries:building sustainable research capacity for effective policy intervention) BOH konusunda araştırmalar için kapasite geliştirilmesini amaçlamaktadır. Bu bildirinin amacı, Türkiye’de BOH konusunda yapılan sağlık araştırmalarını yürüten anahtar kişilerin görüşlerinin saptanması ve genç araştırmacıların eğitim gereksinimlerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kalitatif ve kantitatif araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı bir araştırmadır. İlk aşamada literatür verilerinden elde edilmiş bulgular ışığı altında (Bu bulgular kongrede ayrı bir bildiri olarak sunulmak üzere başvurulmuştur) Türkiye’de BOH konusunda çalışmakta olan 9 anahtar kişi belirlenmiş ve bunlara Sağlık Bakanlığı’nın ilgili birimlerinde çalışmakta olan 2 anahtar kişi daha ilave edilerek, toplam 11 anahtar kişi seçilmiştir. Daha sonra bu araştırmacılarla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. (Bir kişiye zaman sorunu nedeniyle ulaşılamamıştır). Anahtar kişilerin 3’ü İstanbul, 3’ü Ankara, 2’si Eskişehir ve birer kişisi de Bursa, İzmir ve Manisa illerindedir. Derinlemesine görüşmeler bu konuda eğitim almış bir araştırmacı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

tarafından gerçekleştirilmiş, görüşmelerde ses kaydı yapılmış ve her görüşme yaklaşık 1 saat sürmüştür. Daha sonra görüşmeler metne dönüştürülmüş ve kodlanarak (genel kod, alt kod, alt-alt kod) analiz edilmiş ve temalar yaratılmıştır. Araştırmanın kantitatif bölümü ise tanımlayıcı bir çalışmadır. Anahtar kişilerin önerdiği 10 farklı kentteki 43 genç araştırmacının 12'sine yüz yüze görüşme yoluyla, 31'ine e-postayla ulaşılarak Eğitim Gereksinimleri Belirleme Anketi (Training Needs Assessment Questionnaire) uygulanmıştır. Anket Hennessy ve Hicks tarafından geliştirilmiş olup WHO tarafından eğitim gereksinimlerini belirlemede kullanılmaktadır (3). Genç araştırmacıların 28'i (%65) anketi yanıtlamıştır. Anket 4 kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda sosyo-demografik veriler yer almaktadır. İkinci kısımda araştırma ve bilimsel yazı yazma becerileri 1 ile 7 puan üzerinden sorgulanmıştır. 1 puan çok az, 7 puan çok fazla anlamına gelmektedir. Üçüncü kısımda epidemiyoloji, sağlık ekonomisi, çevre sağlığı, medikal antropoloji/sosyoloji ve sağlık politikası alanlarında, katılımcılardan bu konuların önemini ve bu konulardaki mevcut performans durumlarını 1 ile 7 puan arasında puanlamaları istenmiştir. 1 puan çok az, 7 puan çok fazla anlamına gelmektedir. Dördüncü kısımda katılımcıların öncelikli olarak çalışmak istedikleri konular, tercih edecekleri eğitim yöntemleri, yerel, bölgesel ve uluslar arası eğitimlere katılabilme durumları sorgulanmıştır. Tüm istatistiksel değerlendirmelerde ortanca değer alınmıştır (Ölçek 1 ile 7 puan arasındadır).

Bulgular: Anahtar kişilerin tümü araştırma kapasitesini geliştirmenin önemli olduğunu belirtmiş ve büyük çoğunluğu BOH konusunu Türkiye için önemli bir sağlık sorunu olarak nitelemiştir. Anahtar kişilerin yarısı BOH alanında çeşitli açılardan araştırma eksikliğinin varlığını özellikle vurgulamıştır. Anahtar kişilerin araştırma kapasitesini geliştirmeye ilişkin yaptıkları değerlendirmelerde ise insan gücü eksikliği, finansman, zaman yetersizliği ve ulusal/kurumsal politika eksikliği başlıkları ön plana çıkmıştır. Araştırma kapasitesini geliştirmeyle ilgili politika eksikliğinde daha çok kurum içi ve kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon eksikliği ve yönetsel zayıflıklar vurgulanmıştır. Anahtar kişilerin çoğunluğu kurumlarının araştırma kapasitesini yeterli görmediklerini belirtmiştir. Anahtar kişilerin çoğu bu alanda uygulanacak eğitim programlarının, bu programlara katılanların motivasyonlarını artıracaklarını belirtirken bir kısmı da eğitim programlarına katılanların program sonrası kendi kurumlarını da olumlu yönde etkileyebileceğini söylemiştir. Anahtar kişilerden BOH konusunda eğitime gereksinim olduğunu düşündükleri alanları belirtmeleri istendiğinde en çok ileri epidemiyoloji, medikal sosyoloji/antropoloji, müdahale/girişim çalışmaları, sağlık ekonomisi ve sağlık politikası alanları üzerinde durmuşlardır. Anahtar kişilerin çoğu bu eğitim programlarının problem çözmeye dayalı eğitim teknikleri ile sadece BOH özelinde ve güncel veriler kullanılarak verilmesini önermişlerdir. Anahtar kişilerin hemen tamamı son dönemde çalıştıkları bölümde BOH alanına özel herhangi bir eğitim programı düzenlenmediğini ancak BOH konusunu kendi rutin eğitim programları içerisinde ele aldıklarını vurgulamışlardır. Tüm anahtar kişiler düzenlenen eğitim programlarına katılımı desteklediklerini ifade etmişler ancak iki kişi bunun zamanlamasının ve kurumun çalışmalarıyla uyumunun önemli olduğunu belirtmişlerdir. Anahtar kişilerin belirttiği konular içinde "çok merkezli araştırmalar", "insan gücü", "motivasyon", "ulusal araştırma politikası" ve "ileri eğitim programları" tematik olarak ön plana çıkmıştır.

Eğitim Gereksinimleri Belirleme Anketinin uygulandığı katılımcıların yaş ortancası 32.5, 16'sı kadın, 12'si erkektir. Katılımcıların tümünün genel olarak araştırma planlama ve uygulama aşamalarının önemine verdikleri puanın ortancası 6.0'dır. Ancak kalitatif araştırma planlama konusunda katılımcıların mevcut performans ortancası 3.0'dır. Katılımcıların %68'i araştırma planlama ve uygulama konusunda eğitime gereksinim duyduğunu belirtirken %71'i ayrıca kalitatif araştırma planlama konusunda eğitime gereksinim duyduğunu belirtmiştir. Veri analizi ve yazma aşamalarının önemi de tüm katılımcılar tarafından 7.0 ortanca ile vurgulanmıştır. Kalitatif rapor ve politik analiz raporu yazımı konularında ise katılımcıların mevcut performans (halen yaptıkları uygulamalar) ortancası 3'tür. Katılımcıların %68'i veri analizi ve yazma konusunda eğitime gereksinim duyduğunu belirtirken %79'u nitel rapor yazımı, politika metni yazımı, akademik makale yazımı, nitel veri analizi, konularında eğitime gereksinim duyduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %82'si sağlıkta sosyal eşitsizlikler, %79'u sağlık politikaları, %75'i epidemiyoloji, %68'i sağlık ekonomisi, %57'si çevre epidemiyolojisi ve %36'sı etnografik yöntemler, konusunda bilgi sahibidir. Epidemiyoloji, medikal antropoloji/sosyoloji ve çevre sağlığının önemi 7.0, sağlık ekonomisinin ve sağlık politikasının önemi 6.0 ortanca ile belirtilmiştir. Katılımcıların %86'sı sağlık hizmetleri ve kamu sağlık sistemlerinin organizasyonu, %75'i sağlıkta kültürün rolü, 75'i sağlık ve çevresel risk belirleme yöntemleri, %71'i sağlık ekonomisi ve %68'i temel epidemiyoloji konularında eğitime gereksinim duyduğunu belirtmiştir. Genç araştırmacıların en az performans gösterdiği konular epidemiyoloji alanında matematik modelleme, sağlık ekonomisi alanında mikro ekonomi, sağlık politikasında sağlık politikası analizi, çevre sağlığında çevre epidemiyolojisi, medikal sosyolojide ise etnografik yöntemler, hastalığın tarihsel ve siyasal boyutlarıdır. Katılımcıların %71'i epidemiyoloji alanında çalışma yaptığını ve %86'sı epidemiyoloji

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

alanında çalışmak istediğini, %18'i sağlık ekonomisi alanında çalışma yaptığını ve %71'i bu alanda çalışmak istediğini, 14'ü çevre sağlığı alanında çalışma yaptığını ve %57'si bu alanda çalışmak istediğini, %21'i medikal antropoloji/sosyoloji alanında çalışma yaptığını ve %71'i bu alanda çalışmak istediğini, %14'ü sağlık politikaları alanında çalışma yaptığını ve %64'ü bu alanda çalışmak istediğini belirtmiştir. Gerekseim duydukları konularda, katılımcıların %39'u uzun süreli kurslara, %64'ü kısa süreli kurslara, %75'i sertifikalı kurslara, %71'i ise internet ortamındaki kurslara katılabileceğini belirtmiştir. Katılımcıların % 71'i en çok yerel kursları, %36' sı ise en az uluslararası kursları tercih edeceğini belirtmiştir. Tercihleri, maddi nedenlerin, ulaşım ve izin problemlerinin, ailevi nedenlerin ve yabancı dil yetersizliğinin etkilediği belirtilmiştir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Türkiye'de genç araştırmacıların en çok sağlık hizmetleri ve kamu sağlık sistemlerinin organizasyonu hakkında eğitime gerekseim duyması sağlık sistemindeki hızlı değişimle ilgili olabilir. Nitekim sağlık politikası analizi de en az performans gösterilen alandır. En az çalışma yapılan alanların çevre sağlığı, medikal sosyoloji ve sağlık ekonomisi olması ise bu alanda çalışan akademisyen ve insangücü eksikliğini kanıtlamaktadır. Gerekseim duydukları konularda, katılımcıların uzun süreli kurslar yerine sertifikalı kurslara ve internet ortamındaki kurslara katılabileceğini belirtmesi dikkati çekmektedir. Araştırma kapasitesinin geliştirilmesinde amaca yönelik eğitim programlarının uygulanması önemlidir. Benzer çalışmada sağlık profesyonelleri için mevcut eğitim girişimlerinin taleplere dayalı olma eğiliminde olduğu ve bunun katılımcıların motivasyon ve bağlılığını artırdığı belirtilmiştir (4). Başka bir çalışmada bazı kurumsal ve bireysel eğitim ihtiyaçlarının açık gibi görünse de aslında birçoğunun açık olmadığı ve bu ihtiyaçların belirlenerek uygun yöntemlerle karşılanması gerektiği belirtilmektedir (5). Bu yüzden genç araştırmacılar en çok gerekseim duydukları konularda eğitim programlarına alınmalıdır. En çok çalışılmak istenen alan epidemiyoloji olmakla birlikte en çok gerekseim (çalışılmak istenen alandan çalışılan alanın çıkarılması) sağlık ekonomisi, sağlık sosyolojisi ve sağlık politikası alanlarındadır. Bu alanlardaki açık sırasıyla %53, %50 ve %50'dir. Nitekim politik analiz ve kalitatif rapor yazım performansının düşük olması da bunun bir kanıtıdır.

Anahtar kişilerle yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda, Türkiye'de çok merkezli araştırmaların gerekli olduğu ve çalışmaların multidisipliner yaklaşım ile yürütülmesi gerektiği vurgusu çok uluslu çalışmaların, TÜBİTAK ve AB projelerinin öneminin bir kanıtıdır. Bununla birlikte kurum içi ve kurumlar arası işbirliği ve koordinasyonun araştırma kapasitesini geliştirmede önemli bir nokta olduğunun belirtilmesi, Türkiye'nin bu alandaki eksikliğini göstermektedir. Ayrıca BOH alanında araştırma kapasitesini geliştirilebilmek için bu alanda uzman insan gücü yetiştirilmesinin ve BOH alanında özgün ve ileri eğitim programlarının geliştirilmesinin gerektiği anlaşılmaktadır. Bu sonuçlar ışığında, BOH alanında araştırma kapasitesini geliştirebilmek için Türkiye'de araştırmaların çok merkezli ve multidisipliner bir yaklaşım ile yürütülmesinin, kurum içi ve kurumlar arası işbirliği ve koordinasyonun artırılmasının, uzman insan gücü yetiştirilmesinin ve ileri eğitim programları oluşturulmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Kaynaklar:

1. Akgun S et al. (2007) "Estimating mortality and causes of death in Turkey: methods, results and policy implications" European Journal of Public Health 17(6):593-9.
2. Kılıç B, İşlek D, Öztoprak D, Korkmaz E, Ünal B. (2012) "National Health Research System and Research Capacity Building on NCDs in Turkey" Preliminary Report, Dokuz Eylül University, Department of Public Health, İzmir.
3. Hennessy D, Hicks C. (2001) "Hennessy-Hicks Training Needs Analysis Questionnaire and Manual." University of Birmingham, Lisenced to WHO for On-line use http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/HennessyHicks_trainingneedstool.pdf
4. Hicks C, Hennessy D. (1997) "Identifying training objectives: the role of negotiation." Journal of Nursing Management, 5: 263-265.
5. McClelland S.D. (2002) A Training Needs Assessment for the United Way of Dunn County Wisconsin. The Graduate School University of Wisconsin-Stout, Menomonie, WI, USA. <http://www.uwstout.edu/lib/thesis/2002/2002mcclellands.pdf>

Anahtar Kelimeler: Bulaşıcı olmayan hastalıklar, eğitim gereksinimleri belirleme, derinlemesine görüşme.

493

TÜRKİYE'DE TİP 2 DİYABET SIKLIĞI 2025 YILINDA NE KADAR OLACAK? BASİT BİR MODELİN GEÇERLİLİĞİ

Kaan Sözmen¹, Martin O'Flaherty², Belgin Ünal³, İlhan Satman⁴, Julia Critchley⁵, Nigel Unwin⁶, Simon Capewell⁷

¹Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir

²Liverpool Üniversitesi Halk Sağlığı AD.

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

⁴İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

⁵St George's Üniversitesi, Londra

⁶Newcastle Üniversitesi

⁷Liverpool Üniversitesi

Giriş: Günümüzdeki diyabet prevalansına yönelik projeksiyonlar daha çok demografik değişimi temel almaktadır. Projeksiyonlarda obezite ve diğer risk etmenlerindeki trendlerin de göz önüne alınması gücü artırabilir ve farklı koruyucu önlem seçeneklerinin sağlık politikaları açısından değerlendirilmesine yardımcı olabilir.

Yöntem: Türkiye için 1997-2025 yıllarını kapsayan ve 25-74 yaş grubu nüfusu içeren bir model geliştirildi. Model, ilgili dönemdeki nüfus, obezite ve diyabetteki trend bilgilerini birleştirerek ve Markov yaklaşımı kullanarak ileri dönemde diyabet sıklığını öngörmektedir. Modelde kullanılan değişkenler, yaşa ve cinsiyete göre nüfus, modelin başlangıç yılındaki diyabet, obezite ve sigara kullanım sıklıkları ve ölüm hızlarıdır. Bu bilgiler literatürden ve Türkiye İstatistik Kurumundan elde edilmiş olup, sadece diyabet insidansı Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve Küresel Hastalık Yükü Çalışması'nda kullanılan DISMOD II programı yardımıyla başlangıç yılı diyabet prevalans verileri kullanılarak elde hesaplanmıştır. Modelden elde edilen yaşa ve cinsiyete göre diyabet sıklıkları 2010 yılında yapılan "Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Epidemiyoloji Çalışması" (TURDEP-II)'nin sonuçlarıyla karşılaştırılarak modelin geçerliliği denetlenmiştir.

Bulgular: Model tarafından 1997 yılında öngörülen Tip 2 diyabet sıklığı %7.5 (%95 Güven aralığı: %6.0- %9.0) olup geçerliliğin test edildiği yıl olan 2010 yılında sıklık %16.1'e (%95 Güven aralığı: %15.5-%16.1) yükselmiştir. Modele göre hesaplanan tahmini sıklık ile TURDEP-II çalışmasından elde edilen sıklık birbiri ile uyumlu bulunmuştur. 2010 yılı için TURDEP-II çalışmasına göre gözlenen diyabet sıklığı %14.9 (Erkek: %13.6, Kadın: %16.1), model tarafından öngörülen sıklıklar ise %16.1'dir (Erkek: %14.9, Kadın: %17.1). Varolan obezite ve sigara trendi aynen devam ederse 2025 yılı için öngörülen diyabet sıklığı %31.4 (Erkek: %28.2, Kadın: %34.6) olarak hesaplanmıştır. Senaryo analizlerinde ise, 2010 yılından başlayarak 10 yıllık sürede obezite sıklığının %10 ve sigara kullanımının %20 azalması durumunda, 2025 yılı için öngörülen diyabet sıklığında %5.7 (erkek: %3.7, kadın: %6.8)'lik mutlak düşme elde edilebileceği ve sıklığın %25.7 olacağı bulunmuştur.

Sonuç: Oluşturulmuş olan bu model, diyabet sıklıklarını Türkiye'de yapılan çalışmalara benzer olarak ön görebilmektedir. Günümüzde diyabet önemli bir halk sağlığı sorunudur ve oluşturulan model önümüzdeki on

yılda diyabet sıklığının önemli derecede artacağını öngörmektedir. Bu nedenle, Türk toplumunu obezite ve diğer risk etmenlerinden korumaya yönelik girişimler hızlı ve etkili bir biçimde uygulanmaya başlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Diabetes Mellitus, Markov model, projeksiyon

262

TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 1 ÖĞRENCİLERİNİN ORGAN BAĞIŞI İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARI

Mehmet Bostancı, Ahmet Ergin, Süleyman Utku Uzun, Ali İhsan Bozkurt, Alper Divarçı, Aysu Aktaş, Zeynep Bayer, Ebru Yılmaz, İlkay Ayrancı, Serpil Erken, Şahin Atik

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Organ-doku nakli, vücutta görevini yapamayan bir organın-dokunun yerine canlı kişiden, beyin ölümü gerçekleşmiş kişiden ya da ölüden alınan sağlam ve aynı görevi üstlenecek bir organın-dokunun nakledilmesi işlemidir. Bir kişinin hayatta iken serbest iradesi ile tıbben yaşamı sona erdikten sonra doku ve organlarının başka hastaların tedavisi için kullanılmasına izin vermesi ve onu belgelendirmesi, organ-doku bağışı olarak adlandırılmaktadır. Geleceğin hekim adaylarının henüz yeterli tıbbi bilgisi ve yönlendirme olmadan, organ bağışına yönelik bilgi ve görüşlerinin bilinmesi, onlara bu alanda daha etkin görevlerin planlanması açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle çalışmamız Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1 öğrencilerinin organ bağışına yönelik bilgi ve tutumlarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışmanın evrenini, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010-2011 öğretim yılı içerisindeki 1. sınıflar oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden evren üzerinde çalışılmış, ancak anket formlarının uygulandığı günlerde devamsız olan ya da anket formunu doldurmak istemeyen 19 (%13,6) öğrencinin çalışma dışında tutulması nedeniyle 121 (%86,4) öğrenci çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışma öncesinde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı izin, çalışmaya katılan öğrencilerin ise sözel onamları alınmıştır.

Çalışma kapsamına alınan öğrencilere; çalışmanın amacı, anket formunun içeriği ve çoktan seçmeli test uygulanacağı hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilere, organ bağışı ile ilgili bilgi ve tutumlarının ölçülmesini amaçlayan anket formu doldurtulmuştur. Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından oluşturulan 7 sorudan oluşan sosyo-demografik verileri sorgulayan sorular ve 15 sorudan oluşan organ nakli/bağışına yönelik görüş/bilgi düzeyi ve tutum ölçme soruları kullanılmıştır. Verilerin analizi için SPSS paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya yaşları 18-29 arasında değişen 121 tıp fakültesi 1. sınıf öğrencisi katılmıştır. Öğrencilerin %56,2 (n=68)'si kız öğrencidir. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 85,9 (n=104)'ü 20 yaş ve altındadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 3,3 (n=4)'ü sigara kullanmaktadır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin % 97,5 (n=118)'inin organ nakli bekleyen yakını yoktur. Araştırmaya katılan öğrencilerin %67,8 (n=82)'i organ bağışı hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını düşünmektedir. Öğrencilerin % 69,9 (n=81)'u organlarını bağışlamayı düşünürken, % 23,1 (n=28)'i ise organ bağışı konusunda kararsızdır, %9,9 (n=12)'ü organlarını bağışlamayı düşünmemektedir. Organlarını bağışlamayı düşünenlerin %54,5 (n=66)'i hasta bireyleri sağlığına kavuşturmanın önemli olduğunu, %14,9 (n=18)'u ilerde kendilerin de ihtiyacı olabileceğine inanmaktadır. Katılımcıların %7,4 (n=9)'ü sigara içenlerin organ bağışı yapamayacağını, % 46,3 (n=56)'ü sigara içenlerin organ bağışı yapabileceğini düşünüyor. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 95,9 (n=116)'u beyin ölümü gerçekleşmiş insandan, %63,6 (n=77)'si canlı insandan, %25,6 (n=31)'si hayvandan, %23,1 (n=28)'i kadavradan organ nakli yapılabildiğini düşünmektedir. Organlarını bağışlamayı düşünmeyenlerin %1,7 (n=2)'si vücudunun parçalanmasını istemediğini, %4,1 (n=5)'i korktuğunu, %4,1 (n=5)'i kendini hazır hissetmediğini, %0,8 (n=1)'i dini açıdan uygun bulmadığını düşünüyor. Araştırmaya katılanların %97,5 (n=118)'i kendilerine organ bağışı yapılmasını kabul etmektedir. Ailesinden birine organ gerekli olduğunda organ bağışlamayı kabul edenler %97,5 (n=118), kararsız olanlar %2,5 (n=3)'dir. Hangi organlar bağışlanabilir sorusuna %98,3 (n=119)'ü böbrek, %87,6 (n=106)'sı karaciğer, %85,1 (n=103)'i kalp, % 83,5 (n=101)'i kornea, % 69,4 (n=84)'ü kalp kapağı, %51,2 (n=62)'si pankreas, %44,6 (n=54)'sı el, %38,8 (n=47)'i akciğer, %32,2 (n=39)'si mide, %29,8'i (n=36) mesane, % 26,4

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

(n=32)'ü ince bağırsak, %25,6 (n=31)'si over, %23,1 (n=28)'i kalın bağırsak, % 15,7 (n=19)'si beyin cevabını vermiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %0,8 (n=1)'si bağışlanacak organların hepsini bilmektedir.

Tartışma: Organ nakli günümüzde giderek önem kazanmaktadır. Gerçekleştirilen başarılı organ nakillerine rağmen bağışlanan organ sayısının yetersiz olması nedeniyle bağışlanan organlar ihtiyacı karşılamamaktadır. Pamukkale Üniversitesi tıp fakültesi dönem 1 öğrencilerinin organ bağıışı ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla yaptığımız çalışma Pamukkale Üniversitesi tıp fakültesi' nde 1. sınıfta öğrenim gören 121 öğrenciyi kapsamaktadır. Çalışmaya katılan öğrencilerin %69,9'u organ bağışlamayı düşündüğünü, %23,1'i ise kararsız olduğunu belirtmiştir.

Yapılan analizlerde kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre organlarını bağışlamayı daha çok düşündükleri belirlendi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0. 05). Fakat Kacaroğlu Vicdan ve arkadaşlarının 2011 yılında sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada bu değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaşar ve arkadaşlarının 2008 yılında sağlık meslek yüksekokulu son sınıf öğrencilerine yaptığı çalışmada öğrencilerin %34,9'unun organlarını bağışlamayı istemedikleri, %54,6'sının ise kararsız oldukları belirlenmiştir. Özmen ve arkadaşlarının sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada da öğrencilerin %36,1'i organlarını bağışlamayı düşünürken, %52,4'ü kararsız olarak saptanmıştır.

Katılımcıların %77,7'ü organ bağıışı yapmak için hangi kuruma başvuracaklarını bilmemektedir. Naçar ve arkadaşları, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin %86'sının organ bağıışı yapmak için hangi kuruma başvuracaklarını bilmediklerini saptamıştır.

Organlarını bağışlamayı istemeyen öğrencilerin %61,5'inin vücut bütünlüğünün bozulmasını istemedikleri görüldü. Gök Özer ve arkadaşlarının 2008 yılında sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %4'ü , Yaşar ve arkadaşlarının 2008 yılında sağlık meslek yüksekokulu son sınıf öğrencilerinde yaptığı çalışmada da %30,2'si vücut bütünlüğünün bozulmasını istemediklerini belirtmişlerdir.

Sonuç ve Öneriler: Bu araştırmada, organ bağıışı konusunda toplumda duyarlılığı arttırmada anahtar rol oynayabilecek tıp fakültesi öğrencilerinin organ nakli ve bağıışı konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinin bu konuda olumlu düşüncelerini geliştirmek, davranışa dönüştürmek için; eğitimleri süresince buna önem verilmesi ve müfredatların bu doğrultuda yeniden gözden geçirilmesi, ve buna benzer çalışmaların tekrarlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Organ Bağıışı, Tıp Öğrencileri, PAÜ, Kesitsel

Kaynaklar:

- 1-Kacaroğlu Vicdan A, Peker S, Üçer B, "Akşehir Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Organ Bağıışı ile İlgili Tutumlarının Belirlenmesi" TAF Prev Med Bull 2011; 10(2): 175-180
- 2- Yaşar M., Oğur R., Uçar M. "Bir Sağlık Meslek Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Organ Bağıışı Konusundaki Tutumları ve Tutumlarına Etki Eden Faktörler", Genel Tıp Dergisi 2008;18(1): 33-37
- 3- Özmen D., Çetinkaya A. C., Sarızeybek B., Zeybek A., "C.B.Ü Manisa Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Organ Bağıışına İlişkin Bilgi ve Görüşleri", Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28: 311-318
- 4- Naçar M., Çetinkaya F., Kanyılmaz D. , "Hekim Adaylarının Organ Nakline Bakış Açıkları", Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2001; 10 (2): 123-128
- 5-Gök Özer F, Yavuz Karamanoğlu A, Beydağ K. D. , Fidancıoğlu H, Akıncı E, Şanlı İ, Tembelo H, Bozkurt L, Urak S, "Sağlık Yüksekokulunda Öğrenim Gören Bir Grup Öğrencinin Organ Nakli/Bağıışına Yönelik Görüşleri ve Bilgi Düzeylerine Eğitimin Etkisi", TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2008; 7 (1): 39-46

660

TURİZM İŞLETMECİLİĞİ VE OTELCİLİK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN KAPALI ORTAMLARDA TÜTÜN ÜRÜNLERİ KULLANIMINA YAKLAŞIMLARI

Mehmet Sağıroğlu, Müberra Çakıcı Tosun, Elçin Balcı, Osman Günay

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Tütün ürünlerinin kullanımı, dünya'da ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunu haline almıştır (1). Türkiye'de ilk kez 1996 yılında tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesine yönelik bir yasa uygulamaya

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

konulmuştur. Bu yasa ile sağlık kurumlarında, eğitim kurumlarında, toplu taşıma araçları ve diğer kapalı alanlarda sigara içilmesi yasaklanmıştır (2). Daha sonra 19 Mayıs 2008'den itibaren (5727 sayılı Yasa) kapalı alanlarda sigara içme yasağı uygulanmaya başlamıştır. Lokanta, kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmeler dışında kalan alanlarda tütün ürünlerinin tüketilmemesi uygulamasına ise 19 Temmuz 2009'da başlanmıştır (3).

Sigara içmek bir yetişkin alışkanlığı gibi görülmele birlikte, genç bireylerin kendi özgürlük ve bağımsızlık duygularını kanıtlamak şeklinde başlayan özentileri zamanla tütüne karşı bağımlılık olarak devam etmektedir. Sigaraya başlamak için, merak, heves ve özentiler vb. gibi birçok faktör olduğu belirtilmektedir (1). Son yıllarda özellikle gelişmiş toplumlarda erişkin sigara içiciliğinde azalma görülmekle birlikte, ergenlerde sigara kullanım sıklığında istenilen azalma görülmemekte, aksine birçok ülkede artış gözlenmektedir. Türkiye'de bu yasanın çıkarılması aşamasında oluşturulan ve 2008–2012 yıllarını kapsayan "Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı"nın temel hedefi ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin sıklığını %80'in üzerine çıkarmak, 15 yaşın altında ise %100'e yakın olmasını sağlamaktır. Eylem planında yer alan başlıklar "Tütün ürünlerine olan talebin azaltılmasına yönelik önlemler", "Tütün arzının ve tütün ürünlerinin kullanımının azaltılmasına yönelik önlemler" ve "Tütün kullanımı ve ulusal tütün kontrol programının izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması" şeklinde tanımlanmıştır (4). Medyada birçok kampanya düzenlenmiş, meslek örgütleri ve kamu kuruluşları yasayı desteklediklerine dair açıklamalar yapmışlardır.

Kapalı ortamlarda tütün ürünlerinin kullanımı ile ilgili yasakların uygulanması, tüm toplumun ve özellikle bazı sektörlerde çalışanların bu yasanın gerekliliğini anlamasına ve desteklemesine bağlıdır. Çoğunluğu konaklama ve eğlence sektöründe görev alması beklenen Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik öğrencilerinin tütün ürünlerinin kullanımıyla ilgili yasal düzenlemelere yaklaşımı, bu düzenlemelerin uygulanması açısından çok önemlidir.

Bu araştırmanın amacı, Erciyes Üniversitesi Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Yüksekokulu öğrencilerinin tütün kontrol yasası ve ilişkili uygulamalar hakkındaki bilgi, tutum, davranışlarını ve etkileyen bazı etmenleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel araştırma, Erciyes Üniversitesi Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Yüksekokulu öğrencileri üzerinde 2012 yılında yapıldı. Erciyes Üniversitesi Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Yüksekokulu'nda 2011 – 2012 eğitim–öğretim yılında kayıtlı toplam 348 öğrenci olduğu öğrenildi. Araştırmamızda bu öğrencilerin tamamına ulaşılması hedeflendi. Araştırma için, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik onay ve ilgili yüksek okul müdürlüğünden idari izin alındı.

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 38 sorudan oluşan anket formu yardımıyla toplandı. Anket formunda, öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, tütün ürünleri kullanma durumları ve kapalı ortamlarda tütün kullanımı hakkındaki yasal düzenlemelerle ilgili sorular yer alıyordu.

Öğrenciler okullarında ziyaret edilerek araştırma hakkında bilgilendirildi ve sözel onamları alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere yüzyüze görüşme yöntemiyle anket uygulandı. Ziyaret sırasında okulda bulunmayan öğrenciler çalışmaya alınmadı. Toplam 285 (%81.8) öğrenciye ulaşıldı.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 15.0 programı yardımıyla değerlendirildi.

Bulgular: Araştırma grubundaki öğrencilerin 132'si (%46.3) kız, 153'ü (%53.7) erkek olup, yaş ortalaması 20.6±1.9 yıl bulunmuştur. Öğrencilerin %35.8'i öğrenci evinde, %34.0'ı yurttan, %30.2'si ailesinin yanında kalmaktadır.

Öğrencilerin %42.8'i hiç sigara içmediğini, %17.5'i daha önce içtiğini ama bıraktığını, %19.6'sı her gün içtiğini, %20.1'i arada sırada içtiğini belirtmiştir. Her gün sigara içtiğini belirten öğrencilerin %32.1'i günde 10 ve daha az, %55.4'ü 11–20, %12.5'i 21–30 sigara içtiğini belirtmiştir. Sigarayı bırakan öğrencilerin bırakma nedenlerine bakıldığında %34.0'ı sigaranın zararlı olduğuna karar verdiğini, %28.0'ı sağlık sorunları yaşadığını, %28.0'ı özel nedeni olmadığını ve %10.0'ı Tütün yasağı ile ilgili yasal düzenlemelerin sigarayı bırakmasında etkili olduğunu belirtmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Her gün sigara içtiğini belirten öğrencilerin %20.5'i 14–15 yaşlarında, %46.2'si 16–17 yaşlarında, %33.3' ise 18 yaş ve sonrasın da sigaraya başladığını belirtmiştir. Her gün sigara içtiğini belirten öğrencilerin %43.6'sı merak ve özenti ile, %34.6'sı can sıkıntısı, kayęı, üzüntü ile, %14.1'i arkadaş çevresinin ısrarı ile ve %7.7'si ise özel bir nedeni olmadan sigaraya başladığını belirtmiştir. Her gün sigara içtiğini belirten öğrencilerin %14.1'i aile büyüklerinin yanında her zaman sigara içtiğini %57.7'si bazen içtiğini, %28.2'si kesinlikle içmediğini belirtmiştir. Her gün sigara içtiğini belirten öğrencilerin %64.1'i sigarayı bırakmayı hiç denemediğini, %35.9'u ise denediğini ama yeniden başladığını belirtmiştir.

Öğrencilerin %66.7'si tütün içme konusundaki yasal uygulamaları gerekli görmekteyken, %24.9'u gereksiz görmekte ve %8.4' bu konuda fikri olmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin %41.4' tütün içme konusundaki yasal uygulamaların etkisiz ve caydırıcı olmadığını dşnmekteyken %36.5'i etkili ve caydırıcı olduğunu düşünmektedir. Öğrencilerin %53.7'si sigaranın pek çok kansere neden olduğunu bildiğini ve inandığını belirtmekteyken, %32.6'sı bildiğini fakat inanmadığını ve %13.7'si ise bilmediğini belirtmiştir.

Öğrencilerin %46.3' aile büyüklerinde sigara içen birinin bulunması halinde çocukların sigaraya eğilimlerinin artacağını, %28.8'i azalacağını ve %24.9'u ise etkilemeyeceğini düşünmektedir. Öğrencilerin %33.7'si yazılı ve görsel medyadaki reklamların toplumda sigara içme eğilimini artıracacağını, %36.1'i azaltacağını ve %30.2'si ise etkilemeyeceğini düşünmektedir. Öğrencilerin %44.2'si sigara paketlerinin üzerindeki uyarı yazıları ve resimlerinin sigara içme eğilimini azaltacağını, %11.6'sı arttıracacağını ve %44.2'si ise etkilemeyeceğini düşünmektedir.

Öğrencilerin %27.7'si sigara içmeyen ve sigara dumanına pasif olarak maruz kalan kişilerin, sigara içenler kadar etkileneneğini, %38.9'u içenler kadar etkilenmeyeceğini, %22.1'i içenlerden fazla etkileneneğini ve %11.3' ise bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin %53.0'ı televizyon ekranında sigara içildiğini görmenin kişilerin sigara iimini artırdığını, %14.4' azalttığını ve %32.6'sı ise etkilemediğini düşünmektedir.

Öğrencilerin %41.4' nargilenin sigaradan daha az zararlı olduğunu, %33.3' sigara kadar zararlı olduğunu, %20.4' sigaradan daha fazla zararlı olduğunu ve %4.9'u ise fikrinin olmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin %37.2'si piponun sigaradan daha fazla zararlı olduğunu, %25.6'sı sigara kadar zararlı olduğunu, %24.9'u sigaradan daha az zararlı olduğunu ve %12.3' ise fikrinin olmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin %32.3' puronun sigaradan daha fazla zararlı olduğunu, %26.0'ı sigaradan daha az zararlı olduğunu, %24.9'u sigara kadar zararlı olduğunu ve %16.8'i ise fikrinin olmadığını belirtmiştir.

Öğrencilerin %34.4' Tütün ve Mamulleri Hakkındaki Kanun'un başarılı uygulandığını, %30.5'i başarılı uygulanmadığını ve %35.1'i ise fikri olmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin %55.1'i bu kanunu desteklediğini, %25.6'sı kısmen desteklediğini, %15.1'i desteklemediğini, %4.2'si ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %40.0'ı vatandaş olarak bu kanundan memnun olduğunu, %37.9'u kısmen memnun olduğunu, %17.2'si memnun olmadığını, %4.9'u ise kararsız olduğunu belirtmiştir.

Öğrencilerin %34.0'ı bu kanundan sonra sigara bırakanların arttığını, %17.9'u sigaraya başlayanların arttığını, %35.5'i değişmediğini ve %12.6'sı ise fikri olmadığını belirtmiştir.

Öğrencilerin %37.5'i buldukları yerlerde yasağa uyulmayan yerlere rastladığını, %62.5'i ise rastlamadığını belirtmiştir. Yasağa uyulmayan yerler sorulduğunda, öğrencilerin %39.3' lokanta, %15.9'u kuaför-berber, %9.3' bakkal-market ve %35.5'i diğer yerler olarak belirtmiştir.

Yasağa uyulmayan bir yer gördüğünde, öğrencilerin %37.2'si Őikayette bulunacağını, %31.6'sı kendisini ilgilendirmediğini ifade etmiştir. Öğrencilerin %25.3' yasaktan sonra kapalı mekanlara gidiş sıklığının arttığını, %30.9'u azaldığını ve %43.8'i ise değişmediğini ifade etmiştir.

Sigara ile mücadele uygulamalarından hangisinden en fazla etkilendiği sorulduğunda; öğrencilerin %44.9'u para cezası, %22.1'i televizyon programları, %15.8'i sigara paketlerindeki uyarılar, %10.2'si gazete haberleri, %7.0'ı radyodaki programlar olarak cevap vermiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Her gün sigara içenlerin %48.2'si sigara ile ilgili yasal düzenlemeleri kısmen, %14.3'ü kesinlikle desteklerken, hiç sigara içmeyenlerin %15.6'sı kısmen, %73.8'i kesinlikle yasayı desteklemektedir. Kız öğrencilerin %20.5'i kısmen, %65.9'u kesinlikle desteklerken, erkek öğrencilerin %30.1'i kısmen, %45.8'i yasayı desteklemektedir.

Yasal düzenlemelerin gerekli olup olmadığı sorulduğunda, kız öğrencilerin %83.3'ü gerekli görürken, erkek öğrencilerin %52.3'ü gerekli görmektedir. Erkek ve kız öğrenciler arasındaki fark önemli bulunmuştur. ($P<0.05$). Hiç sigara içmeyen öğrencilerin %79.5'i yasayı gerekli görürken, her gün sigara içen öğrencilerin %41.1'i yasayı gerekli görmektedir. Sigara içen ve içmeyenler arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($P<0.05$). Günde 10 ve daha az sigara içen öğrencilerin %44.4'ü yasayı gerekli görürken, bu oran günde 11–20 sigara içenlerde %41.9, günde 20–30 sigara içenlerde %28.6'dır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırmamıza katılan öğrencilerin %55.1'i bu kanunu desteklediğini, %25.6'sı kısmen desteklediğini, %15.1'i desteklemediğini, %4.2'si ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Durusoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise öğrencileri %71.7'si bu kanunu kesinlikle desteklediğini, %11.6'sı biraz desteklediğini, %8.7'si biraz karşısında olduğunu, %8.0'i ise kesinlikle karşı olduğunu belirtmiş olup bulgular benzerdir (5).

Tütün içme konusundaki yasal düzenlemeleri gerekli görme oranı kız öğrencilerde erkek öğrencilere göre daha fazladır. Bu kızların daha az sigara içmesine bağlı olabilir. Hiç sigara içmeyenlerin yasal düzenlemeleri gerekli görme oranı, her gün sigara içenlerin yaklaşık iki katıdır. Günde içilen sigara miktarı arttıkça yasal düzenlemeleri gerekli görme oranı düşmektedir.

Araştırma grubundaki öğrencilerin çoğunluğu kapalı ortamlarda tütün ürünlerinin kullanımının yasaklanması ile ilgili yasal düzenlemeleri desteklediğini belirtmektedir. Ancak, öğrencilerin yaklaşık üçte biri bu düzenlemelerin etkili olacağını düşünmektedir.

Yasal düzenlemelerin etkili biçimde uygulanması için, tüm toplumun yasal düzenlemeler konusunda bilgilendirilmesi ve yaptırımların etkili biçimde uygulanmasının yanında; turizm işletmeciliği gibi, hizmet sektöründe çalışanların konuya duyarlılıklarının artırılmasını sağlayacak önlemler alınmalıdır. Sigara içen öğrencilerin kapalı ortamlarda tütün ürünlerinin kullanımıyla ilgili yasal düzenlemelere daha olumsuz yaklaştığı saptanmıştır. Bu nedenle, özellikle sigara içen öğrencilerin, bu yasal düzenlemelerin gerekliliğine inandırılması ve uyumlarının sağlanmasına dönük çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Turizm işletmeciliği, öğrenci, sigara, tütün.

Kaynaklar:

1. Tan M, Arıkan D, Şahin Z, Özdemir F. Kapalı mekanlarda sigara içme yasağının hemşirelik öğrencilerinin sigarayı bırakma durumlarına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;14 (3):47–51
2. Güneş G, Karaoglu L, Genç MF, Pehlivan E, Eğri M. University hospital physicians' attitudes and practices for smoking cessation counseling in Malatya, Turkey. *Patient Education and Counseling* 2005; 56(2): 147–153
3. Resmi gazete. 5727 sayılı Tütün mamullerinin zararlarının önlenmesine dair kanunda değişiklik yapılması hakkında kanun (Tarih: 19 Ocak 2008; Sayı: 26761). (Kabul Tarihi: 3 Ocak 2008).
4. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008–2012. Ankara 2008: ss 11–16.
5. Durusoy R, Aksan AD, Hassoy H, Ergin I. Sağlıkçı gençler sigara yasaklarını destekliyor mu? *Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Görüşleri*. *Türk Toraks Dergisi* 2011; 12: 144-152.

TIP 2 DİYABETES MELLİTUS'LU HASTALARIN İLAÇ TEDAVİSİ, FİZİK EGZERSİZ VE DİYET TEDAVİSİNE UYUM DURUMU, 2011 DİYARBAKIR

Melikşah Ertem¹, Evrim Arslan², Alpaslan Tuzcu³, Günay Saka⁴

¹İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, Karşıyaka Halk Sağlığı Laboratuvarı İZMİR

²Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı

⁴Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş: Ülkemizde Diyabetes Mellitus (DM) önemli hastalık yükü oluşturmaktadır. TURDEP çalışmasına göre Türk erişkin toplumunda DM sıklığı %13,7'ye ulaşmıştır. Bölgesel DM prevalansı Kuzey Anadolu'da %14,5 ile en düşük, Doğu Anadolu'da ise %18,2 ile en yüksek orana sahiptir ve 40–44 yaş grubundan itibaren nüfusun en az %10'u DM'ludur (1). DM hastalarının da tedaviye uyumu ve sağlıklı yaşam tarzları hastalığın gelişimine etki eden en önemli etkindir. Metabolik kontrolün sağlanması ve diyabet hastalığının ilerleyip komplikasyonlarının gelişmemesi için hastaların tedaviye uyumu ve yaşam tarzlarındaki değişim çok önemlidir. Değişik çalışmalarda Diyabet hastalarında yetersiz tedavi uyumu sıklığı %20 ile %80'si arasında değiştiği gösterilmiştir (2,3,4,5,6). Hastaların tedaviye uyumunu; hekim-hasta arasındaki iletişim, uygulanan tedavinin zorluğu, hastaların sosyoekonomik durumları, eğitim durumları, hastalığı kabullenmeleri ve psikolojik durumları gibi faktörler etkilemektedir. Bunun yanında DM'un tipi, verilen tedavinin şekli, hastalığın süresi tedaviye uyumu etkileyen değişkenler olduğu belirtilmiştir (7). Tedaviye uyum iki bağlamda değerlendirilmektedir. Bunlar hastaların demografik özellikleri ve hastalıklarının özellikleriyle ilgili olan bireysel özellikleri ve hekimlerle ilişkiler, sosyal destek, takip sistemi gibi durumları içeren çevresel özelliklerdir. Ülkemizde kronik hastalığı olanların tedavilerine uyumlarını inceleyen çalışma sayısı yeterli değildir. Diyabet hastalarının tedaviye uyum sıklığı ve bunu etkileyen faktörlerin bilinmesi ve buna uygun stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı Kliniğine gelen diyabet hastaların tedaviye uyumlarının sıklığı ve buna etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bunun yanında tedaviye uyumun HbA1c düzeyine etkisi de incelenmiştir.

Gereç Yöntem: Bu araştırma Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı polikliniğine Mart 2011-Haziran 2011 tarihleri arasında başvuran Tip 2 DM tanısı almış hastalarda yürütülmüştür. Çalışma kesitsel nitelikte tasarlanmış olması yanında, tedaviye uyum sorunu olan hastalar vaka olarak değerlendirilerek vaka kontrol düzeneğinde analizler de yapılmıştır. Geçmiş aylardaki hastane kayıtlarından endokrin polikliniğine başvuran aylık ortalama hasta sayısının 111 olduğu belirlenmiş, araştırmanın örneklemini 4 ay boyunca kliniğe başvuran 444 hastanın oluşturması tahmin edilmiştir. Bununla beraber 400 hastaya ulaşıncaya örnek almaya son verilmiştir. Örneklem seçiminde herhangi bir yöntem kullanılmayıp dört ay boyunca polikliniğine başvuran tüm hastalar çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. En az 1 yıllık Tip 2 DM tanısı almış kişiler çalışmaya dâhil edilmiştir. Yeni tanı alanlar, gebelik nedeniyle diyabet olmuşlar, Tip 1 Diyabetliler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bu çalışmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşanan yer, ailede diyabet öyküsü, diyabet süresi, diyabetli hastanın ev içinde tedaviyi sürdürmek için destek görmesi, diyabet eğitimi alma durumu bağımsız değişken; hastaların tedaviye uyumları ise bağımlı değişken olarak alınmıştır. Bunun yanında tedaviye uyumun HbA1c düzeylerine etkisi de analiz edilmiştir.

Hastaların tedaviye uyumları 3 farklı kategoride irdelenmiştir. Verilen ilaç tedaviye uyumları: geçen hafta içinde bir defa olsun ilaçlarını almayı unutmayanlar, 1-3 defa unutanlar ve 4'ten fazla unutanlar şeklinde gruplandırılmıştır. Fizik egzersiz önerilerine uymaları: fizik egzersiz yapmaz yada çok hafif ev işleri yapar, düzenli olarak orta şiddette fizik egzersiz yapar, ağır şiddette fizik egzersiz de yapar şeklinde 3 gruba ayrılmıştır. Diyet tedaviye uyum ise: diyetisyene hiç gitmemiş yada önerilere uyamayan ve diyetisyen önerilerine uymaya çalışan şeklinde 2 gruba ayrılmıştır.

Tüm anketler aynı araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. İletişim sorunu yaşandığı durumlarda hasta yakınlarından yardım alınmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce Dicle Üniversitesi etik kurul onayı ve gerekli diğer izinler alınmıştır. Çalışmaya katılacak kişilerden aydınlatılmış sözel onam alınmış, bu çalışmadan herhangi bir menfaatleri olmayacağı,

istedikleri an sorulara cevap vermeyi kesebilecekleri belirtilmiştir. Bu çalışmaya katılımlarının gönüllülük esasına bağlı olduğu, çalışmaya katılma yada katılmamanın kendilerine yada tedavilerine bir etkisi olmayacağı anlatılmıştır. Buna rağmen anket sorularına cevap veren hastalar çalışmaya alınmıştır. Verilerin girilmesi ve istatistiksel olarak değerlendirilmesinde SPSS 11. 0 paket programı kullanılmıştır. Anket sonucunda oluşan frekans tabloları için ki kare analiz yapılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada 129'u erkek (%32,2), 271'i (%67,8) kadın toplam 400 Tip 2 DM'lunun tedaviye uyum durumları incelenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 53,9± 11,8 (min:34; max:85) olarak bulunmuştur.

İlaç tedavisine uyum kadınlarda %75,0; erkeklerde %62,4 toplamda %70,1 bulunmuştur. Kadınlarla erkekler arasında ilaç tedavisine uyum açısından fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (p=0,016). Hastaların %26,5'i diyet tedavisine iyi uyabildiğini belirtirken bu oran erkeklerde %23,3; kadınlarda %28,0 (p=0,31). Hastalarımızın %78,5'inin fizik egzersiz ya hiç yapmamakta yada hafif şiddette egzersiz yapmakta olduğu saptanmıştır. Fizik egzersiz yapmama kadınlarda %83,8; erkeklerde %67,4 çıkmıştır bu farklılık istatistiksel olarak ta anlamlı bulunmuştur (p=0,001). İlaç tedavisine uyum yaş, yaşanılan yer (kır/kent), kaç yıllık diyabet hastası olduğu ile değişmezken eğitim düzeyi ile farklılık gösterdiği saptanmıştır. Beklenen tam aksine okur yazar olmayan grupta geçen hafta boyunca ilaçlarını hiç unutmama %75 iken lise ve üzeri eğitimlerde bu oran daha düşük, %60,0 bulunmuştur (p=0,018). Diyetisyen tedavisine uyum hastanın yaşı, yaşadığı yer, eğitim durumu ile değişmezken hastanın kaç yıllık diyabetli olduğu grupları arasında diyet tedaviye uyum bakımından fark saptanmıştır. 2 yıldan kısa süredir diyabetli olan grupta diyet tedaviye uyum %20,6 iken 12 yıldan eski diyabetlilerde diyet tedaviye uyum %34,1 bulunmuştur (p=0,043). Fizik egzersiz yapmama 40 yaş altındaki hastalarda %70,8 iken; 60-69 yaş grubunda %87,0; 70 yaş üzerinde %95 çıkmıştır (p=0,02). Fizik egzersiz yapmama okur yazar olmayanlarda %88,2 iken lise ve üzeri öğrenim görmüşlerde %54,5 bulunmuştur (p=0,0001). Fizik egzersiz yapmama kentte yaşayanlarda %74,5; kırsalda %91,5 olduğu ve gruplar arasında fark olduğu saptanmıştır (p=0,001).

Tartışma: Bu bulgular diyabet hastalarında ilaç, diyet ve fizik egzersiz tedavilerine uyumda sorun olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmamızda %71,0 çıkan ilaç tedaviye uyum oran %41 olan Etyopya (8) ve %59 olan Nijerya (9) örneğinden yüksek bulunmuştur. Kronik hastalıklarda ilaç tedaviye uyum ise Orta Doğu ülkelerinde %1 ile %88 arasında değiştiği raporlanmıştır (10). İlaç tedaviye uyumun bizim çalışmamızda olduğu gibi kadınlarda daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar (11) yanında erkeklerde daha iyi olduğunu gösterenler de (12) raporlanmıştır. Çalışmamızda ilaç tedaviye uyumdan çok diyet tedaviye uyum ve fizik egzersiz yapmama sorunları daha belirgin çıkmıştır. Özellikle fizik egzersiz yapmama kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Bu durum kadınların sosyal alanları yeterli kullanamamasına bağlanabilir. Her ne kadar diyet tedaviye uyum bakımından çalışmamızda cinsiyetler arasında fark saptanmasa da diğer çalışmalarda kadınların diyetle daha iyi uydukları başka çalışmalarda gösterilmiştir (13). Çalışmamızda diyetisyen tavsiyelerine uyum diyabetlilerin dörtte birine yakın olmasına karşın İspanya'da yapılan kesitsel çalışmada hastaların yarısının diyet tavsiyelerine uyduğu bulunmuştur (14). İlaç ve diyet tedaviye uyum konusunda yaş grupları arasında fark bulunmazken daha yaşlı grupların fizik egzersiz yapmadıkları yada yapamadıkları çalışmamızın bulgularından biri olmuştur. Benzer şekilde ileri yaşın yaşam değişikliği gerektiren kronik hastalıkların tedavisinde sorun olduğu tespit edilmiştir (12, 15). Lise ve üzeri grupta ilaç tedaviye uyumun daha kötü olması hastalıklarıyla ilgili bilgi edinmek için ulaştıkları kaynakların yetersizliğine bağlanabilir. Diyabet ile ilgili bilgi edinilenlerde tedaviye uyumun daha kötü olduğu Antoinette M. Schoenthaler ve arkadaşlarının(15) yaptığı çalışmada da gösterilmiş ve aynı yorum getirilmiştir.

Sonuç ve öneriler: Tip 2 DM uzun takip gerektiren bir hastalık olup, hastaların tedaviye uyumlarında sorunlar yaşanmaktadır. İlaç tedaviye uyumdan çok diyet tedaviye uyum ve fizik egzersiz yapma daha yetersiz durumdadır. Tedaviye uyumu zorlaştıran faktörlerin ortaya konulması ve buna yönelik müdahalelerin geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 Diyabetes Mellitus, tedaviye uyum, diyet tedavisi, fizik egzersiz

Kaynaklar:

1. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması) 2010
2. Nasir T Wabe1, Mulugeta T Angamo1, Sadikmahdi Hussein2. Medication adherence in diabetes mellitus and self management practices among type-2 diabetics in Ethiopia. North American Journal of Medical Sciences 2011; 3(9): 418-423.
3. Hankó B, Kázmér M, Kumli P, Hrágyel Z, Samu A, Vincze Z, Zelkó R. Pharm . Self-reported medication and lifestyle adherence in Hungarian patients with Type 2 diabetes. World Sci. 2007;29(2):58-66
4. Adams AS, Trinacty CM, Zhang F, Kleinman K, Grant RW, Meigs JB, Soumerai SB, Ross-Degnan D. Medication adherence and racial differences in A1C control. Diabetes Care. 2008;31(5):916-21.

5. Marie Krousel-Wood, Tareq Islam, Larry S Webber, Richard Re, Donald E Morisky, and Paul Muntner, Marie Krousel-Wood, Tareq Islam, Larry S Webber, Richard Re, Donald E Morisky, and Paul Muntner. *Am J Manag Care*. 2009; 15(1): 59–66.
6. Shenolikar RA, Balkrishnan R, Camacho FT, Whitmire JT, Anderson RT. Race and medication adherence in Medicaid enrollees with type-2 diabetes. *J Natl Med Assoc*. 2006; 98(7): 1071-7.
7. Glasgow RE. Compliance to diabetes regimens. In: Cramer JA, Spliker B, eds. *Patient Compliance in Medical Practice and Clinical Trials*. New York: Raven Press Ltd; 1991:209-224.
8. Wabe NT, Angamo MT, Hussein S. Medication adherence in diabetes mellitus and self management practices among type-2 diabetics in Ethiopia. *N Am J Med Sci*. 2011; 3(9):418-23.
9. Yusuff KB, Obe O, Joseph BY. Adherence to anti-diabetic drug therapy and self management practices among type-2 diabetics in Nigeria. *Pharm World Sci*. 2008;30(6):876-83.
10. Wiegand P, McCombs JS, Wang JJ. Factors of hyperlipidemia medication adherence in a nationwide health plan. *Am J Manag Care*. 2012;18(4):193-9.
11. Al-Qasem A, Smith F, Clifford S. Adherence to medication among chronic patients in Middle Eastern countries: review of studies. *East Mediterr Health J*. 2011;17(4):356-63.
12. Yang Y, Thumula V, Pace PF, Banahan BF 3rd, Wilkin NE, Lobb WB. Predictors of medication nonadherence among patients with diabetes in Medicare Part D programs: a retrospective cohort study. *Clin Ther*. 2009; 31(10):2178-88.
13. Zazpe I, Estruch R, Toledo E, Sánchez-Taínta A, Corella D, Bulló M, Fiol M, Iglesias P, Gómez-Gracia E, Arós F, Ros E, Schröder H, Serra-Majem L, Pintó X, Lamuela-Raventós R, Ruiz-Gutiérrez V, Martínez-González MA. Predictors of adherence to a Mediterranean-type diet in the PREDIMED trial. *Eur J Nutr*. 2010 Mar;49(2):91-9.
14. Muñoz-Pareja M, León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. The diet of diabetic patients in Spain in 2008-2010: accordance with the main dietary recommendations-a cross-sectional study. *PLoS One*. 2012;7(6):e39454.
15. Chiu CJ, Wray LA. Factors predicting glycemic control in middle-aged and older adults with type 2 diabetes. *Prev Chronic Dis*. 2010; 7(1):A08.
16. Antoinette M. Schoenthaler, Brian S. Schwartz, Craig Wood, Walter F. Stewart. Patient and Physician Factors Associated With Adherence to Diabetes Medications. *The Diabetes Educator*, 2012; 38 (3): 397-408.

559

YAŞLI BİREYLERİN KOLOREKTAL KANSERLE İLİŞKİLİ RİSKLERİ VE ERKEN TANI İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ

Cansu Taşkın¹, Şafak Ergül², Aslı Kalkım³

¹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.

³Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Kanser, gelişmiş ülkelerde kardiovasküler hastalıklardan sonra, gelişmekte olan ülkelerde ise kazalardan sonra tüm dünyadaki ölümlerin %12'sini oluşturan önemli bir sağlık problemidir. Kolorektal kanser, dünyada görülen en sık dördüncü kanser olup, yavaş büyüyen ve semptom verebilecek boyutlara geç dönemde ulaşan bir kanserdir. Kanserden korunma üç düzeyde ele alınmaktadır. Primer korunmada öncelikli olarak önlem alınması gereken risk faktörleri değerlendirilmelidir. Tütün kullanımı, enfeksiyonlar, çevresel ve mesleki etkenler, obezite ve fiziksel aktivite azlığının ülkemiz için öncelikli risk faktörleridir. Sekonder korunma ise özellikle risk altında olan grupların taranması ile yapılır. "Kolorektal Kanser Ulusal Tarama Standartları-2009"na göre 50-70 yaş arası tüm erkek ve kadınlarda her yıl gaitada gizli kan testi, her 10 yılda bir kolonoskopi yapılmalıdır. Kanser saptanması durumunda da kapsamlı tedavilerin değerlendirilip ve uygulanması gereklidir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ülkemizde, DSÖ tarafından tarama yapılması önerilen kanserlerde toplum tabanlı tarama programlarını yürütmek üzere Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. KETEM'lerin görevleri içerisinde; sağlık personeline ve halka, kanser konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik eğitimler düzenlenmesi (farkındalığın artırılması), tanımlanmış risk gruplarına, oluşturulmuş tarama standartları doğrultusunda yapılacak toplum tabanlı tarama programlarıyla erken dönemde tanı konulması ve kanser tanısı konan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme yapıp tedavi merkezlerine sevk edilmesi, hasta takip ve değerlendirmelerinin yapılması, sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlanması yer almaktadır.

Bu araştırma, yaşlı bireylerin kolorektal kanserle ilişkili riskleri ve erken tanı ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırma İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlıklı Yaş Alma Merkezi'nde Şubat - Mart 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini merkeze üye olan 174 yaşlı birey oluşturmaktadır. Ancak kayıtlı olduğu halde, merkeze düzenli gelen 100 yaşlı birey örnekleme oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden 92 yaşlı birey araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik özelliklerle ilgili 7 soru, bazı alışkanlıklar ve hastalık öyküsü ile ilgili 12 soru, kolorektal kanser hakkında bilgi düzeyi ile ilgili 10 sorudan oluşan anket formu kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenlerini bireylerin kolorektal kanserle ilişkili riskleri, korunma ve erken tanı uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyleri, bağımsız değişkenlerini ise bireylerin yaş grupları, eğitim düzeyleri, medeni durumları ve sosyoekonomik düzeyleri oluşturmaktadır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 16.0 istatistik programı kullanılarak sayı, yüzde dağılımı, t testi, kruskall wallis ve one way anova ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulundan, İzmir Büyükşehir Belediyesi'nden yazılı izin ve yaşlı bireylerden sözlü izin alınmıştır.

Araştırma evreninden ulaşılabilen birey sayısının (%53) az olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları sadece bu örnekleme genellenebilir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %55,4'ü 65 yaş ve üzerinde, yaş ortalaması 66,5±7,9 (min:55yaş-max:85yaş), %54,3'ü kadın, %62'si evli, %37'si ilköğretim mezunu, %72,8'i emekli, %27,2'si ev hanımıdır. Bireylerin %97,8'inin sağlık güvencesi bulunmakta ve %50'sinin geliri gidere denktir.

Yaşlı bireylerin kolorektal kanserle ilişkili risk faktörlerini içeren yaşam biçimi davranışları ve hastalık öyküsüyle ilgili bilgilere bakıldığında %18,5'inin sigara içtiği, %20,7'sinin alkol kullandığı, %28,3'ünün bir yıldan fazla süredir sağlık muayenesi olmadıkları, %64,1'inin obez olduğu, %51,1'inin düzenli fiziksel egzersiz yapmadığı, %64,1'inin en az bir ilaç kullandığı, ilaç kullanan bireylerin %66,1'inin antihipertansif ilaç kullandığı saptanmıştır. Bireylerin %41,3'ü hayvansal yağ, kırmızı et, peynir, yumurta gibi hayvansal kaynaklı gıdaları "sık sık" tükettiklerini, %42,4'ü pizza, kebab, döner gibi hazır gıdaları "arada sırada" tükettiklerini, %22,9'u taze sebze meyve ve tam tahıllı ekmeği "her zaman" tüketmediklerini ifade etmiştir. Yaşlı bireylerin %77,2'sinin daha önce herhangi bir kolorektal kanser tarama testi yaptırmadığı, yapılan testlerin %15,2'sinin gaitada gizli kan taraması, %15,2'sinin çift kontrast baryum enema testi, %33,3'ü rektal tuşe ve %36,3'ünün kolonoskopi olduğu saptanmıştır.

Bireylerin üçünün (%3,3) ikinci derece akrabalarında polip bulunduğu, aynı sayıda bireyin (%3,3) on yıldan uzun süreli iltihabi bağırsak hastalığı olduğu ve (%3,3) geçmişte kalınbağırsak kanseri ya da polip ameliyatı geçirdiği belirlenmiştir.

Yaşlı bireylerin %9,8'inde son üç ay içerisinde kilo kaybı, %34,8'inde halsizlik, %9,8'inde karın ağrısı, %29,3'ünde kabızlık, %1,1'inde diyare, %16,3'ünde basur, %1,1'inde kötü kokulu koyu renkli dışkı şikayetleri olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların kolorektal kanserden korunma ve erken tanı ile ilgili bilgi düzeylerine bakıldığında doğru yanıtladıkları ifadeler arasında ilk üç sırada "erken teşhis bağırsak kanserinin tedavisini kolaylaştırır (%98,9)", "50 yaşından sonra bağırsak kanseri ile ilgili tetkikler düzenli olarak yapılmalıdır (%92,4)" ve "düzenli yapılan tetkiklerle bağırsak kanserlerinin neredeyse hepsi erken belirlenebilir ya da önlenir (%84,8)" yer almaktadır. En az doğru yanıtlanan ifadeler arasında "bağırsak kanseri hiç belirti vermeyebilir (%59,8)", "bağırsak kanseri yiyeceklerle ilişkili değildir (%66,3)" ve "ailesinde bağırsak kanseri olmayanlarda da bağırsak kanseri görülebilir (%66,3)" yer almaktadır.

Yaşlı bireylerin ortalama toplam bilgi düzeyi puanı 7,73±2,03'dür. Yaşlı bireylerin %5,5'inin toplam bilgi düzeyi 5'in altında ve %20,7'sinin toplam bilgi düzeyi puanı 10 olarak saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir durumu gibi değişkenlerin kolorektal kanserden korunma ve erken tanı ile ilgili bilgi düzeyine etkisinin olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Tartışma: Kolorektal kanser için risk faktörlerinden birisi sigaradır. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaklaşık beşte birinin sigara kullandığı görülmüştür. Benzer çalışmalarda da aynı yaş grubunda sigara kullanımının orta

düzye olduğu görülmektedir (Kolutek ve Karataş,2007; Vaizoğlu ve ark.,2010). Bir diğerk risk faktörü de düzenli fizik egzersiz yapılmamasıdır. Yapılan çalışmalarda bedensel etkinlik ile ilişkisi epidemiyolojik olarak kanıtlanmış en önemli kanser türlerinden birisi de kolon kanseridir. Bedensel etkinlik yapanlarda kolon ve kolorektal kanserlerin azaldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (Turan,2009). Bu araştırmada yaşlı bireylerin yarısının yeterli düzeyde egzersiz yapmadığı görülmüştür.

Araştırmada katılımcılara bazı gıdaları tüketme sıklıklarıyla ilgili sorulan sorularda, yaşlı bireylerin yaklaşık yarısının hayvansal kaynaklı gıdaları “sık sık” tükettikleri, yine yarısına yakınının hazır gıdaları “arada sırada” tükettikleri, üçte birinin ise taze sebze, meyve ve tam tahıllı ekmeği “her zaman” tüketmedikleri bulunmuştur. Calza et al. (2001) çalışmasında doymuş yağların, ekmek, pasta, kek, tatlı ve rafine şekerin kolorektal kanser riskini arttırdığını, kepekli tahıl ürünleri, kurubaklagil, taze sebze ve meyvelerin fazla tüketilmesi, lif alımını arttırıp bağırsakların düzenli çalışmasını sağlayarak kolorektal kanser riskini üçte bir oranında azalttığını saptamıştır. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde, kolorektal kanser açısından riskli olan besinlerin dikkat edilmeden tüketildiğini gösteren çalışmalara rastlanmıştır (Kolutek ve Karataş,2007; Vaizoğlu ve ark.,2010). Kolon kanserlerinin %5-10’unun ailesel eğilimi olan bireylerde görüldüğü ve kolorektal kanseri olan bireylerin yaklaşık üçte birinin birinci derece akrabalarında da kanser olduğu bilinmektedir (Vaizoğlu ve ark.,2010). Sökmen (2008)’in yaptığı çalışmada kolorektal kanser olgularının %21.4’ünde ailede kanser öyküsüne rastlanmış, ailede en sık rastlanan kanser türünün ise kolorektal kanser olduğu görülmüştür. Bu çalışmada araştırmaya katılan yaşlı bireylerin hiçbirinin ailesinde kolorektal kanser öyküsü bulunmamaktadır. Literatür incelendiğinde, kolorektal kanserli hastaların en sık rastlanan başvuru şikâyetlerinin; rektal kanama, karın ağrısı ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklik olduğu görülmektedir (Sökmen,2008). Bu çalışmada araştırmaya katılanlarda risk faktörü olarak değerlendirilen kilo kaybı, halsizlik, karın ağrısı, ishal, kabızlık, basur ve kötü kokulu koyu renk dışkı semptomlarından en sık görülenler halsizlik, hemoroid, kilo kaybı ve karın ağrısı olduğu saptanmıştır. Bu belirtileri yaşayan yaşlı bireylerin doktora muayene olmadıkları saptanmıştır. Çalışmamızda yer alan yaşlıların büyük çoğunluğunun herhangi bir kolorektal kanser tarama testi yaptırmadığı saptanmıştır. Vaizoğlu ve ark. (2010) yaptığı çalışmada da benzer olarak araştırmaya katılan bireylerin yüzde onundan daha azı son bir yıl içinde kolorektal kanser ile ilgili herhangi bir tarama yaptırmıştır. ABD’de kolorektal kanser vakalarının %30-40’ını erken evre kanserler oluştururken, bu oran ülkemizde ne yazık ki çok düşüktür. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı’nda yapılan bir çalışmada; 1985-2001 tarihleri arasında kolorektal kanser tanısı ile ameliyat edilen 1771 hasta retrospektif olarak incelenmiş ve çalışma sonucunda hastaların %82’sinde ileri evre tümör olduğu tespit edilmiştir. Bu durum tarama testlerinin önemini açıkça ortaya koymaktadır (Şen,2008). Yaşlı bireylerin ortalama toplam bilgi düzeyi puanı 7,73± 2,03’dür. Benzer şekilde Vaizoğlu ve ark. (2010) çalışmasında bilgi düzeyi puan ortalaması 7.3±1.9 olarak bulunmuştur ve katılımcıların yaklaşık yarısının yedi ve altında doğru cevap verebildiği belirtilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların, bilgi düzeyi sorularında kolorektal kanserle ilişkili belirtiler, yiyecekler ve ailesel geçiş konusunda bilgilerinin istendik düzeyde olmadığı görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler: Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin kolorektal kanser ile ilişkili risk faktörlerini barındırdıkları, hastalıkla ilgili istendik düzeyde bilgi sahibi olmadıkları ve erken tanı uygulamalarını yeterince yaptırmadıkları görülmüştür.

Kolorektal kanser, Türkiye’de kanserlerden ölümlerin üçüncü nedenidir. Hastalıktan korunma, erken tanı ve tedavi önceliklidir. Bu hedefin başarılması halk sağlığı eğitimine ve primer sağlık bakım hizmetlerinde etkili toplum tarama programlarına bağlıdır. Halk sağlığı alanında çalışan hemşireler, öncelikle ailesinde kolorektal kanserli hasta olan bireylere olmak üzere tüm toplumu, hastalık riskini arttıran olumsuz sağlık davranışlarıyla ilgili olarak ve erken tanı amaçlı uygun tarama yöntemlerine ilişkin bilgilendirmelidir. İleride yapılacak araştırmalarda elde edilen verileri destekleyecek çalışmaların daha fazla kişiyi kapsayacak şekilde yapılması araştırmacının daha anlamlı olması açısından uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: kanser, kolorektal kanser, yaşlı, erken tanı.

Kaynaklar:

1. Kolutek R. , Karataş N. (2007). Nevşehir ili Uçhisar kasabası’nda yaşayan bireylerde kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması, Sağlık Bilimleri Dergisi,16(1): 28-39.
2. Sökmen F. (2008) Tıbbi onkoloji polikliniğinde takip ve tedavi edilen kolorektal kanserli hastaların klinik bilgilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Zonguldak.
3. Şen O. (2008). Kolorektal kanserlerde tarama (Pilot Çalışma). Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
4. Turan E. (2009). 2005-2008 Yılları Arasında OMÜ Tıp Fakültesi’nden tanı alan kolorektal kanserli hastalarda sosyodemografik ve klinik özellikler ile risk faktörlerinin değerlendirilmesi, Yüksek lisans tezi, Samsun.
5. Vaizoğlu S.A., Turhan T., Temel F. ve ark. (2010). Birinci basamakta 50 yaş ve üzeri bireylerde kolorektal

kanser ile ilişkili olabilecek bazı faktörlerin ve gaitada gizli kan tetkikine uyumun değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics,13(2):79-86.

6. Tuncer M. Ulusal Kanser Programı 2009-2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı. Ankara.

425

YAŞLILARDA DÜŞME SIKLIĞI VE DÜŞME İÇİN RISK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ

Gökçe Demir

Ahi Evran Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Günümüzde tanı ve tedavi olanaklarının artması, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz alışkanlıkları ve daha kaliteli bir yaşamın ulaşılabilirliği sonucu olarak insanların yaşam süresi uzamaktadır. Dünyada yaşlı nüfusun giderek artmasıyla, morbidite, mortalite, sağlık ve sosyal bakım harcamaları ile ilişkili olarak yaşlılarda düşmeler, önemli bir toplumsal sağlık sorunu olarak görülmektedir. Araştırma Kırşehir İli Bağbaşı Mahallesinde yaşayan yaşlılardaki düşme sıklığı ve düşmeye yönelik risk faktörlerini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma örnekleme 1 Ekim 2011-1 Ocak 2012 tarihleri arasında, Kırşehir ili Bağbaşı Mahallesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 655 yaşlıdan “evreni bilinen örneklem yöntemi” ile belirlenen 200 yaşlı araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Mahallesi düzenli bir coğrafi yapıya sahip olması ve ev ziyaretlerinin düzenli yapılması nedeniyle tercih edilmiştir. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan, sosyo-demografik özellikler, tanıtıcı bilgiler, düşme sıklığı ve risk faktörlerine ilişkin soruları içeren form kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS paket programında yüzdeler, sayılar ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 200 yaşlının %62.4’ü erkek, %37.6’sı kadın olup %43.5’inin okuma-yazması olmayıp, %68.2’si evli ve %92.2’sinin sağlık güvencesi bulunmaktadır. Yaşlıların %76.6’sının kronik hastalığı olup, %22.9’unun HT, %15.3’ü HT-DM olarak hastalıklarını belirtmişler ve araştırma da, yaşlıların bir yıllık düşme sıklığı %30.0 olarak bulunmuştur. Düşmenin %11.2’si banyoda, %6.5’i merdiven inip çıkarken gerçekleşmiştir. Yaşlılara göre %8.2 kaygan zemin, %7.1 baş dönmesi, %6.5 denge kaybı düşme sebebidir. Değerlendirdiğimiz risk faktörlerinden kadınların, ilaç kullananların, görme problemi ve unutkanlık problemi yaşayan yaşlıların düşme yaşadığı ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yine yaşlılardan baş dönmesi yaşayanların yaşamayanlara, denge ve işitme sorunu olanların olamayanlara oranla daha fazla düşme yaşadığı farkın ise istatistiksel olarak ileri derecede önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Yaşlılardan kronik hastalığa sahip olanların, yürümede güçlük yaşayanların ve yürümede yardımcı araç kullananların düşme yaşadığı ve farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Uluslararası literatürde evde yaşayan yaşlıların her yıl yaklaşık 1/3’ünün düştüğü bildirilmektedir. Çalışmamızda yaşlıların düşme sıklığı %30.0 olarak bulunmuştur. Akın ve Emiroğlu, son bir yıl içindeki düşme oranını % 41,3 bulurken, Tinetti ve arkadaşları son bir yılda düşme sıklığını % 47 olarak bildirmişlerdir. Çalışma bulgumuz bu iki çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu bulgular yaşlılarda düşmenin yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir. Yaşlılarda; kadınların, ilaç kullananların, görme problemi ve unutkanlık problemi yaşayanların düşme yaşadığı ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Yine yaşlılardan baş dönmesi yaşayanların yaşamayanlara, denge ve işitme sorunu olanların olamayanlara oranla daha fazla düşme yaşadığı farkın ise istatistiksel olarak ileri derecede önemli olduğu bulunmuştur. Lök (2010) çalışmasında ilaç kullanan, görme ve denge sorunu yaşayan yaşlıların daha fazla düşme yaşadığını bildirmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler hemşirelerin, yaşlıların ev içinde düşmeler yönünden risk oluşturan tüm alanlar ve özellikle banyo, merdiven düşmeler yönünden farkındalığın artırılması ve riski azaltmaya yönelik düzenlemeler yapılması yönünde yönlendirilmesi, yine denge sorunu, ilaç kullanma, görme, unutkanlık problemi yaşama, baş dönmesi, denge ve işitme sorunu yaşama sorununun risk faktörleri olarak dikkate alınması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, düşme, risk faktörleri

231

YERELDE BİR E-DEVLET UYGULAMASI “BURDUR ÖZÜRLÜ TAKİP SİSTEMİ”

Ahmet Selçuk Kılınc, Mehmet Seveli, Tülay Konak Gün, Ayşe Tapsız, Sevinç Sütü, Rengin Erdal

Burdur Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Bilindiği üzere ülkemizde özürlü vatandaşların kanunlarla düzenlenmiş birçok hakkı bulunmaktadır. Bu haklar kapsamında birçok kamu kurum ve kuruluşunca vatandaşlarımıza farklı hizmetler götürülmekte, ancak özürlü vatandaşların bu hak ve hizmetlerden faydalanması noktasında eşitsizlikler gözlenmektedir. Asıl sorunun “kurum ve kuruluşların tüm özürhükleri kapsayacak şekilde hedef kitlelerini tam olarak belirleyememesi” olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili kurum ve kuruluşlarımızın, hedef kitlelerini kolayca bulabilecekleri ve gerek hizmetin sunumunda gerekse planlanmasında kullanabilecekleri bir bilgisayar programına ihtiyaç duyulmuş ve bu nedenle de Burdur Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünce “Burdur Özürlü Takip Sistemi” hazırlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2011 yılında kurulan “Burdur Özürlü Takip Sistemi”, Burdur’daki Özürlü Raporu almış ya da raporu olmadığı halde Aile Hekimlerince Özürlü oldukları kanaatine varılmış özürhükere ait güncel bilgilere online olarak ulaşılabilecek, kurulum yapmadan internet tarayıcı aracılığıyla çalışacak şekilde tasarlanmıştır. Özürhükler, sisteme vatandaşlık numaraları ile kaydedilmekte, böylece tekrar girişler önlenmektedir. Sisteme başlangıçta İl Sağlık Müdürlüğü ile ildeki özürlü raporu veren hastaneler, ardından da Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, İş-Kur, Rehberlik Araştırma Merkezi(RAM), Defterdarlık, Mal Müdürlükleri ve Sosyal Yardımlaşma Vakıfları(SYDV) tarafından veri girişi yapılmıştır. Sistem, ihtiyaç halinde kullanıcı profili genişletilebilecek şekilde kurulmuştur. Kanaat Bilgileri ile Sosyal Hizmet Bilgilerinin tamamı internet üzerinden, hastaneler tarafından girilecek olan Rapor Bilgileri ise web servis aracılığıyla otomatik şekilde aktarılabilen gibi manuel olarak sistem üzerinden de kaydedilebilmektedir. Ayrıca sistem halen İl Sağlık Müdürlüğündeki kullanılmakta olan çeşitli web uygulamaları (Ölüm Bildirimleri, Evde Sağlık Başvuru Takip Sistemi vb.) ve Mernis Sistemi ile iletişim halinde olup bazı bilgiler bu sistemlerden otomatik olarak çekilmektedir. (Örneğin kişinin öldüğü bilgisi vb.) Veriler, İl Sağlık Müdürlüğü’ndeki sunucu bilgisayar’da depolanmaktadır. Veri güvenliğinin sağlanması ve sistemin sahiplenilmesi amacıyla da Burdur Valisinin destekleriyle projenin paydaşları olan kamu kurum ve kuruluşları arasında bir protokol imzalanmıştır.

Kurum ve kuruluşlarımızın hedef kitlelerini sistemden doğru bir şekilde belirlemelerini sağlamak ve hedef kitesindeki kişilere erişimi kolaylaştırmak için sistemde oldukça geniş bir listeleme yöntemi kullanılmıştır. Ayarlanabilen filtre sistemiyle çok farklı listeler alınabilmektedir. Listeleme seçeneklerine kısaca değinecek olursak, sistemle; ikamet ettiği ilçe ve kayıtlı olduğu aile hekimine göre, yaşa, cinsiyete, tarihe, özür gruplarına ve özür oranlarına göre, Özürlü Kimlik Kartı olup olmadığına, Özürlü Aylığı alıp almadığına göre, İş-Kur kaydından başvurup başvurmadığı, işe yerleştirilip yerleştirilmediğine göre, Evde Bakım Ücreti alıp almadığı, başvurup başvurmadığına göre, RAM tarafından, eğitim kurumlarına yerleştirilip yerleştirilmediği, tam veya yarı zamanlı eğitim alıp almadığı, evde eğitim veya Özürhükler Okuluna yerleştirilip yerleştirilmediğine göre, Rehabilitasyon hizmeti alıp almadığına göre, yatılı veya gündüzlü Bakım Merkezine yerleştirilip yerleştirilmediğine göre, SYDV’larınca aynı veya nakdi yardım alıp almadığına göre listelenebilmektedir. Listeleme yapılırken yukarıdaki seçenekler birlikte ya da ayrı ayrı kullanılabilir.

Bulgular: Sistemde 27.02.2012 tarihi itibarıyla 5.650 Özürlü kayıtlı durumdadır. Sosyal Hizmetlerle ilgili geriye dönük bilgilerin girilmesine devam edilmektedir.

2011 TÜİK kayıtlarına göre nüfusu 250.527 olan Burdur’da Toplamda Özürlü Oranı %2.26’dır. Erkek/Kadın Oranı: 1,2’dir. Özürhüklerde Ortalama Yaş 45±20’dir. Yaş Gruplarına Göre Dağılımda en sık görülen yaş grubu 446

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

(%8) kişi ile 10-14 yaş grubudur. En az özürünün bulunduğu yaş grubu ise 67 kişi ile 0-4 yaş grubudur. 0-4 ve 85+ yaş grupları dâhil edilmeden 5 yıllık yaş gruplarında ortalama özür sayısı 332 ±53'dür. Özür Gruplarına Göre Dağılıma bakıldığında; %43 Kronik Hastalık, %33 Zihinsel, %21 Ortopedik, %16 Görme, %15 İşitme, %8 Ruhsal, %3 Dil ve Konuşma, %1 Diğer nedenler sıralanmaktadır. %40'dan fazla özür oranına sahip özür sayısı 4.299 (% 76)'dur. Özürü Kimlik Kartı olan özür sayısı 268 (%6)'dir. Özürü Aylığına Başvurmamayan Özür sayısı; 2.953 (%69)'tür. Özürü Aylığı Alan Özür sayısı: 1.072 (%25)'dir. İş-Kur Kayıt durumuna bakıldığında; %94'ünün başvurmadığı, %5'inin aktif ve sadece %1'inin işe yerleştirildiği bulunmuştur. 2.624 kişinin (%61) Aile ve Sosyal Politikalar Müdürlüğüne verilen "Evde Bakım Ücretine" başvurmadığı, 1.076 (%24) 'sının ise; bu hizmetten faydalandığı bulunmuştur. Özürülerin 522 (%12)'sinin Rehberlik ve Araştırma Merkezleri tarafından verilen rehabilitasyon hizmetlerinden faydalandığı bulunmuştur. 15 yaş altı özür sayısı 881 (%16)'dir. 693 (%79) kişinin Rehberlik Araştırma Merkezi tarafından verilen Resmî Yerleştirme işleminden faydalandığı bulunmuştur. Özürülerin sadece %6'sının Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarından aynı veya nakdi yardım aldığı bulunmuştur.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: 2002 yılında Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü ve Başbakanlık Özürüler İdaresi Başkanlığı işbirliği ile gerçekleştirilen Türkiye Özürüler Araştırması'nda; nüfusun %12,29'unun özür olduğu bulunmuştu(1). Burdur'a komşu il olan Isparta'da il merkezinde yapılan bir çalışmada özür prevalansı %5.3 bulunmuştur(2). Burdur'da sisteme kaydı yapılan özür sayısı tabii ki Burdur'daki gerçek rakamı yansıtmamaktadır. Ancak başta Aile Hekimleri olmak üzere, kurumların sisteme yeni kayıt yapmaları ile oranın da artması beklenmektedir. Diğer taraftan kronik hastalığı olup, özür raporu alabilecek olan sosyoekonomik olarak durumu iyi olan veya ihtiyacı olmayanların sisteme kaydının yapılmamış olması, ildeki özür oranının düşük çıkmasına neden olmaktadır. Türkiye Özürüler Araştırması 2002'ye göre; engeliyle ilgili olarak özür bireylerin halihazırda bir takım kurum ve kuruluşlardan kendisine verilen hizmetlerden yararlanmamasının nedenleri olarak ekonomik durumunun yetersizliği(%57.3), yakın çevrede kurum olmaması(%11.9) ve bu tür merkezlerden haberinin olmaması olarak(%6.6) bildirilmiştir(3). Özürüler, kendilerine tanınan haklardan yararlanmak amacıyla başvuruyu gerçekleştirirken mevcut engelleri nedeniyle zaten dezavantajlı durumdadır. Özürüler İdaresi Başkanlığınca oluşturulan Ulusal Özürüler Veri Tabanındaki özürülerin %29.2'sini zihinsel özürüler, %25.6'sını kronik hastalığa bağlı özürüler, %8.8'ini ortopedik, %8.4'ünü görme, %5.9'unu ise işitme özürüler oluşturmaktadır ve özürülerin %56'sı erkektir(4). Söz konusu veri tabanında zihinsel özürüler en büyük grubu oluştururken, Burdur'da oluşturulan veri tabanında ise; kronik hastalığa bağlı olan özürüler en büyük grubu oluşturmaktadır. Bunun sebebinin, Burdur'daki veri tabanına eski mevzuata göre verilmiş özür raporlarının da kayıt edilmesi olabilir. Her iki veri tabanında da; Erkek/Kadın oranı benzerdir. Türkiye Özürüler Araştırmasında yaş gruplarına göre dağılımda, 25-29 yaş grubu en büyük grubu oluştururken, Burdur'da 10-14 yaş grubu en büyük grubu oluşturmaktadır. Burdur'da oluşturulan sistemle, kurumlar Özürü Takip Sisteminden kendi mevzuatlarına göre hizmet verebilecekleri özürleri süzerek daha fazla özürünün hizmet alması söz konusu olabilecektir. Örneğin; Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nce "Evde Bakım Ücreti" alan bir özür, aynı zamanda İl Sağlık Müdürlüğü'nce verilen Evde Sağlık Hizmetler kapsamında da hizmet götürülmesi gereken bir özür olabilir. Kurumlar, kendi kayıtlarına göre hizmet almayan özürleri tespit ederek, kimlik ve adres bilgileri ile özürülere ulaşip, hizmetler önerilebilir. Yine, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları; haftalık olağan mütevelli heyet toplantılarında, sisteme on-line bağlanıp özür bilgilerine ulaşabilir, daha önce verilmiş olan aynı ve/veya nakdi yardımları görebilir, daha gerçekçi bir değerlendirme yapabilir. İl yöneticileri ile kurum amirleri, sistemin grafik bölümlerini inceleyip, il ve ilçe bazında özürlerle ilgili daha sağlıklı planlama yapabilirler. "Burdur Özürü Takip Sistemi"nde kayıtlı özürüler, potansiyel olarak ilgili kurum ve kuruluşların öncelikli hedef kitlesi durumundadır. Kurulan sistemle, zamanında ve sürekli olarak; ildeki tüm özürülere ulaşılabilir, hak ettikleri hizmetler götürülebilir, kurumlar kendiliğinden vatandaşın başvurusunu beklemeden hizmeti sunabilecektir. Sistem daha yeni hazırlanmış olmasına rağmen ilk olumlu sonuçlarını vermeye başlamış, Burdur İl Halk Kütüphanesinde görme özür vatandaşlar için ayrı bir okuma odası oluşturulmasında hedef kitle tespitinde faydalanılmıştır. Özür bireylerin günlük yaşam içerisindeki sorun ve beklentilerini tespit etmek amacıyla yapılan bir çalışmada; Ulusal Özürüler Veri Tabanına kayıtlı bireylerin %27'sinin özür aylığından, %11.2'sinin ise SYDV'larından aynı veya nakdi yardımlarından yararlandığı, %55.7'sinin ağır ve fiziksel iş ve güç gerektirmeyen işlerde çalışmayı istediği, %85.7'sinin sosyal yardım ve desteklerin artırılmasını, %40.4'ünün bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılmasını istediği bulunmuştur(5). Hem özürülerin beklentileri, hem de çalışmamızın sonuçları göstermektedir ki; özürülerin henüz tamamına ulaşılmış değildir, ulaşılan özürülere ise henüz tüm hizmetler sunulamamış durumdadır ya da bir kısmı haklarının hepsini kullanamamaktadır. Burdur'da oluşturulan sistem; özürüye hizmet veren tüm kamu kurum ve kuruluşlarının özürü veri tabanına veri girebilmesine ve sistemden faydalanmasına izin vermekte, bu haliyle ildeki özürülerin sadece dağılımı değil, ayrıntılı bir şekilde tüm bilgileri elde edilmekte, yöneticilere on-

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

line değerlendirme yapma olanağı sağlamaktadır. Sonuç olarak; “Burdur Özürlü Takip Sistemi” il bazında bir e-devlet uygulamasıdır ve kurumların birlikte çalışma kültürünün oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Özürlü; E-devlet; Burdur

Kaynaklar:

1-“Türkiye Özürlü Araştırması 2002”, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, 2004, Ankara.

2-Kisioglu, Ahmet; Uskun, Ersin; Ozturk, Mustafa. Socio-demographical examinations on disability prevalence and rehabilitation status in southwest of Turkey. Disability and Rehabilitation, Volume 25, Number 24, 16 December 2003 , pp. 1381-1385(5).

3-Tufan İ, Arun Ö.“Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi” TÜBİTAK(Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu (Proje No:SOBAG-104K077) 2006, Ankara.

4-Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi Geliştirme Çalıştayı, 17 Kasım 2011, Ankara.

5-“Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010”, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve TÜİK(Türkiye İstatistik Kurumu),Yayın No:3636, 2010, Ankara.

266

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN BESLENME SORUNLARININ BELİRLENMESİ

Pınar Ersoy, Ersin Uskun

Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı

Giriş: Büyüme ve beslenmenin sağlanması için yeterli ve dengeli beslenme gereklidir. Diyet çocuğun yaşına, vücut ağırlığına ve genel klinik durumuna göre ayarlanmaktadır. Dengeli beslenme ile enfeksiyonlara karşı direnç artırılır, bağışıklık sistemi güçlendirilir. Malnutrisyon gelişiminin önüne geçilebilir (2). Engellilerde besin alımını zorlaştıran bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlardan en sık rastlanan beslenme sorunları çiğneme, yutma güçlüğü ve özefajial reflüdür. Sürekli sulu besin alımına bağlı konstipasyon görülebilir. Besin tüketiminde yetersizlik olan çocuklara beslenme desteği gereklidir. Engelli çocuklarda alınan enerji harcanan enerjiden azdır. Bu durum obezite sorununu gündeme getirmektedir. Engelli çocuklarda gördüğümüz bir diğer beslenme bozukluğu, gereksinim duyulan besinlerin uzun süre eksik alınmasına bağlı ortaya çıkan malnutrisyondur. Bu çocuklarda fiziksel aktivite azalmasına bağlı olarak kaslarda distrofi meydana gelir. Bağışıklık sistemi zayıflayan bu çocuklarda; yaşam kalitesi kötüleşir, hastalıkların maliyeti artar. Büyüme ve gelişmeleri yavaşlar, işlevsel kapasiteleri düşer (2). Engelli çocuklarda günlük öğün sayısı artırılmalı, gece beslenme desteği verilmeli, yaşa uygun iyi kalite protein içeren besinler ile vitamin ve mineral desteği sağlanmalıdır. Besin alımı zorluğu yaşayanlarda gastrotomi tüpleri veya nazogastrik tüpler uygulanabilmektedir. Bu çocuklara yeterli enerji içeren, vücutta yapılmayan elzem yağ asitleri gibi maddeler eklenerek kayıpların da karşılanabileceği dengeli bir diyet verilmesi uygundur.(2)

Bu araştırmanın amacı zihinsel engelli çocukların beslenme ile ilgili sorunlarının belirlenmesi ve ebeveynlerin beslenme tutumları ile arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Materyal ve Metod: Kesitsel tanımlayıcı tipteki bu araştırma, 2011 Mayıs ayında Isparta Halıkent Zihinsel Engelliler Okulu’nda verilen beslenme semineri öncesinde, seminere katılan ve engelli çocuğu bu okulda eğitim almakta olan ebeveynlere (n:51) gözetim altında anket uygulanarak yapıldı.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket kullanılarak gözlem altında toplandı. Anket; sosyodemografik özellikleri ve beslenme alışkanlıklarını değerlendiren 45, gıdaların satın alınmasından, hazırlanmasına ve saklanmasına yönelik beslenme ile ilgili tutum ve davranışları belirleyen 24, günlük tüketilen besin gruplarını sorgulayan 6 sorudan oluşmaktaydı. Katılımcılar, beslenme ile ilgili tutum ve davranışlarla ilgili verilen 24 olumlu ifadeye, her zaman, sıklıkla, nadiren, hiç biçiminde cevap verebilmekteydi. Günlük tüketilen besin grupları değerlendirilirken, süt ve süt ürünleri, et ve kurubaklagiller, yumurta, sebze ve meyveler ve tahıl grubu tüketimi ayrı ayrı sorgulandı. Çocukların ağırlık ve boyları ebeveynin beyanına göre alındı. Ağırlığın kg cinsinden değeri, boyun metre cinsinden karesine bölünerek Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplandı. BKİ'ye göre çocukların yer aldıkları grup (normal, kilolu, zayıf) Neyzi ve ark. Bildirdiği referans değerleri (3) dikkate alınarak belirlendi.

Araştırma verileri bilgisayar ortamında, SPSS 15 paket programı ile değerlendirildi. İstatistik analizde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma ve yüzde dağılımı) ve ki kare testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırma anketini cevaplayanların % 58,8'i (n: 30) zihinsel engelli bireyin annesiydi. Annelerin yaş ortalaması 44,9±9,3 (en küçük 29, en büyük 71), babaların yaş ortalaması 48,9±9,6 (en küçük 27, en büyük 78). Annelerin % 64,9'u (n: 26), babaların % 51,0'ı (n:33) ilköğretim düzeyinde eğitim almıştı. Ailelerin aylık gelir ortalaması 1090±595 TL'ydi (en düşük 300 TL, en yüksek 3200 TL). Çocukların yaş ortalaması 16,1±6,9 (en küçük 6, en büyük 33), % 64,7'si erkekti. Yüzde 58,8'i öğretilebilir zihinsel engelli sahipti. Aileler ortalama 2,6±1,0 çocuğa sahipti ve % 41,2'sinde engelli çocuk ilk çocuktur. Ailelerin % 86,3'ü (n:44) engelli çocuklarına kendileri bakmaktaydı. Çocukların % 86,3'ünde (n:44) günlük gereksinim ve bakımlarını anneleri karşılamaktaydı. Çocukların % 66,7'sinde (n: 34) besin alımını güçleştiren bir durum olduğu bildirildi. Yüzde 29,4'ü (n:10) besin çığnemedede zorluk, % 23,5'i (n:8) yutmada zorluk, % 17,6'sı (n:6) yemeği reddetme, % 11,8'i (n:4) kendi başına yemek yiyememe nedeniyle güçlük çekmekteydi. Çocukların % 66,7 (n:34) bazı besinleri hiç yememekte, % 54,9 (n:28) bazı besinleri aşırı tüketmekteydi. Hiç tüketilmeyen besinlerin başında et (% 50,0; n:17), aşırı tüketildiği belirtilen besinlerin başında ise kek, tatlı/bisküvi türü ürünler (% 50,0; n:14) gelmekteydi. Çocukların %64,7'si öğün atlamaktaydı. En çok atlanan öğün % 60,6'sı (n:20) sabah kahvaltısı olarak belirlendi. Çocukların % 7,8'ine (n:4) hastalıkları nedeniyle özel bir diyet uygulanmaktaydı. Çocukların BKİ'ne göre % 5,9'u (n:3) zayıf, % 56,9'u (n:29) normal, % 37,3'ü (n:19) kiloluydu.

Araştırma grubunun %72,5'i gıdaların protein, vitamin içeriğini öğrenmeye çalıştığını, % 33,3'ü dengeli öğünler hazırlamaya özen gösterdiğini, %27,5'i besin bileşimlerini göz önünde bulundurarak yemek pişirdiğini, %72,5'i talimatlara uygun pişirme ve saklamaya dikkat ettiğini, %72,5'i besleyici gıdaları seçmeye özen gösterdiğini, %100,0'ı son kullanma tarihine dikkat ettiğini ve %100,0'ı gıda alırken sağlık risklerini göz önünde bulundurduğunu belirtti.

Çocukların % 66,7'si (n:34) her gün iki su bardağı süt veya yoğurt veya iki kibrit kutusu kadar peynir, % 66,7'si (n:34) bir porsiyon kırmızı et veya tavuk veya balık veya kurubaklagiller, % 49,0'ı her gün bir yumurta, % 45,1'i (n:23) üç porsiyon sebze, %64,7'si (n:33) iki porsiyon meyve, % 70,6'sı ekmek veya pirinç veya makarna grubundan altı porsiyon tüketmekteydi.

Besin alımını güçleştiren durum ile çocuğun cinsiyeti, engel türü, anne ve babanın eğitim düzeyi, anne ve babanın çalışma durumu, yaşları, bakımını üstlenen kişi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi (sırasıyla p: 0,375; p:0,384; p: 0,814; p: 0,845; p:0,584; p: 0,456; p: 0,108).

Beslenmede zorluk yaşayan engelli çocukların besin gruplarını (tüm besin grupları için) tüketme sıklıkları, zorluk yaşamayanlardan farklı bulunmadı (p>0.05)

Tartışma/ Sonuç/Öneriler: Bu araştırmada engelli çocukların beslenme ile ilgili sorunları belirlenmiş olup, ülkemizde engelliler üzerinde beslenmeye yönelik benzer bir çalışma bulunmadığından araştırmanın bulguları kendi içinde tartışılmıştır. Bu araştırmada engelli çocukların yarıdan fazlasının ana öğünleri atladığı, en çok atlanan öğünün sabah kahvaltısı olduğu belirlenmiştir. Sabah kahvaltısı günün en önemli öğünlerinden biri olup güne dengeli ve yeterli beslenme öğelerini içeren "sıkı" bir kahvaltıyla başlanması önerilmektedir(1). Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında ülkemizde et tüketiminin oldukça düşük seviyede olduğu bildirilmektedir (1). Oysa etler insanların beslenmesinde önemli yer tutmaktadır. Bu araştırmada engelli çocukların yarısının et gibi önemli bir besin grubunu hiç tüketmedikleri, buna karşın yine araştırma grubunun yarısının kek, tatlı/bisküvi gibi basit şeker içeren ürünleri aşırı miktarda tükettikleri tespit edilmiştir. Bu durum yalnızca kırmızı et tüketimi ile vücuda alınabilecek demir, çinko ve B12 vitamini gibi öğelerin yeterince alınamamasına ve buna bağlı olarak sorunlara neden olabilir (1). Aşırı karbonhidrat tüketimi ise dişlerde çürük, aşırı kalori alımına bağlı şişmanlık veya obezite gibi sağlık sorunlarına yol açabilir. Yalnız engelli çocuklarda değil tüm bireylerde her besin grubunun yeterli ve dengeli tüketilmesi önerilmektedir (1). Engelli çocuklar beslenme

ile ilgili çığneme, yutma, kendi kendine yemek yiyememe gibi zorluklar nedeniyle yetersiz ve dengesiz beslenme bakımından diğer bireylere göre daha büyük risk altındadır. Bu nedenle engelli bakımını üstlenen kişilerin beslenme konusunda olumlu tutum geliştirmelerine yönelik eğitici çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu araştırmada annelerin eğitim düzeyi arttıkça dengeli öğünler hazırlamaya ve besleyici gıdalar seçmeye özen gösterme ve gıdaların protein ve vitamin içeriğini öğrenmeye çalışma düzeyinin istatistik fark bulunmamakla birlikte arttığı görüldü. Kadınların eğitim seviyesinin yükseltilmesi yalnızca beslenme ile ilgili sorunların çözümü için değil, aynı zamanda sağlıklı toplumlar yetiştirmede de önemli parametrelerden biri olacaktır. Toplumdaki beslenme sorunlarının temel nedenleri; besin üretimi, dağıtımı ve teknolojisindeki yetersizlik ve düzensizler, satın alma gücünün yetersizliği ve dengesizliği, kültürel etmenler ve eğitim yetersizliği olarak bildirilmektedir (1). Bu etmenlere engellilik nedeniyle yaşanan beslenme sorunları da eklendiğinde sorunun boyutunun artması kaçınılmazdır. Ebeveynlerin beslenme tutumlarının iyileştirilmesi, yeterli ve dengeli beslenmenin önemine dikkat çekilmesi sağlıklı bir toplum için gereklidir.

Kaynaklar:

1. Baysal A. Beslenme. Hatiboğlu Yayınları, 13. Baskı, Ankara, 2011.
2. Köksal G. Engellilerde Beslenme. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726, Ankara, Şubat 2008.
3. Neyzi O. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51: 1-14.

874

İSTANBUL'DA BİR MAHALLEDE TOPLUM TEMELLİ DİYABET FARKINDALIK PROGRAMININ ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Kübra Dağdeviren¹, Merve Durmaz¹, Hasibe Kadioğlu², Kamer Gür², Ayşe Sezer²

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Günümüzde diabetes mellitus önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmektedir. 2009 yılı verilerine göre tüm dünyada 285 milyon kişi diyabetlidir. 1997-1998 yılları arasında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması I (TURDEP I) 'in sonuçlarına göre ülkemizde tip 2 diyabet prevalansı %7.2' bulunmuştur (Satman ve ark., 2002). Aynı çalışmanın ikincisi (TURDEP II) 2010 yılında yapılmış ve sonucunda ülkemizde tip 2 diyabet prevalansı %13.7 olarak bulunmuştur (Satman ve ark., 2010). İki çalışma arasında geçen 12 yıllık sürede tip 2 diyabet prevalansı hızla artmış ve neredeyse ikiye katlanmıştır. Tip 2 diyabet önlenabilir bir hastalıktır (Pan ve ark., 1997; Tuomilehto ve ark., 2001; Diabetes Prevention Program Research Group, 2002;). Yaşam tarzı değişikliği veya ilaçlarla %60 lara varan oranlarda diyabet gelişimi önlenabilmektedir. Yaşam tarzı değişikliği ilaç tedavisine göre daha etkilidir (Diyabet 2020 vizyon ve hedefler, 2010). Finlandiya Diyabet Önleme çalışması buna örnek gösterilebilir. Bu çalışmada yaşam tarzı değişikliklerinin etkisi klasik tedavi ile karşılaştırılmıştır. Yaşam tarzı değişiklikleri (beslenme ve fiziksel aktivite) ile diyabet riskinin %58 azaltılabildiği gösterilmiştir (Diyabet 2020 vizyon ve hedefler, 2010).

Bu çalışmanın amacı İstanbul'da bir toplum sağlığı bölgesinde bir mahallede diyabet farkındalığı yaratmak ve bölge halkını bilgilendirmek için Mart-Mayıs 2012 tarihleri arasında yürütülen diyabet farkındalık programının erken dönem sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu program bir üniversitenin hemşirelik bölümü öğrencilerinin 2012 Bahar dönemi Halk Sağlığı Hemşireliği Stajı döneminde öğrenci ve danışman öğretim üyeleri ile birlikte 6 hafta ve haftada bir gün olarak yürütülmüştür. Programa başlamadan önce 13 kişilik öğrenci grubuna program konusunda eğitim yapıldı. Daha sonra programın amacı, hedefleri, içeriği ve kullanılacak araç gereçler hazırlandı. Program kapsamında yürütülen faaliyetler.

- Programın tanıtım afişi mahallede halkın görebileceği yerler olan market, eczane, cami, okul, toplum sağlığı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

merkezi, aile sağlığı merkezi ve park gibi yerlere asılarak bölge halkı programa davet edildi.

- Program toplum sağlığı bahçesinde kurulan bir stant da yürütüldü. Bahçedeki stant yoldan geçenlerin ilgisini çekecek şekilde düzenlendi. Bu programın bahçede yürütülmesinin nedeni bölge halkı ile sağlık çalışanları arasındaki kurumsal yapıların oluşturduğu engelleri ortadan kaldırmaktı.

- Öncelikle programa başvuranlara programın içeriği hakkında bilgi verildi ve daha sonra bireysel değerlendirmeleri yapıldı. Bu değerlendirme kapsamında sosyo-demografik veriler elde edildi. Boy-kilo ölçümü, bel çevresi ölçümü, kan basıncı ölçümü ve parmaktan kan şekeri ölçümü yapıldı. Kan şekeri ölçümü için açlık kriteri aranmadı. Daha sonra Finlandiya Diyabet Risk Puanı Formu (findrisc) kullanılarak bireysel diyabet risk hesaplamaları yapıldı.

- Değerlendirme sonrasında risk durumu hakkında bilgi verilerek diyabet, nedenleri, korunma yolları, komplikasyonları hakkında daha önceden hazırlanan flip-chartlar kullanılarak bilgilendirme yapıldı ve diyabetten korunmak için yapılması gerekenleri anlatan ve üst kısmında kendisine ait verilerin bulunduğu broşürler verildi.

- Kan şekeri değeri 140-199mg/dl arasında olanlara aile hekimleri ile görüşmeleri önerildi.

- Kan şekeri değeri 200mg/dl ve üzerinde olanlara ise acil olarak aile hekimlerine ya da endokrinoloji bölümüne başvurmaları önerildi.

Programdan elde edilecek verilerin toplanması için sosyodemografik veri formu ve Findrisc kullanıldı. Findrisc Finlandiya diyabet önleme çalışmasının sonucunda geliştirilmiş bir formdur ve gelecek 10 yıl için tip2 diyabet gelişme riskini %85 doğrulukla hesaplamaktadır. Bu çalışmada Findrisc'in Türkçe çevrimi kullanılmıştır (Ryden et al. 2007, Çev: Türk Kardiyol Dern Arşı Suppl 1, 2008).

Program bitiminde ilk değerlendirmeden elde edilen veriler tanımlayıcı istatistiklerle değerlendirilmiştir.

Programın uzun dönem etkisini değerlendirmek için bir yıl sonra tekrar değerlendirme yapılması planlanmıştır. Bu süre içerisinde programa katılanların adreslerine posta yoluyla bir kez hatırlatma bülteni gönderilmesi planlanmıştır.

Bulgular: Bu programa 199 erişkin birey başvurmuş ve programa katılmıştır. Çalışmaya katılanların %73.9'u kadın, %26.1'i erkek olup yaş ortalaması 46.54 ± 0.97'dir.

Programa katılanların %21,6'sının daha önceden tanı konulmuş diyabet hastalığı bulunmaktaydı ve bu grubun ortalama kan şekeri düzeyleri 179.69 mg/dl ± 14.51 idi. Diyabetiklerin %41'inin kan şekeri istenilen düzey olan 140mg/dl'in altındaydı. %28.1'inin kan şekeri değeri 140-199mg/dl arasında iken %30'unun kan şekeri 200mg/dl'in üzerindeydi. Daha önceden tanı konulmamış olanların ise ortalama kan şekeri değerleri 99.47 mg/dl ± 2.86 olarak bulundu. Bu grubun % 95'inin kan şekeri değeri 140 mg/dl'nin altında, %4.3'ünün 140-199 mg/dl arasında ve %0.7'sinde ise 200'ün üzerinde bulundu. Programa katılanların %38.2'sinin birinci derece akrabalarından en az birinde diyabet mevcuttu.

Tip 2 diyabet risk değerlendirme formuna göre programa katılan ve daha önceden diyabet tanısı olmayanların %29.2'si düşük riskli (gelecek on yıl içerisinde diyabetik olma riski 100 kişiden biri), %35.8'i hafif artmış riskli (gelecek 10 içerisinde diyabet gelişme riski 25 kişiden biri), %13.3'ü orta riskli (gelecek on yıl içerisinde diyabetik olma riski 6 kişiden biri), %20'si yüksek riskli (gelecek on yıl içerisinde diyabetik olma riski 3 kişiden biri) ve %1,7'si ise çok yüksek riskli (gelecek on yıl içerisinde diyabetik olma riski 2 kişiden biri) bulundu.

Katılımcıların % 30.6'sı günde en az 30 dk. egzersiz yaptıklarını bildirdi. Beslenmeyle ilgili durumları incelendiğinde ise katılımcıların % 73.1'inin günde 3, %29.8'inin ise 1-2 öğünle beslendiği, %39,2'sin günde bir ara öğün, %35.4'ünün iki ara öğün, %23.9'unun ise 3-4 ara öğünle beslendiği bulundu. Bir günde önerilen en az 5 porsiyon sebze-meyve tüketenlerin oranı %3.2 olarak bulundu. Günde bir porsiyon tüketenlerin oranı %38.3, iki porsiyon tüketenlerin oranı %27.9, 4 porsiyon tüketenlerin oranı %10.4 bulundu.

Programa katılanların %40.9'unun daha önce hiç kan şekere baktırmadığı, %34.5'inin ise kan basıncı değerini bilmediği bulundu.

Beden kütle indeksi değerleri incelendiğinde % 83.3'ünün normalden fazla kilolu olduğu, bunların %37.6'sının fazla kilolu (BKİ: 25-29.9), %40.1'inin şişman (BKİ:30-39.9) ve %5.6'sının ise aşırı şişman (BKİ: 40 ve üstü) kategorisinde olduğu belirlendi.

Ortalama bel çevresi kadınlarda 103.17 cm ± 6.44 (Kadınlar için normal bel çevresi değeri: 80cm ve altı), erkeklerde 100.55 cm ± 2.30 (erkekler için normal bel çevresi değeri: 94cm ve altı) bulundu.

Sonuç ve Öneriler:

- Programa katılanların beşte biri diyabetik bireylerdi ve yarısından çoğunun kan şekeri kontrol altında değildi.
- Programa katılanların büyük çoğunluğunun tanı konulmuş diyabeti yoktu ve bu grubun büyük bir kısmı hafif ten çoğa kadar değişen gelecek on yıl içerisinde tip 2 diyabet olma riskine sahipti.
- Katılımcıların yarısına yakını daha önce hiç kan şekere baktırmamışlardı.
- Programa katılanların büyük çoğunluğu normalden fazla kiloluydu. Hem kadınların hem de erkeklerin ortalama bel çevresi genişliği tavsiye edilen değer üzerinde idi.

- Katılımcıların büyük çoğunluğu düzenli egzersiz yapmıyordu.
 - Bir günde önerilen en az 5 porsiyon sebze-meyve tüketenlerin oranı çok düşüktü.
- Bu programın uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi önerilir.

Anahtar kelimeler: Diyabet; diyabet farkındalığı; diyabetten korunma; findrisc

Kaynaklar:

1. Diabetes Prevention Program Research Group (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Eng J Med, 346, 393-403.
2. Diyabet 2020 vizyon ve hedefler. Türkiye’de diyabette çözüm yolları çalıştay raporu. 2010. Türkiye Diyabet Vakfı.
3. Pan X-R., Li G-W., Hu Y-H., et al. (1997). Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes study. Diabetes Care, 20, 537-544.
4. Ryden, L., Standl, E., Bartnik, M., Berghe, G. V. B., Betteridge, J., Boer, M.J., Cosentino, F., Jönsson, B., Laakso, M., Malmberg, K., Priori, S., Östergren, J., Tuomilehto, J., Thrainsdottir, I. (2007). Diyabet, Prediyabet ve Kardiyovasküler Hastalıklara ilişkin Kılavuz: Özet. European Heart Journal (2007) 28, 88–136. (Çev.: Türk Kardiyol Dern Arşl Suppl 1, 2008).
5. Satman I., Yılmaz M.T., Şengül A., et al. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care, 25, 1551-1556.
6. Satman İ., TURDEP çalışma grubu (2010). TURDEP II çalışma ilk sonuçları, 32. TEMH Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya.
7. Tuomilehto J., Lindstrom J., Eriksoon J.K., et al. (2001). Prevention of type 2 diabetes by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Eng J Med, 344, 1343-1350.

907

İZMİR BALÇOVA İLÇESİNDE 30 YAŞ ve ÜZERİ BİREYLERDE METABOLİK SENDROM SIKLIĞI ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ahmet Soysal, Türkan Günay, Sinem Doğanay

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı İnciraltı İzmir

1.Giriş ve Amaç: Son dönemde artan aşırı ve bilinçsiz beslenme ile fiziksel inaktivite; hormonal ve metabolik bozuklukların ortaya çıkmasını ve bunun sonucunda metabolik sendrom (MetS) adı verilen hastalığı gündeme getirmiştir. Günümüzde MetS’un halk sağlığı açısından önemi çok büyüktür. Özellikle son 30 yıl içinde kentleşmenin artması, endüstrileşme, bürolarda çalışan sayısının artması, gelir düzeyindeki artışlar sonucu fiziksel inaktivite ve düzensiz beslenme obezite sıklığında artış getirmiştir. Bu artış beraberinde MetS’u ve buna bağlı olarak da tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar sıklığında artışı ortaya çıkartmıştır. MetS kardiyovasküler hastalıklarda 2 kat, diyabet sıklığında ise 4 kat artışa neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı kentsel bir bölge olan İzmir ilinin Balçova ilçesinde 30 yaş ve üzerindeki bireylerde MetS sıklığını ve onun etmenlerini bulmaktır.

2.Gereç ve Yöntem: Kesitsel olan araştırmada 2007-2009 arasında Balçova’da yürütülen BAK Projesi kapsamında elde edilen veri kullanılmıştır. BAK projesinin evrenini Balçova Sağlık Grup Başkanlığı 2006 yılı ETF verisine göre, Balçova’da yaşayan 30 yaş ve üzeri 44607 birey oluşturmuş ve örnek seçilmeyip tüm bireylere çalışmış ve 16080 bireye ulaşılmıştır. Bu çalışmaya ise 16080 bireyden; MetS tanısı koymak için gerekli değişkenlere ait verisi tam olan 12846 birey alınmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni metabolik sendrom varlığıdır. MetS için Amerikan Kalp Birliği (AHA) National Cholesterol Education Program tarafından belirlenen ATP III (Erişkin Tedavi Paneli) kriterleri kullanılmıştır. Bu kriterlere göre bel çevresi ölçümü erkeklerde>102cm, kadınlarda>88cm ise ‘abdominal obezite var’ kabul edilmiştir, trigliserid (TG)≥150 mg/dl ise ‘TG yüksekliği var’, yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol (HDL) erkeklerde<40 mg/dL, kadınlarda<50 mg/dL ise ‘HDL düşüklüğü var’ diğer durumlarda ‘yok’ kabul edilmiştir. Kan basıncı≥130/85 mmHg ya da kendi bildirimlerine göre hipertansiyonu (HT) olanlar ‘HT var’, açlık kan şekeri≥110 mg/dL ya da kendi bildirimlerine göre diyabet (DM) tanısı olanlar ‘DM var’, diğer durumlarda ‘yok’

kabul edilmiştir. Abdominal obezite, TG yüksekliği, HDL düşüklüğü, HT, DM varlığı durumlarından en az üçünün varlığında 'MetS var' kabul edilmiştir.

Bağımsız değişkenler temel sosyo-demografik özellikler, ekonomik durum, ailede koroner kalp hastalığı (KKH) öyküsü, fizik aktivite, sigara kullanma ve beslenme durumudur. Cinsiyet kadın, erkek olarak gruplanmıştır. Yaş açık uçlu olarak sorulmuştur. Çözümlemede '30-39', '40-49', '50-59', '60-69', '70-79' ve 80 yaş ve üstü olarak gruplanmıştır. Öğrenim durumu okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üstü olarak gruplanmıştır. Çözümlemede okur-yazar olmayanlar/okur-yazarlar 'çok düşük öğrenim durumu', 'ilkokul mezunu olanlar 'düşük öğrenim durumu', ortaokul ve lise mezunu olanlar 'orta öğrenim durumu', üniversite ve üstü olanlar 'yüksek öğrenim durumu' kabul edilmiştir. Kişilerin medeni durumları sorulmuştur. Evli, bekâr, dul, boşanmış olarak gruplanmıştır. Çözümlemede evli olanlar 'evli', boşanmış, dul, hiç evlenmemiş olanlar 'bekâr' olarak kabul edilmiştir. Bireylerin ekonomik durum algısı sorgulanmış çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü olarak gruplanmıştır. Çözümlemede çok iyi/ iyi/ orta yanıtını verenler 'iyi ekonomik durum'; kötü/ çok kötü yanıtını verenler 'kötü ekonomik durum' olarak kabul edilmiştir. Analizlerde SPSS 15.0 programı kullanılmıştır. Tek değişkenli analizler kadın ve erkekler için ayrı yapılmıştır. Oranların karşılaştırılmasında ki-kare testi, ölçümlerin karşılaştırılmasında iki kategorili değişkenlerde t testi kullanılmıştır.

3.Bulgular: Çalışmamıza katılanların yaş ortalaması 52.5 ± 12.9 olup; %66.6'sı kadın (n=8570), %79.5'i (n=10219) evlidir. Kadınların %13.6'si (n=1142), erkeklerin ise %3.0 (n=126) okur-yazar veya hiç okula gitmemiştir. Katılımcıların %9.5'u ekonomik durumunu orta ve altında ifade ederken bu durum kadınlarda %10.5'a ulaşmıştır. Erkeklerin %35.3'ü, kadınların ise %29.1'i sigara kullanmaktadır (p<0.001). DM varlığı ise erkeklerde %16.8, kadınlarda ise % 15.0'dır (p=0.006). Hipertansiyon varlığı ise erkeklerde %44.2, kadınlarda ise %44.6 olup aradaki fark anlamlı değildir (p=0.665). HDL düşüklüğü erkeklerde %38.8; kadınlarda ise %44.4'dür (p<0.001). Trigliserid yüksekliği erkeklerin %43.7'sinde görülürken kadınların ise %29.5'unda görülmüştür (p<0.001). Obesite erkeklerin % 29.4'ünde bulunurken kadınların ise %44.2'sinde tespit edilmiştir(p<0.001). Sistolik kan basıncı ortalaması erkeklerde 123 ± 19.5 , kadınlarda ise 121 ± 21.5 idi (p<0.001). Diyastolik kan basıncı ortalaması ise erkeklerde 79 ± 10.4 , kadınlarda 77 ± 10.8 idi (p<0.001). MetS sıklığı tüm grupta %27.3 olarak bulunurken erkeklerde %23.0; kadınlarda ise %29.5 idi (p<0.001). MetS sıklığı yaş grupları ile birlikte artmıştır: 30-39 yaş grubunda %7.9, 40-49 yaş grubunda %17.6, 50-59 yaş grubunda %32.1, 60-69 yaş grubunda %43.1 ve 70 ve üstü yaş grubunda %44.0 (p<0.001; eğitimde ki-kare testi ile). MetS tespit edilenlerin %33.3 kroner kalp hastalığına (KKH) açısından aile öyküsü vardı, %20.1'i sigara kullanıyordu ve %23.3'ü düzenli fizik aktivite yapıyordu. Ekonomik durum açısından MetS tespit edilenlerin %21.7'si kendisini iyi, %27.6'sı orta ve %31.4'ü kötü olarak tanımlamıştı.

4.Tartışma ve sonuç: MetS ülkemizde yaşayanların KKH yakalanmalarında önemli bir rolü olduğu artık tartışmasız bir gerçektir. Topluma yönelik metS ve risk faktörleri ile ilgili eğitim programları hazırlanmalıdır ve verilmelidir. Bu eğitim programlarında sağlıklı beslenme, obezite, düşük yağlı diyet konularına yer verilmelidir. Özellikle bu çalışmanın gösterdiği sonuçlar obeziteye ayrı bir önem verilmesi ve sağlıklı beslenme, kilo kontrolü ile ilgili toplum tabanlı çalışmalara öncelik verilmesi yönündedir. MetS'lu bireylerin çoğunluğunun çalışmamızda orta ve düşük ekonomik durumda olması dikkat çekicidir. Çalışma grubumuzun sadece %23.3'nün düzenli fizik aktivite yapması da diğer üzerinde durulacak konudur. Bu durum fizik aktivite açısından da programların oluşturulmasının gerekli olduğunu göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Metabolik sendrom, ATP III, obezite

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ HEMŞİRELERİNİN GRİP AŞISI KONUSUNDA DAVRANIŞ, TUTUM VE BİLGİ DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Özdemir, Süleyman Serkan Karaşın, Göktürk Dere, Abdurrahman Çınar, Levent Dönmez

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Her yıl olağan mevsimsel influenza salgınları sırasında dünyada yaklaşık 500 milyon kişi hastalanmakta, bunların 3–5 milyon kadarı hastaneye yatırılmakta ve 250.000–500.000 ölüm gerçekleşmektedir. Pek çok çalışma, uygun risk gruplarında grip aşılması yapılmasının yararlarını belirgin bir şekilde ortaya koymuştur. Aşılama konusunda, hem risk altında oluşu hem de hastalığı risk grubundaki topluma bulaştırması yönünden anahtar rol oynayan sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları önemli bir öğedir. Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerin grip ve grip aşısı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tiptedir. Aralık 2011’de Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde çalışan 520 hemşirenin tamamına grip hastalığı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların ölçüldüğü bir anket formu dağıtılmış, 270’si anketi kendi kendine doldurarak yanıtlamıştır. Buna göre araştırmaya katılım oranı %51,9’dur. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; hemşirelerin aşı yaptırmayla ilgili tutum ve görüşleri ile aşı yaptırmayı yaptırmadıkları, bağımsız değişkenleri ise eğitim, meslekte çalıştıkları yıl ve riskli hastayla çalışıp çalışmama durumlarıdır. Onkoloji, organ nakli, yoğun bakım vb riskli hastaların bulunduğu alanlarda çalışanlar “enfeksiyon bulaştığında risk altında olan hastalarla çalışanlar” olarak sınıflanmış, hemşirelerden kendisinin risk grubunda bulunması veya 5 yaşın altında çocuğu bulunanlar “kendisi risk altında” olarak sınıflanmıştır. Aşının koruyuculuk oranını bilenlerin “bilgi düzeyi iyi” diğerleri “bilgi düzeyi iyi değil” olarak gruplandırılmıştır. Tablolar SPSS bilgisayar programı aracılığıyla oluşturulmuş, istatistiksel analizlerde ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Aşının koruyuculuk derecesini doğru bilenlerin oranı %33,0’dür (89 kişi). Hemşirelerin %74,7’si (171 kişi) immün sistemi baskılanmış kişilerin, %59,9’u (161 kişi) 65 yaş üzerindeki ve %55,0’i (148 kişi) KOAH’ı olanların hastalığı daha ağır geçireceğini ifade etmiştir. Önümüzdeki yıl aşı yaptırmayı düşünenlerin oranı sadece %6,7 (18 kişi), “sağlık personeli aşı yaptırmalıdır” diyenlerin oranı %22,3’tür (60 kişi). Aşı yaptıran hemşire sayısı 25 kişidir (%9,3) ve yaptırmayanların önemli bir kısmı bunun nedeni olarak “aşının yararı yok” (69 kişi; %28,2), “güvenli değil” (31 kişi; %12,6) ve “yan etki olabilir” (27 kişi; %11,0) yanıtını vermişlerdir. Aşının koruyuculuk oranını bilme durumu; hemşirelerin meslekte geçirdikleri süre, aldıkları eğitim, çalıştığı alanda riskli hastalarla karşılaşmış ve karşılaşmadığı gibi bağımsız değişkenlerle ilişkili bulunmamıştır ($p>0.05$). Yine hemşirelerde aşı olma davranışı da; risk altındaki hastalarla karşılaşma durumu, kendisi risk grubunda olma durumu ve eğitim durumuna göre değişmemektedir ($p>0.05$). “Gelecek yıl aşı yaptırmayı düşüncesi” ifadesi ve “sağlık personeli aşı yaptırmalıdır” ifadesi ile ölçülen hemşirelerin tutumu da; yine çalıştığı yerde risk altındaki hastalarla karşılaşma durumuna, eğitim durumuna ve kendisi risk grubunda oluşuna göre değişmemektedir ($p>0.05$).

Tartışma / Sonuç ve Öneriler: Çalışmaya katılım oranının %51,9 olması bulguların daha dikkatli yorumlanmasını gerektirmektedir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler grip aşısının gerekliliği ve aşı olma konusunda büyük olasılıkla daha isteksiz olanlardır. Dolayısıyla elde ettiğimiz bulgularda gerçekte aşı olanların oranını veya aşıya olan ilgiyi biraz yüksek hesaplamış olabiliriz. Buna rağmen hastanemizde çalışan hemşirelerin grip hastalığı ve aşısı ile ilgili bilgi düzeyleri, aşıya karşı tutumları ve aşı yaptırmama oranları istenen düzeyde değildir. Trakya Üniversitesi’nde 1041 sağlık çalışanı üzerinde yapılan benzer bir çalışmada 884 kişi (%85) aşı olmayı kabul ederken, 157 kişi (%15) kabul etmemiştir (1). Aşılanmayı kabul etmeyen 66 kişi (%6,3), influenza aşılama etkinliği olmadığını düşündüğünü bildirmiştir. Lisans eğitimi veren bir hemşirelik yüksek okulunda öğrenim gören öğrencilerin farkındalık durumunun araştırıldığı bir çalışmada öğrencilerin %97’sinin ($n=382$) kendisinin, %90’ının ($n=356$) ailesinden herhangi birinin İnfluenza A virüsü aşısı yaptırmadığı, %76’sının ($n=298$) aşı yapılmasını önermeyeceği görülmüştür (2). Hekimlerin influenza aşısı olma durumunun incelendiği bir çalışmada ise; %69,8’inin yaşamı boyunca hiç influenza aşısı olmadığı, gelecek sene aşı olmayı düşünenlerin ise sadece %37,1 olduğu görülmüştür (3). Görülmektedir ki, sağlık çalışanlarının influenza aşısı olma oranları ve bu konudaki tutumları istenen düzeyde değildir. Özellikle hizmet verirken risk altındaki hastalarla sık karşılaşan hemşireler başta olmak üzere, sağlık çalışanlarına aşı eğitimi verilmesi, aşı oranlarını artırmak için aşı hizmeti

ulaşılabilirliğinin artırılması, aşı yan etkileri üzerindeki kaygıların giderilmesi ve aşı etkinliğinin gösterilmesi gereklidir.

Anahtar Sözcükler: Grip aşısı, hemşire, sağlık çalışanları, tutum ve davranış, influenza

Kaynaklar:

- 1- Kuloğlu F., Çelik AD., Yuluğkural Z., Erkan T., Keskin S., Akata F.; Trakya Üniversitesi Hastanesi Sağlık Çalışanlarına 2006 Yılında Uygulanan Grip Aşısının Değerlendirilmesi, Mikrobiyoloji Bül 2008; 42: 137-142
- 2- Savaşer S., Canbulat N., Şahin Ş., Cantemir, D; Hemşirelik Öğrencilerinin İnfluenza A Gribi ve Aşısına Karşı Farkındalık Durumları, İ.Ü.F.N. Hem. Derg (2011) Cilt 19 - Sayı 3: 122-128
- 3- Dönmez L., Polat HH., Yalçın AN., Öncel S., Turhan Ö.; Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerin İnfluenza Aşısı Olma Oranları ve Aşı Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(1):48-53.

799

ANKARA'DA BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN ÇALIŞANLARINDA DELİCİ VE KESİCİ ALETLERLE YARALANMALAR

Sarp Üner, Özge Karadağ Çaman

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sağlık çalışanlarında kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar yönünden riskli yaralanma görülme sıklığı %80'lere kadar ulaşmaktadır. Deneyimlerinin yetersiz olması nedeniyle öğrenciler ve yeni mezunlar klinik uygulamalar sırasında delici-kesici aletlerle yaralanma açısından özellikle risk altındadır. Bu çalışmada bir üniversiteye bağlı hastanelerde hemşire, asistan ve intörn hekimlerin delici ve kesici aletlerle meydana gelen riskli yaralanmalar yönünden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini bir üniversitenin üç hastanesinde çalışan 1750 sağlık personeli (606 asistan hekim, 855 hemşire, 289 intörn) oluşturmaktadır. İntörn hekimlerin tümüne ulaşmaya çalışılan çalışmada asistan hekim ve hemşirelerde, $p=0,80$, $d=0,05$ değerleri ile evrendeki birey sayısı bilinen gruplarda örnek seçimi formülü kullanılarak minimum örneklem büyüklüğü 250'şer olarak hesaplanmıştır. Örneklem seçiminde anabilim dallarındaki asistan hekim ve hemşire sayısına göre ağırlıklar hesaplanarak tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Son bir yıl içinde gerçekleşen kesici delici alet yaralanmalarına ait İnfeksiyon Kontrol Ünitesi kayıtları ve araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu ile toplanan veriler SPSS 15.0 istatistik paket programı ile değerlendirilmiş, analizlerde ki-kare ve tek yönlü varyans analizi testleri kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde alfa değeri 0,05 alınmıştır.

Bulgular: Çalışmada toplam 781 sağlık çalışanı (287 asistan hekim, 261 hemşire, 233 intörn) yer almıştır. Araştırmada yer alan asistanların %52,6'sı, intörnlerin %45,9'u, hemşirelerin ise sadece %0,8'i erkektir. Gruplar arasında yaşa ve çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($p<0,05$). Hemşirelerin yaş ortalaması ($30,2\pm 7,0$ yıl) ve çalışma süresi ($9,2\pm 7,0$ yıl) diğer gruplara göre daha yüksektir. İntörn hekimler daha genç (ortalama= $24,4\pm 1,0$ yıl) ve klinik açıdan deneyimsiz (ortalama= $7,1\pm 1,0$ ay) bir grupken, asistan hekimler her iki değişken açısından iki grubun arasında yer almaktadır (ortalama değerler sırasıyla $27,6\pm 2,3$ yıl ve $2,7\pm 1,3$ yıl). Enfeksiyon yönünden riskli bir yaralanma geçirme sıklığı asistan hekimlerde %44,3, hemşirelerde %55,3, intörnlerde %50,4'dür ve gruplar arasında asistan hekimlerden kaynaklanan farklılık vardır ($p<0,05$). İntörn hekimlerin yaralanmalarının yaklaşık dörtte biri klinik çalışmanın ilk ayı içinde, üçte ikisi ilk üç ay içinde ve tamamı son bir yılda gerçekleşmiştir. Son bir yılda yaralanma prevalansı asistan hekimlerde %18,5 ($n=53$), hemşirelerde ise %25,7'dir ($n=67$). Üç grubun son bir yılda yaralanma prevalansları arasında intörn hekimlerden kaynaklanan istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). İncelenen gruplarda son bir yıldaki yaralanmaların İnfeksiyon Kontrol Ünitesi'ne bildirim sıklığı %17,9-33,9 arasında değişmektedir ve gruplar

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaralanma sonrası İnfeksiyon Kontrol Ünitesi'ne başvurmama nedenleri incelendiğinde "iş yoğunluğu" ve "yaralanmanın önemsenmemesi" ilk sıralarda yer almaktadır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Çalışmada katılımcıların hastanede çalışmaya başlamadan önce karşılaşılabilecekleri riskler ve almaları gereken önlemler konusunda herhangi bir eğitim alma durumları incelenmiş, eğitim alma durumu ile yaralanma durumu ya da İnfeksiyon Kontrol Ünitesi'ne başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç ve Öneriler: Gerek çalışanların sağlığının korunması, gerekse hasta güvenliğinin sağlanması açısından sağlık çalışanlarının mesleki becerilerinin yeterli düzeyde olması istenir. Sağlık çalışanlarının kendilerinin ve hastaların güvenliğinin sağlanması da bu becerilerin kapsamı içindedir. Mesleki becerilerde deneyimi en düşük grup olmaları nedeni ile intörn hekimlerin yaralanma sıklığının diğer gruplardan daha yüksek olması beklenen bir bulgudur, ancak yaralanma prevalansının bu denli yüksek oluşu düşündürücüdür. İntörn hekimlerde klinik uygulama öncesinde belirli düzeyde beceri kazanıldıktan sonra hasta ile temasın sağlanması ve uygulama sırasında uzman birinin rehberliği gerekir. Yaralanma prevalansının yüksekliği bu açıdan tıp eğitiminin niteliğinin gözden geçirilmesine işaret etmektedir. Hastane çalışanlarına İnfeksiyon Kontrol Ünitesi tarafından risk ve bildirim ile ilgili eğitim verilmesine rağmen yaralanmaların bildiriminin düşük olması, hizmet içi eğitimin niteliğinin geliştirilmesini ve eğitim dışında bilgilendirme ve uyarıyı sağlayacak önlemlerin alınması gerektiğini göstermektedir. Bildirim sistemi, işlemlerinin artırılması için daha ulaşılabilir ve pratik hale getirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Hastane, sağlık çalışanı, çalışan sağlığı, delici ve kesici alet yaralanmaları

340

ANTİNEOPLASTİK İLAÇLARA MESLEKİ MARUZİYET VE HEMŞİRELİK

Sevcan Topçu¹, Ayşe Beşer²

¹Ege Üniversitesi, Ödemiş Sağlık Yüksekokulu

²Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Antineoplastik İlaçlara Mesleki Maruziyet ve Hemşirelik

Günümüzde kanser hastalığının gittikçe artması ile birlikte antineoplastik ilaçlar da oldukça sık kullanılmaktadır. Malign hücrelerin büyümesini durduran ya da geriletken bu ilaçlar normal sağlıklı hücre ile kanser hücresi arasındaki farkı ayırt edemedikleri için DNA ve RNA sentezini etkileyerek hücre bölünmesini bozmaktadır (Eisenberg, 2008). Bu nedenle bu ilaçlara maruz kalmak karsinogenik, mutajenik ve teratojenik etkileri kapsayan önemli sağlık risklerini ortaya çıkarmaktadır (Eisenberg, 2008). Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH) tarafından antineoplastik ilaçlar tehlikeli ilaçlar olarak tanımlanmakta ve bu ilaçların hem hastalar hem de sağlık çalışanları için doğal bir tehlike olduğu belirtilmektedir (NIOSH, 2004).

Antineoplastik ilaçlarla tedavi edilen hastalarda 1970'li yıllarda ikincil kanserlerin oluşmaya başladığının görülmesiyle birlikte, bu ilaçlara maruz kalan sağlık çalışanlarında da ilaçların etkileri değerlendirilmeye başlanmıştır (NIOSH, 2004; Eisenberg, 2008). Sağlık çalışanları antineoplastik ilaçların hazırlanması, taşınması, uygulanması, depolanması ve atıkların yok edilmesi sırasında inhalasyon, sindirim ya da doğrudan cilde temas yoluyla antineoplastik ilaçlara maruz kalabilmektedir. NIOSH (2004) 5.5 milyon sağlık çalışanının antineoplastik ajanlara maruz kaldığını tahmin etmektedir.

Antineoplastik ilaçlara mesleki maruziyet akut ve kronik yan etkilere neden olabilmektedir. Cilt döküntüsü, alerjik reaksiyonlar, göz iritasyonu, kızarıklık, nefes darlığı, bulantı, kusma, diyare, konstüpsiyon, alopesi, tırnak hiper-pigmentasyonu, dizüri, libidoda azalma, halsizlik, ateş, baş ağrısı, baş dönmesi, senkop, uykusuzluk, gibi akut etkilerin ortaya çıkması için yüksek dozda maruziyet gerekmemekte, minimal düzeyde maruziyet bile

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

zamanla birikerek sağlık çalışanları için olumsuz sağlık durumlarına yol açabilmektedir (Eisenberg, 2008; Riley, 2009). Ayrıca sağlık çalışanları tarafından kullanılan antineoplastik ilaçların çoğu fetüs ve embriyoda zarara yol açma, infertilite ve düşükğe yol açma, kansere neden olma potansiyeline sahiptir (OSHA, 1999).

Çalışma ortamlarında rutin olarak antineoplastik ilaçları hazırlayan, hastalara uygulayan ve bu hastaların bakımından sorumlu olan hemşireler doğal olarak mesleki maruziyet yaşamakta ve buna bağlı olarak da sağlık riskleri ile karşılaşmaktadır. Rekhadevi ve ark. (2007) tarafından Hindistan'da yapılan çalışmada, hemşirelerde kişisel güvenlik önlemleri veya biyolojik güvenlik kabini kullanmadan yapılan antineoplastik ilaç uygulamalarından sonra düşük doğum ağırlıklı bebeklerin, infertilite ve spontan düşüklüklerin görüldüğü saptanmıştır. Onkoloji hemşirelerinde geriye dönük olarak yapılan bir çalışmada antineoplastik ilaçlara maruz kalan hemşirelerle, maruz kalmayan hemşireler karşılaştırıldığında, gebelik için sürenin uzadığı, prematüre doğum riski ve düşük doğum ağırlığı riskinin olduğu saptanmıştır (Fransman et al., 2007).

Dranitsaris ve ark. (2005) tarafından yapılan meta analiz çalışmasında antineoplastik ilaçlara maruz kalma ve spontan düşüklük arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (OR=1.46; 95% CI: 1.11-1.92). Skov ve ark. (1992) tarafından 1943-1947 döneminde Danimarka Kanser kayıtlarında yapılan incelemelerde onkoloji hemşirelerinde lösemi riskinde anlamlı artış olduğu saptanmıştır (Skov et al. 1992). Blair ve ark (2001) tarafından kemoterapiye maruz kalan sağlık çalışanlarında lösemi riskinin arttığı bildirilmiştir (Blair et al., 2001).

Sotaniemi ve ark. (1983) onkoloji kliniğinde altı, sekiz ve 16 yıl süreyle çalışmış üç hemşirede karaciğer harabiyeti saptamışlar ve karaciğer harabiyetinin toksik etkene maruz kalma süresi ve miktarı ile ilişkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Ratner ve ark. (2010) tarafından 1974 ve 2000 yılları arasında hemşirelerde yapılan kohort çalışmasında kanser merkezi veya onkoloji merkezinde çalışan hemşirelerde meme kanseri riskinin arttığı saptanmıştır (RR = 1.83; 95% CI = 1.03 - 3.23, 12 vaka).

Günümüzde antineoplastik ilaç çeşitlerinin, doz miktarının, kullanım sıklığının ve kombinasyon kullanımının yaygınlaşması sonucunda mesleki risklerin arttığını gösteren çalışmalar, ilaçların güvenli kullanılmasının gereğini ve önemini ortaya koyarak güvenli kullanımla ilgili rehber ve yönetmeliklerin geliştirilmesine neden olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2004). Olası maruziyetten sağlık çalışanlarını korumak amacıyla 1980'lerin sonlarından itibaren rehberler yayınlanmaya başlamıştır ancak yapılan çalışmalarda bu rehberlerin kullanımının hala yaygın olmadığı belirtilmektedir (Ben-Ami ve ark, 2001; Rillo, 2009; Türk ve ark, 2004; Şimşek, 2010).

Riley (2009) tarafından antineoplastik ilaçlarla çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada katılımcıların sadece % 50'sinin maske kullandığı, % 95'inin eldiven kullandığı, % 65'inin önlük ve % 20'sinin gözlük kullandığı bulunmuştur. Aynı çalışmada hemşirelerin %75'inin Onkoloji Hemşireleri Derneği tarafından verilen kursu tamamladıkları saptanmıştır.

Ben-Ami ve ark. (2001) tarafından İsrail'de onkoloji hemşirelerinin kemoterapi uygulamalarının değerlendirildiği çalışmada, hemşirelerin güvenlik standartlarına yönelik uygulamalarının düşük olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %67'si kişisel koruyucu önlemleri kullanmama nedeni olarak maruziyet veya olumsuz sağlık durumları için kendilerini risk grubunda görmemeyi göstermişlerdir. Bu çalışmada, sağlık riskleri konusunda ve kemoterapi uygulamalarında kişisel koruyucu önlemlerin kullanımı konusunda eğitim eksikliğinin, kemoterapi uygulama konusunda belirsiz güvenlik politikalarının uluslararası rehberlere uyumu engellediği belirtilmiştir (Ben-Ami, 2001). Ayrıca rehberlere uyumun maliyetle, zaman ve personel sıkıntısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Polovich, 2004). Rillo (2009) tarafından rehberlere uyumun değerlendirildiği çalışmada ilaç hazırlama ve uygulama sırasında yapılan doğru uygulamaların yetersiz olduğu saptanmıştır.

Fransman (2006) tarafından Hollanda'da yapılan bir çalışmada, hemşirelerin idrarında belirlenen siklofosfamidin, detaylı rehberlerin girişi, güvenlik aletlerinin kullanımı ve onkoloji hemşireleri için eğitimlerin artmasıyla 1997 ve 2000 yılları arasında dört kat azaldığı saptanmıştır. (Fransman, 2006). Kyprianou ve ark. (2010) tarafından antineoplastik ilaçları kullanan hemşirelerin bilgi, tutum ve inançlarının değerlendirildiği çalışmada, kişisel koruyucu malzeme kullanımının (eldiven, maske, vb.) %95.4 ile %84.5 arasında değiştiği, hemşirelerin neredeyse tümünün (%98.8) güvenlik kabini kullandığını saptanmıştır. Aynı çalışmada katılımcıların sadece %53.4'üne yıllık tıbbi izlem yapıldığı ve %33'ünün özelleştirilmiş bir eğitim aldığı belirlenmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ülkemizde de mevcut durumu saptamak için yapılmış çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Onkoloji Hemşireliği Derneği (1996) tarafından 88 hastanede yapılan toplam 791 hemşireyi kapsayan çalışmada, ilaçların %80'inin hemşireler tarafından hazırlandığı ve %86,2' sinin hemşireler tarafından uygulandığı belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada hemşirelerin ancak %4,3 gibi çok az bir oranının, ilaçları kabin ya da bozuk prematüre kuvözlerinden yapılmış kapalı bir ortamda hazırladıkları belirlenmiştir. Güvenli kullanımla ilgili dört önlem (eldiven, maske, gömlek, gözlük) olarak ilaç hazırlayanların oranı ise %5,4 olarak bulunmuştur (OHD, 2009). Türk ve ark (2004) tarafından ülkemizde yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin antineoplastik ilaçlar konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu, bu ilaçların hazırlanması ve uygulanması sırasında kurallara tümüyle uymadıkları saptanmış, bilgi düzeyini arttırmak için etkili araçlar geliştirilerek eğitimlerin yapılması önerilmiştir.

Şimşek (2010) tarafından kemoterapi hazırlayan ve uygulayan hemşirelerin önlem alma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirildiği çalışmada hemşirelerin eldiven kullanımının yüksek olduğu, biyolojik güvenlik kabini kullanımının yeterli düzeyde olmadığı, hemşirelerin sıklıkla kemoterapotik saçılmayla karşılaşmasına ve saçılma protokolü olmasına karşın saçılmanın temizlenmesinde en çok eldiven kullanıldığı, kemoterapötikle kontamine materyalin uygun işlem görmediği, hemşirelerin kemoterapi uygulamaları ile ilgili periyodik eğitim almadığı, kemoterapi ile ilgili eğitim alan hemşirelerin daha fazla koruyucu önlem aldıkları saptanmıştır. Korunma önlemleri almayı engelleyen başlıca faktörlerin malzeme eksikliği ve yoğunluk olduğu belirtilmiştir.

Antineoplastik ilaçları kullanan hemşirelerin maruziyet durumlarının ve rehberlere uyumunun değerlendirildiği birçok çalışmada da antineoplastik ilaçları bu alanda eğitim almış özel hemşirelerin uygulaması gerektiği, yıllık olarak eğitim programlarının planlanması gerektiği vurgulanmıştır (Connor, McDiarmid, 2006; Riley, 2009; Nixon, Schulmeister, 2009).

Maruziyeti önlemek için rehberlerin geliştirilmesi ve uygulanmasına ek olarak, tıbbi değerlendirme ve eğitimin de güvenli kullanım programlarının bir parçası olması gerektiği belirtilmektedir (OSHA, 1999). Sağlık çalışanlarının, antineoplastik ilaçların hazırlanmasında, uygulanmasında ve bu ilaçları alan hastaların bakımında mevcut riskler konusunda bilgilendirilmesi, bilgilendirme ve eğitimin işe başlarken ve yıllık olarak sağlanması gerekmektedir (OSHA, 1999). Başlangıç eğitimi antineoplastik ilaçlara maruziyetten kaynaklanan sağlık risklerini, maruziyetten personelin korunması için politika ve prosedürler ve mesleki maruziyet riskini minimize etmek için güvenli kullanım standartlarını içermelidir (OSHA, 1999). Yıllık değerlendirmelerde sağlık bakım çalışanları için uygulamadaki değişiklikler konusunda bilgilendirme yapılması ve uygulama rehberlerinin yeniden gözden geçirilmesi önerilmektedir (NIOSH, 2004).

Güvenli kullanım standartlarının ve teknoloji ile birlikte kişisel koruyucu ekipmanların geliştirilmiş olmasına karşın günümüzde antineoplastik ilaçlarla çalışan hemşirelerin hala bu ilaçlara maruz kaldıkları ve iş yeri sağlık risklerinin var olduğu görülmektedir. Bu nedenle maruziyeti azaltmak için bu ilaçlarla çalışan hemşirelerin düzenli olarak sağlık kontrollerinin yapılması, güvenli kullanım standartlarına uyumu arttırabilmek içinde yıllık olarak düzenli eğitimlerin yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İş sağlığı, atineoplastik ilaçlar, mesleki maruziyet, hemşirelik

Kaynakça:

Ben-Ami, S., Shaham, J., Rabin, S., Melzer, A., Ribak, J. (2001) The Influence of Nurses' Knowledge, Attitudes, and Health Beliefs on Their Safe Behavior With Cytotoxic Drugs in Israel, *Cancer Nursing*, 24, 3, 192-200

Blair A, Zheng T, Linos A. (2001) Occupation and leukemia: a population-based case-control study in Iowa and Minnesota. *Am J Ind Med*. 40,1,3-14.

Connor T. H., McDiarmid, M. A. (2006) Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic Drugs in Health Care Settings. *CA Cancer J Clin* 2006;56:354-365

Dranitsaris G. ve ark. (2005) Are health care providers who work with cancer drugs at an increased risk for toxic events? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 11, 69-78

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Eisenberg, S. (2008) Safe Handling and Administration of Antineoplastic Chemotherapy. The Art and Science of Infusion Nursing, 32, 1, 23-32

Fransman, W., Roeleeld, N., Peelen, S., DeKort, W., Kromhout, H., Heederik, D. (2007). Nurses with Dermal Exposure to Antineoplastic Drugs: Reproductive Outcomes. Epidemiology, 18 (1), 112-119.

Kyprianou, M., Kapsou, M., Raftopoulos, V., Soteriades E. S. (2010) Knowledge, attitudes and beliefs of Cypriot nurses on the handling of antineoplastic agents European Journal of Oncology Nursing 14, 278-282

NIOSH (2004) Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Health Care Settings.

Nixon, S., Schulmeister, L. (2009) Safe Handling of Hazardous Drugs: Are You Protected?. Clinical Journal of Oncology Nursing, 13, 4, 433-439.

Onkoloji Hemşireliği Derneği (2009) Antineoplastik İlaçların Güvenli Kullanım Standartları Rehberi.

OSHA (1999). OSHA technical manual, TED 1-0.15A, Sec VI, Chapt II: Categorization of drugs as hazardous.

Polovich, M. (2010) Nurses' use of hazardous drug safe handling precautions. Byrdine F. Lewis School of Nursing in the College of Health and Human Sciences. Doctor of Philosophy Thesis. Georgia State University

Ratner P. A., ve ark. (2010) Cancer incidence and adverse pregnancy outcome in registered nurses potentially exposed to antineoplastic drugs. BMC Nursing, 9, 15

Rekhadevi, P. V., Sailaja, N., Chandrasekhar, M., Mahboob, M., Rahman M. F., Grover, P. (2007) Genotoxicity assessment in oncology nurses handling anti-neoplastic drugs. Mutagenesis, 22, 6, 395-401

Riley S. L. (2009) Compliance To The National Guidelines For The Safe Handling Of Antineoplastic Agents By Oncology Registered Nurses. Northern Kentucky University, Nursing Department, Master Thesis.

Rillo R. (2009) Health Issues Related to the Management of Antineoplastic Drugs. University of Toledo Health Science Campus College of Medicine. Master Thesis

Sağlık Bakanlığı (2004) Antineoplastik (Sitotoksik) İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara

Skov T, Maarup B, Olsen J, Rørth M, Winthereik H, Lynge E (1992). Leukaemia and reproductive outcome among nurses handling antineoplastic drugs. Br J Ind Med 49: 855-861.

Sotaniemi, E.A., Sutinen, S., Arranto, A.J (1983): Liver damage in nurses handling cytostatic agents. Acta Med.Scand, 214, 181-189.

Şimşek H. (2010) Kemoterapi Hazırlayan Ve Uygulayan Hemşirelerin Önlem Alma Durumları Ve Etkileyen Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

Türk, M., Davas, A., Çiçekoğlu, M., Saçaklıoğlu, F., Mercan, T. (2004) Knowledge, attitude and safe behaviour of nurses handling cytotoxic anticancer drugs in ege university hospital. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 5, 164-168

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ÇALIŞMA HAYATI İSTATİSTİKLERİ -2010, KISA BİR DEĞERLENDİRMESİ

Ülfiye Çelikkalp, Faruk Yorulmaz, Burcu Tokuç

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Çalışma hayatının kalitesinin artırılabilmesi için ulusal ve uluslar arası düzeyde ihtiyaç duyulan alanlarda istatistiksel bilgilerin doğru, güncel ve düzenli olarak elde edilmesi ve kullanılması büyük önem arz etmektedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) tarafından 1986 yılından bu yana düzenli olarak "Çalışma Hayatı İstatistikleri" yayınlanmaktadır. Çalışmada; çalışma hayatındaki durumumuzu Bakanlıkça yayınlanmış olan son güncel veriler ışığında değerlendirerek, Türkiye'deki işgücü, işsizlik, iş kazaları gibi verilerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada kullanılan veriler ÇSGB tarafından Aralık 2011 tarihinde yayınlanan Çalışma Hayatı İstatistikleri-2010 verilerinden alınmıştır. 2010 yılı çalışma hayatı istatistikleri incelenmiş olup bu derlemede çalışma hayatında önemli gördüğümüz verilerin değerlendirilmesi yapılmıştır.

Bulgular: 2010 yılı itibari ile kurumsal olmayan nüfus 71.343 bin kişi, çalışma çağındaki nüfus 52.541 bin kişi, işgücüne sahip 25.641 bin kişi, istihdam edilen 22.594 bin kişi, kayıt dışı istihdam ise 9.772 bin kişi ve işsiz 3.046 bin kişidir. Kayıt dışı istihdamın 4.915 bini kişi tarım dışı, 3.535 bini kişi ücretli ve yevmiyelidir. İşgücüne katılma oranı genel olarak %48.8, erkeklerde %70.8, kadınlarda %27.6'dır. Yıllara göre işgücüne katılım oranına bakıldığında erkeklerde fazla bir değişimin olmadığı (2005 yılı %70.6) ancak kadınlarda düzenli bir artış olduğu görülmektedir (2005 yılı %23.3). İstihdam oranı %43, işsizlik oranı %11.9, genç nüfusta işsizlik oranı %21.7, kayıt dışı istihdam oranı %43.3 olarak bildirilmiştir. İşsizlik oranı; en yüksek %14.5 ile Ocak ayında ve en düşük %10.5 ile Haziran ayında gerçekleşmiştir.

Eğitim düzeylerine göre işgücü durumu değerlendirildiğinde çalışanların %4.5'i okur-yazar değil, %59.2'si ilköğretim mezunu, %20.5'i lise mezunu ve %15.8'i üniversite mezunudur.

2010 yılı itibari ile sosyal güvenlik kapsamında olan nüfus %83 olup, bunların % 26.2'si aktif sigortalı, %23'ü zorunlu, %0.6'sı sıradır.

İşyerleri çalıştırdıkları işçi sayısına göre değerlendirildiğinde %98'inin 1-49 işçi çalıştıran kurumlar olduğu anlaşılmıştır. Bu 1.325.749 işyerinde zorunlu sigortalı sayısı 10.030.810'dur. İllere göre işyeri sayıları değerlendirildiğinde en fazla işyeri sayısı 389.472 ile İstanbul, 177.777 ile Ankara, 122.999 ile İzmir, 85.773 ile Bursa'da yer almaktadır.

2010 yılı itibariyle 644 iş müfettişin bulunduğu belirlenmiştir. İş Teftiş Kurulu Başkanlığı'nca 2009 yılında 56.098 teftiş gerçekleştirilmiş olup bu teftişlerin 5.739'u (% 10.2) iş kazası amaçlı, 35.676 (%63.6) tanesi inceleme amacıyla yapılmış ve 1.647.611 işçiye ulaşılmıştır. 2010 yılında ise teftiş sayısı azalırken teftişlerde ulaşılan işçi sayısı artmıştır. 2010 yılında 46.969 teftiş olmuş bu teftişlerin 7.822 (%16.6) tanesi iş kazası amaçlı 26.108 (%61.9) tanesi inceleme amacıyla yapılmış ve toplam 3.768.711 işçiye ulaşılmıştır.

2010 yılında toplam iş kazası sayısı 104.464, meslek hastalığı sayısı 214'tür. Bölge müdürlüğüne göre, gerçekleşen iş kazaları en fazla 19.448 (%18.6) ile İzmir ili yer alırken bunu 17.410 (%16.6) ile İstanbul, 13.094 (%12.5) ile Bursa, 6.936 (%6.6) ile Zonguldak, 6.531 (%6.2) ile Kocaeli, 5.286 (%5) ile Ankara, 5.224 (%4.9) ile Aydın ili izlemektedir.

Yaşanan iş kazaları (104.678) sonucunda 1.231 ölüm, 4.393 ağır yaralı, 97.972 hafif yaralı, 886 uzuv kaybı meydana gelmiştir. Bu ölümlerin 253 tanesi (%20.5) İstanbul'da, 66'sı (%5.3) İzmir, 58'i (%4.7) Ankara, 51'i (%4.1) Antalya ve Bursa'da, 45'i (%3.6) Balıkesir'de gerçekleşmiştir. Meslek hastalıklarının 107 tanesi (%50) İstanbul'da, 41'i (%19.1) Ankara'da 18'i (%8.4) Kütahya'da ve 6 tanesi (%2.8) Zonguldak ve Kayseri'de tespit edilmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: 2010 yılı çalışma hayatı istatistiklerine göre önceki yıllara göre işsizliğin azalma eğilimi gösterdiği, çalışan sayısının arttığı ancak özel alanda istihdamın daha fazla arttığı görülmektedir. İşsizlik oranı azalmış gibi görünse de toplam işsiz sayısı 3.046 bin kişi, diğer bir ifadeyle ortalama dört kişilik bir aile olsa 12 milyon kişi denilebilir. Bu rakam aslında durumun hala çok yüksek seviyelerde olduğunu daha açık göstermektedir.

Çalışma hayatı eğitim seviyesine göre değerlendirildiğinde; çalışanların büyük çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Ülkemizde kadınlar hala çalışma hayatına istenilen oranda katılamamaktadır. Bu özellikle cinsiyet farklılıklarının, eğitim seviyesi düşüklüğünün yansımaları şeklinde yorumlanabilir.

Gerekli önlemler alındığı zaman önlenemez olan iş kazası sayısı önceki yıllara göre bir artış göstermiştir. Organize sanayi bölgesi olmamasına rağmen Aydın ilinde diğer illere göre fazla kazanın olması ya kayıtların düzenli tutulmuş olabileceğini ya da gerçekten fazla kazanın yaşandığı soruları ile dikkat çekicidir. Ülkemizdeki işyerlerinin %98'i 1-49 işçiye sahip işyerleri olup sadece %2 sinde işyeri sağlık biriminin ve iş sağlığı güvenliği kurullarının bulunmasını gerekli kılmaktadır. Dolayısı ile çalışanların %98'i iş sağlığı hizmeti almadan çalışmaktadır. Yıl içinde meydana gelen iş kazaları ve buna bağlı ölümlerin yaşanması bu hizmetin ne kadar elzem olduğunun önemli bir vurgusudur.

Çalışma hayatı ve iş sağlığına yönelik sorunların çözümü için multidisipliner yaklaşım ile etkin yöntemler geliştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Çalışma hayatı, çalışan, iş istatistikleri

Kaynak:

Çalışma Hayatı istatistikleri, 2010.

www.csgb.gov.tr/csgbPortal/.../istatistikler/calisma_hayati_2010

280

ÇALIŞMA HAYATINDA RİSKLİ GRUPLARIN VE RİSKLİ SEKTÖRLERİN BELİRLENMESİ VE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ PROJESİ

Aslıcan Güler

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

İSGÜM,(iş sağlığı ve güvenliği merkezi müdürlüğü)İSG konularında, gerek WHO koordinasyonunda oluşturulan çalışma grupları ve işbirliği projelerine, gerekse düzenlenen bölgesel ve uluslararası toplantılara katılım sağlamıştır. Bu alanda "Ulusal İşbirliği Merkezi" olma sorumluluğunu da üstlenen İSGÜM, İSG ile ilgili olan kurumlarla ve sosyal taraflarla ulusal iletişim ağı ve çalışma grubu oluşturmuştur.

İSGÜM'ün WHO,Güneydoğu Avrupa Bölgesi Ağı (SEEN) üyeliği kapsamında yürüttüğü işbirliği çalışmalarının birisi de Makedonya İş Sağlığı Enstitüsü ile birlikte planlanmıştır. Bu kapsamda Makedonya'da 2008 yılında gerçekleştirilen projenin Türkiye koşullarına uyarlanarak gerçekleştirilmesi ve Makedonya proje sonuçları ile karşılaştırılması hedeflenmektedir.

Projede çalışma hayatında istihdama katılma ve istihdamın sürdürülmesi açısından hangi grupların risk grupları, hangi sektörlerin riskli sektörler olduğunun belirlenmesi, risk gruplarının ve riskli sektörlerde çalışanların temel iş sağlığı hizmetlerine erişiminin saptanması, buna ilişkin politika geliştirilmesi ve Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi üyesi bulunan kurum ve kuruluşlarda farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır. Projede kullanılmak

üzere Dünya Sağlık Örgütü tarafından kullanılan uluslararası bir ölçek dikkate alınarak bir anket formu hazırlanmıştır.

Projede;risk gruplarının belirlenmesi, riskli sektörlerin belirlenmesi, ilgili tarafların riskli gruplar ve riskli sektörlerle ilgili tanımlarının ve görüşlerinin araştırılması, sonuçların kamuoyu ile paylaşılması ve uluslararası düzeyde karşılaştırılması, toplumda konuyla ilgili farkındalık ve duyarlılık oluşturulması hedeflenmektedir.

609

ÇAĞRI MERKEZİNDE ÇALIŞANLARDA STRES VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Harbiye Gülhan, Ayse Ergun, Kader Mert

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak.Hemşirelik Bölümü

Giriş ve Amaç: Neoliberal politikalar, esnek üretim tarzının benimsenmesini ön görmektedir. Bu durum, istihdam alanlarının çeşitlenmesine neden olmaktadır. Çağrı merkezleri, günümüzde birçok kurum ve kuruluşun daha iyi hizmet vermek amacı ile kullandıkları kurumların ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Çağrı merkezlerinde çalışanlar, pek çok stresör ile baş etmek zorunda kalmaktadır. Araştırmanın amacı, bir bankanın çağrı merkezlerinde çalışanların stresörlerini tanımlamak ve yaşam kalitelerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma karşılaştırmalı tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini, bir bankanın İstanbul'da ve Erzurum'da bulunan Çağrı merkezlerinde çalışan 520 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmeksizin evrenin tümü araştırma kapsamına alınmış ve veri toplama araçları kişilere ulaştırılmıştır. Geri dönen veri toplama araçlarının sayısı (n:235) 'dir. Erişim % 45'dir.

Araştırma verileri, Kasım 2011- Ocak 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ve "Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOL)" kullanılmıştır. Anket formu, 20 sorudan oluşmaktadır. Soruların altısı çalışanların tanımlayıcı özelliklerini, sekizi çalışanların iş hayatıyla ilgili, dört tanesi sigara içme durumları ile ilgili, iki tanesi de çalışanların işyerindeki stres kaynaklarını belirlemeye yöneliktir. Yaşam Kalitesi Ölçeği, Greenley ve Greenberg tarafından 1994 yılında geliştirilmiş, Likert tipi, 15-20 dakikalık bir sürede işaretlenebilen, toplam 24 maddeden oluşan , puanlaması kolay bir psikometrik ölçme aracıdır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .84 'dür. Ölçek yedi alt ölçekten oluşmaktadır. "Yaşam Koşulları Alt Ölçeği" Cronbach Alphası .88, "Maddi Durum Alt Ölçeği" Cronbach Alphası .88, "Boş Zamanı Değerlendirme Alt Ölçeği" Cronbach Alphası .77 "Aile İlişkileri Alt Ölçeği" Cronbach Alphası .91, "Sosyal Yaşam Alt Ölçeği" Cronbach Alphası .89, "Sağlık Durumu Alt Ölçeği" Cronbach Alphası .82, "Sağlık Hizmetlerine Ulaşım Alt Ölçeği" Cronbach Alphası .79'dur. Ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Şimşek tarafından yapılmıştır. Türkçe'ye çevrilmesinde standart çeviri-tekrar çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin tümünden ve alt ölçeklerden elde edilen puan ortalamasının yükselmesi, yaşam kalitesinin yükselmesini ifade etmektedir.

Veriler toplanmaya başlamadan önce, bankanın insan kaynakları bölümünden yazılı izin ve çalışanlardan da aydınlatılmış onam alınmıştır. Veri toplama formları, İstanbul'da çalışanlara elden verilerek uygun oldukları zaman aralıklarında doldurularak istenmiş, Erzurum da çalışanlara ise, kargo aracılığıyla gönderilmiştir.

Veri toplama araçları katılımcılar tarafından öz bildirimle dayalı olarak doldurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzde, ortalama, Mann Whitney U Testi ve Kolmogorow Smirnov testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 26,40±3,40 yıl olup, % 74,9'u kadın, % 70,2 bekarıdır. Çalışanların % 55,3'ü üniversite mezunu, % 71,5'inin maddi durumu orta düzeydedir. Katılımcıların % 46,4 (n:109)' ünün İstanbul ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

% 53,6 (n:126)'sının Erzurum'da yaşamaktadır. Çalışma yılı ortalamaları $5,23 \pm 4,40$ 'dır. Çalışanların % 62,2'si haftada 5 gün çalışmakta, % 54'ü mesaiye kalmakta ve % 54,9'u kolay izin alamadığını ifade etmiştir. Çalışanların % 37,0'si sigara kullanmakta olup, sigara içme durumlarının % 43,7'si işten kaynaklı olduğunu düşünmektedir. Çalışanların % 87,2'si 1 ila 10 yıl arasında sigara içmekte olup, % 95,3 'ü günde 1 ila 20 arasında sigara tüketmektedir.

Stresörler, işe bağlı ve çalışma ortamına bağlı stresörler olmak üzere iki başlıkta değerlendirilmiştir. İşe bağlı stresörler; yoğun çalışma temposu (% 59,6), telefonda sürekli anlayışlı konuşma zorunluluğu (% 49,9), prim alamama riski (% 47,2) olarak tanımlanmıştır. Çalışma ortamına bağlı stresörleri ise; gürültü (% 76,2), kalabalık (% 54,9) havasız ortam (% 50,2) ve ortamın dikkat dağıtıcı olması (% 30,6)'dır.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt ölçeklerinin puan ortalamaları "Yaşam Koşulları Alt Ölçeği" ($3,91 \pm 1,01$), "Maddi Durum Alt Ölçeği" ($2,14 \pm 0,84$), "Boş Zamanı Değerlendirme Alt Ölçeği" ($3,71 \pm 0,85$), Aile ilişkileri Alt Ölçeği" ($4,64 \pm 0,72$), "Sosyal Yaşam Alt Ölçeği" ($4,00 \pm 0,77$), "Sağlık Durumu Alt Ölçeği" ($4,02 \pm 0,89$), "Sağlık Hizmetlerine Ulaşım Alt Ölçeği" ($3,67 \pm 0,92$)'dir. Ölçeğin toplam puan ortalaması ($3,75 \pm 0,54$)'dür.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Katılımcıların yaş ortalaması $26,40 \pm 3,40$ yıl olup, % 74,9'u kadın ve iş yerindeki en büyük stresör kaynağı yoğun çalışma temposu (% 59,6) dur. Ülkemizde çağrı merkezi çalışanlarıyla yapılan bir araştırmada % 37'si (20-24 yaş grubu) kadınların yüksek oranda (% 78,2) çalıştığı ve çağrı merkezlerinde iş yükünün yüksek olduğu belirlenmiştir (Keser, 2006).

Çalışanların Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; "Aile ilişkileri Alt Ölçeği" puan ortalaması ($4,64 \pm 0,72$) ve "Sağlık Durumu Alt Ölçeği" puan ortalaması ($4,02 \pm 0,89$), diğer alt ölçeklerin puan ortalamalarına göre daha yüksektir. "Maddi Durum Alt Boyutu" puan ortalaması ($2,14 \pm 0,84$) ise; alt boyutlar içinde en düşük puan ortalamasına sahiptir.

Çalışanların maddi durumlarına göre Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları Maddi durumu iyi ($3,88 \pm 0,52$), maddi durumu orta ($3,79 \pm 0,54$), maddi durumu kötü ($3,44 \pm 0,51$)'dir. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($KW\chi^2=13,970$; $p=0,00<0,01$). Yani maddi durumu iyi olanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldığı puan ortalamaları daha yüksektir. Yaşam kalitesi ölçeği maddi durum alt boyutu puan ortalamaları; çalışanların yaşadığı şehre göre; İstanbul ($3,96 \pm 1,05$), Erzurum ($3,87 \pm 0,97$) ($Z=2,241$; $p=0,02<0,05$) dir. Çalışanların maddi durumlarına göre Sağlık Hizmetlerine Ulaşım Alt boyutu (Maddi durumu iyi ($3,71 \pm 0,79$) orta ($3,76 \pm 0,85$) Kötü ($3,20 \pm 1,18$) ($Z=6,121$ p: $0,04<0,05$) ve Sağlık Durumu Alt Boyutu (Maddi durumu iyi ($4,09 \pm 0,81$) orta ($4,11 \pm 0,86$) Kötü ($3,54 \pm 0,97$) ($Z=10,957$ p: $0,04<0,05$) puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Yaşam kalitesinin değerlendirildiği araştırmalarda; maddi durumun yükselmesiyle birlikte kişilerin yaşam kalitelerinin de arttığı belirlenmiştir (Soyuer ve ark.,2006; Duyan ve ark., 2005).

Medeni duruma göre Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; bekar çalışanların sosyal yaşam alt ölçeği puan ortalamaları ($4,09 \pm 0,74$) ile evli çalışanların puan ortalamaları ($3,79 \pm 0,82$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($Z= 2,562$ p= $0,01<0,05$). Yani; bekar çalışanların sosyal yaşamı daha fazladır. Çağrı merkezlerindeki yoğun çalışma ortamı, evli olan birinin sosyal yaşamını kısıtlayabilmektedir. Ayrıca çocuk sahibi olan çağrı merkezi çalışanlarının Yaşam Koşulları Alt Ölçeği, Sosyal Yaşam Alt Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları çocuğu olmayanlara göre daha düşüktür. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. (Sırayla $Z=2,332$ p: $0,02<0,05$; $Z=2,187$ p : $0,02$; $Z= 2,611$ P: $0,00<0,01$).

Çağrı merkezlerinde çalışma, kişilerin yoğun stres altında yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu merkezlerde çalışma koşullarının çalışanların sağlığını olumlu yönde geliştirebilecek biçimde düzenlenmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Çağrı merkezi, Stresör, Yaşam kalitesi

Kaynaklar

Duyan V, Kurt B, Aktas Z, Duyan GC, Kulkul DO. (2005). Relationship between quality of life and characteristic of patients hospitalised with tuberculosis. The International Journal Of Tuberculosis and Lung Disease, 9(12):1-6.

Keser A. (2006). Çağrı Merkezi Çalışanlarında İş Yükü Düzeyi ile İş Doyumu İlişkisinin Araştırılması, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11(1): 100-119

Soyuer, F., Ünalın, D., Öztürk, A.(2006) Kronik Beyin Damar Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 13(3) 157-162.

384

ÜCRETSİZ AİLE İŞÇİSİ OLARAK KADINLAR

Ülfiye Çelikkalp¹, Faruk Yorulmaz²

¹Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne

Düşük gelirli ülkelerde kayıtdışı çalışma sektörü daha büyük oranda gözlenmektedir. Yoksul bölgelerde her iki cinsiyet için savunmasız çalışma mevcut olmakla birlikte bu durum kadınlarda daha yüksek oranda gözlenmektedir. Dünya çapında savunmasız çalışma/istihdam kadınlar için %51.2, erkekler için %48.2'dir. Kadın istihdamı, tarımda kendi adına, yevmiyeli çalışma ya da ücretsiz aile çalışması olarak şekillenmiştir.

Ücretsiz aile işçisi; genellikle aynı evde oturan, yeme, temizlik, aile bireylerinin ihtiyaç duyduğu bakımı üstlenme sorumluluğuna ek olarak evde üretime yönelik faaliyetlerde de görev alan, bir ücret almaksızın zamanının büyük çoğunluğunu çalışarak geçiren dolayısı ile işgücüne katkı sağlayan bireyleri kapsamaktadır. Tarım ailesi olarak çalışan birçok kişi aile reisi, serbest meslek kabul edilirken geri kalanı ücretsiz aile işçisidir. Gelir getirmek amacıyla olan tüm ev işi faaliyetleri, tarım alanında çalışma veya aileye sahip bir işletmede çalışma bu tür bir çalışma biçimine örnek olup bu alanda en çok istihdam edilenler kadınlar ve çocuklardır. TÜİK verilerine göre 2009 yılında kayıt dışı olarak ücretsiz aile işçisi konumunda tarımsal faaliyetlerle uğraşanların % 21,9'unu erkekler oluştururken; % 78,1'ini kadınlar oluşturmaktadır.

Kadın emeği genellikle görülmeyen bir iş olarak belirtilmekte ve genel olarak, çalışma yaşamında, kadınların, gerçekleştirdikleri etkinlikler, iki ölçüte göre değerlendirilmektedir:

-Kadınların etkinliklerinin ekonomik etkinlik olarak tanınıp tanınmaması,

-Kadınların yerine getirdikleri etkinliklerin parasal karşılığının olup olmaması.

Kadın emeği, erkeğin emeğine oranla gözle görülür bir biçimde gayri-resmi, kayıt dışı, ev içi faaliyetlerde yoğunlaşmış olduğu için kadının yaptığı işlerin maddi değerini hesaplamak zorlaşmaktadır. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar görülmeyen ücretsiz aile çalışmasının yarından fazlasını görünür hale getirmiştir. Örneğin yemeğin evde hazırlanma fiyatı 10 USD ise aynı yemeğin restorandaki karşılığı 30 USD kadardır. Bu kazanç diğer tüm ev işleri için de geçerlidir. Aynı şekilde tarım ve kendi işletmesinde eş ya da çocuğun çalıştırılmasının önemli bir ekonomik değeri söz konusudur.

Ücretsiz aile işçisi kadınlar pek çok sağlık riskiyle karşı karşıya olup bu sorunlar; kazalar, yanıklar, tekrarlanan hareketlerden ve eğilmeden kaynaklanan bel ve sırt ağrıları, kimyasallara (deterjanlar vb) maruz kalma ile cilt hastalıkları, zehirlenmeler gibi sorunlardır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Kadın çalışanların erkeklere göre farklı özellikleri söz konusudur. Kendilerine özgü psikolojik özellikleri, mensturasyon, hamilelik, emzirme gibi özel durumları bu duruma örnek verilebilir. Bu durumlar, kadının çevresel faktörlere duyarlılığını da artırarak sağlığı ve çalışma performansı üzerinde etkili olabilmektedir. Ayrıca sosyal güvenlik mevzuatımız ücretsiz çalışan aile çalışanlarını kapsam altına almamıştır.

Sonuç olarak; ücretsiz aile çalışanı olan kadınların mesaisinin tamamı, sosyal yapının onlara biçtiği geleneksel rolle açıklanıp savunulmaktadır. Yaşamı boyunca zamanının çoğunluğunu ücretsiz aile işçisi olarak geçiren kadının toplumda yaptığı işe dair gereken değerin verilmediği ve birçok sağlık riskleri ile karşı karşıya olduğu ama bunların da yeterince önemsenmediği görülmektedir. Kadınlar da tüm bu çalışmalarının, ekonomik bire değerinin olduğunun farkında olmadan yaşamlarını sürdürmektedirler. Kadınlarımızın eğitim seviyeleri yükseldikçe bu farkındalığın artacağı düşünülmektedir. Kadınlar sadece mesleki eğitim ile değil sosyal ve kültürel alanlarda da eğitim düzeylerinin artırılması, yaşanan eksiklik ve sorunların giderilme sürecini hızlandıracaktır.

Anahtar kelimeler: Ücretsiz aile işçisi, kadın, kadın sorunları, çalışan kadın

Kaynaklar:

Karakoyun, Y. 'Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü Esnek Çalışma Yoluyla Kadınların İşgücüne Katılım Oranının Ve İstihdamının Artırılması; İşkur'un Rolü, 2007;' [http://: www.iskur.gov.tr](http://www.iskur.gov.tr).

Karadeniz, O. Türkiye'de Atipik Çalışan Kadınlar ve Yaygın Sosyal Güvencesizlik, Çalışma ve Toplum, 2011; 2: 83-120.

Women In Labour Markets: Measuring Progress And Identifying Challenges, International Labour Office (ILO), 2010 March, Geneva.

Women and labour markets in Asia, Rebalancing for gender equality, 2011 International Labour Organization (ILO) and Asian Development Bank.

Occupational health a manual for primary care workers. World Health Organization (WHO) Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2001.

858

ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE İYONİZE RADYASYON: SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SAĞLIK GÖZETİMİ

Zeynep Belma Şenlik¹, Mustafa Necmi İlhan²

¹Altındağ Toplum Sağlığı Merkezi Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Ankara

Giriş ve Amaç: Günümüzde sağlık bilimleri ve bu alanda kullanılan teknoloji hızla ilerlerken kullanımı da hızla artmaktadır. Sağlık alanında kullanılan teknoloji hem hizmetten yararlananları hem de hizmeti

sağlayanları etkilemektedir. Öte yandan bu durumun beraberinde bazı sorunları da getirmesi doğaldır.

Bunlardan bir tanesi de

iyonlaştırıcı radyasyonun etkileridir. İyonize radyasyonun sağlık

çalışanlarının sağlığına etkisinin saptanması, erken tanının

sağlanması, önleyici tedbirlerin alınması ve ilgili kişi ve kurumları

bilgilendirmek oldukça önemli ve gereklidir. Yapılan bu çalışmada bir üniversite hastanesinde iyonlaştırıcı

radyasyon kaynakları ile çalışan sağlık çalışanlarında iyonlaştırıcı radyasyonun olası sağlık etkilerinin

belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Kasım 2009-Kasım 2010 tarihleri arasında uygulanmış olan kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Radyoloji, Kardiyoloji, Radyasyon Onkolojisi, Nükleer Tıp, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dallarını ile Çocuk Kardiyoloji Bilim Dallarında görev yapan ve radyasyon etkileniminde olan 242 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Ancak 231 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşma yüzdesi % 95.5'tir. Araştırmada veri kaynağı olarak anket formu kullanılmış ve eş zamanlı olarak, sağlık çalışanları, İç Hastalıkları, Dermatoloji ve Göz Hastalıkları polikliniklerinde sağlık gözetimi yapılmış, El cildi muayenesi için telenjiaktazi, hiperkeratoz, atrofi, kıl dökülmesi tırnak bozukluğu ve diğer dermatolojik bulgular, kan ve lenfatik sistem muayenesi için periferik lenfadenopati, hepatosplenomegali varlığı ve diğer dahiliye muayene bulguları, göz hastalıkları muayenesi için de oftalmoskopik muayene bulguları ve bunlar dışında tespit edilen muayeneler yapılmıştır. Bunun yanında tam kan sayımı ve tiroid fonksiyon testleri istenmiştir.

Son bir yıla ait dozimetre ölçüm sonuçları Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'ndan (TAEK), resmi yazı ile istenmiştir. Dozimetre ölçümleri her 2 ayda bir kez yapılmaktadır. Her ölçümde 0.1 msv dozun üzeri doz aşımı olarak kabul edilmektedir. 0.1msv'in altında ise ölçüm değerleri normal kabul edilmekte ve rakamsal olarak değer belirtilmemektedir. Son bir yıla ait ölçümlerin en az birinde doz aşımı bildirilmiş olması doz aşımı varlığı olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 15.0 istatistik paket programında yapılmıştır. İstatistiksel analiz olarak tanımlayıcı istatistikler (ortalama, ortanca, yüzde dağılımı) Ki-Kare ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Ortalamalar 'ortalama±standart sapma' şeklinde verilmiştir. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir. Odds Ratio (OR) ve %95 Güven Aralığı (GA) hesaplamaları ise Epi Info Version 6.0 bilgisayar programında yapılmıştır.

Bulgular: İncelenenlerin %41.1'i 30-39 yaş grubunda, %58.0'ı kadın, % 9.3'ü üniversite mezunu, %61.5'i evli, %63.2'si sigara, %90.0'ı da alkol kullanmadığını bildirmiştir. İncelenenlerin %54.5'inin daha önce tanısı konmuş herhangi bir hastalığı bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılanların %40.7'si doktor, %11.3'ü hemşire, %35.1'i teknisyen, %13.0'ı diğer sağlık çalışanlarıdır.

Araştırmaya katılanların yaş ortalamaları 33.4 ± 7.6 , ortancaları ise 32 (20-65)'dir. İncelenenlerin %67.1'inin araştırma sırasında herhangi bir yakınması bulunmakta, %32.9'unun bulunmamaktadır. İncelenen kişiler ortalama 6.9 ± 6.1 yıldır araştırma sırasında görev yaptıkları bölümde çalıştıklarını bildirmişlerdir. İncelenen kişiler günde ortalama 7.6 ± 2.6 saat çalıştıklarını bildirmişlerdir. İncelenenlerin %34.6'sı daha önce başka bir işte çalıştıklarını, başka bir işte çalıştığını belirtenlerin de % 38.4'ü radyasyon ile ilişkili bir işte çalıştıklarını belirtmişlerdir. İncelenen kişiler ortalama 7.7 ± 6.5 yıldır iyonize radyasyonla ilişkili görevlerde çalıştıklarını bildirmişlerdir.

Radyoaktif maddeler ile temas şekilleri sorusuna %98.7 radyasyon ışınlarına dışarıdan maruziyet, %11.3 radyoaktif maddeler ile doğrudan el, cilt teması cevabı verilmiştir.

İncelenenlerin %64.1'i kişisel koruyucu donanım kullanmadıklarını, %13.9'u son bir yıl içinde dozimetre ölçüm sonuçlarında limit aşımı bildirildiğini, %1.7'si son bir yıl içinde radyasyon geçirdiğini, %27.7'si de son bir yıl içinde tanı ya da tedavi amaçlı radyasyona maruz kaldığını bildirmiştir.

İncelenen kadınların %1.6'sı en az bir kez ölü doğum yaptığını, %7.1'i de en az bir kez istemsiz düşük yaptığını belirtmiştir.

İncelenenlerin %0.4'ü engelli çocuğu bulunduğunu belirtmiştir.

İncelenenlerin %5.2'sinde el cildi, %7.7'sinin ise kan ve lenfatik sistem muayenesinde özellik saptanmıştır. Göz dibi muayenesi yaptıran sağlık çalışanlarının tamamında iyonize radyasyon etkisini düşündürebilecek herhangi bir patolojiye rastlanmamıştır.

İncelenenlerin el cildi muayeneleri sonucunda, sağlık çalışanlarının, %1.0'ında telenjiaktazi, %1.5'inde hiperkeratoz, %4.1'inde tırnak bozukluğu tespit edilmiştir.

İncelenenlerin kan ve lenfatik sistem malignite muayenelerinin sonucunda doktorların %3.0'ında, hemşirelerin %4.2'sinde, teknisyenlerin %8.0'ında, diğer sağlık çalışanlarının da % 10.3'ünde periferik lenfadenopati, teknisyenlerin %4.0'ında, diğer sağlık çalışanlarının %3.4'ünde hepatosplenomegali tespit edilmiştir.

İncelenenlerin %5.2'sinde periferik lenfadenopati, %2.1'inde hepatosplenomegali, %2.4'ünde ise memede kitle, tiroid nodülü, sarkoidoz, lenfoma gibi muayene bulguları tespit edilmiştir. İncelenenlerin tam kan sayımı ve tiroid fonksiyon testleri sonuçlarına göre doktorların %1.5'inde, teknisyenlerin ise %5.3'ünde tam kan sayımı sonucu patolojik iken, doktorların %1.5'inde, teknisyenlerin %1.3'ünde, diğer sağlık çalışanlarının da %3.4'ünde tiroid fonksiyon testi sonuçları patolojik bulunmuştur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Tam kan sayımı normal olmayan kişilerin tamamında demir ksikliği anemisi tespit edilmiştir. Tiroid Fonksiyon Testleri normal olmayanların ise %50.0'ında hipotiroidi, %50.0'ında da hipertiroidi tespit edilmiştir. Görevlerine göre son bir yılda dozimetri ölçüm sonuçlarında limit aşımı bildirilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Teknisyenlerde doktorlara göre 12.8 kat, hemşirelerde de 5.5 kat son bir yılda dozimetri ölçüm sonuçlarında limit aşımı bildirilmiştir. Araştırma sırasında herhangi bir yakınması olanlarda yakınması olmayanlara göre 3 kat daha fazla limit aşımı bildirilmiştir. Dozimetre ölçüm sonuçlarında son 1 yılda en az bir kez doz aşımı bildirilmiş olanların %43.8'i kişisel koruyucu donanım kullandığını, %56.2'si ise kullanmadığını belirtmiştir. Doz aşımı bildirilmemiş olanların ise %65.3'ü kişisel koruyucu donanım kullanmazken, %34.7'si kullanmakta olduğunu bildirmiştir. Kişisel koruyucu donanım kullananların %16.9'unda, son bir yılda tanı ve tedavi amaçlı radyasyona maruz kalanların %15.6'sında limit aşımı bildirilmiştir. El cildi muayenesinde özellik olanların %33.3'ünde, kan ve lenfatik sistem malignite muayenesinde özellik olanların %20.0'ında, tam kan sayımı patolojik olanların ise %33.3'ünde son bir yıla ait dozimetre ölçüm sonuçlarında limit aşımı bildirilmiştir. İstemsiz düşük yapanların %11.1'inde, adet düzensizliği olanlarında %5.0'ında son bir yıla ait dozimetre ölçüm sonuçlarında limit aşımı bildirilmiştir. Ölü doğum yapanların hiçbirinde son bir yıla ait dozimetre ölçüm sonuçlarında limit aşımı bildirilmemiştir. Adet düzensizliği, ölü doğum yapma ve istemsiz düşük yapma ile son bir yıla ait dozimetre ölçüm sonuçlarında limit aşımı bildirilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p<0.05$). Yaş grupları ile iyonize radyasyon kaynakları ile toplam çalışma yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). 20-29 yaş grubundakiler 40 yaş ve üzerinelere göre 124.4 kat daha fazla 5 yıl ve altında çalışmışlardır. Görevlerine göre iyonize radyasyon kaynakları ile toplam çalışma yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Hemşireler doktorlardan 0.5 kat daha fazla 5 yıl ve altında iyonize radyasyon kaynakları ile çalışmışlardır. Kişisel koruyucu donanım kullananların %54.2'si 5 yıl ve daha uzun süredir iyonize radyasyon kaynakları ile çalıştığını bildirmiştir. El cildi muayenesinde özellik olanların %33.3'ü, tam kan sayımı normal olanların %40.1'i iyonize radyasyon kaynakları ile 5 yıldan daha az çalıştığını bildirmiştir. İstemsiz düşük yaptığını bildiren kadınların %53.4'ü iyonize radyasyon kaynakları ile 5 yıl ve daha uzun süre çalışmıştır ve istemsiz düşük yapma ile iyonize radyasyon kaynakları ile toplam çalışma yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Ölü doğum yaptığını belirten kadınların %50.0'ı, adet düzensizliği olan kadınların %60.0'ı iyonize radyasyon kaynakları ile 5 yıl ve daha uzun süre çalışmıştır. Ölü doğum yapma ve adet düzensizliği varlığı ile iyonize radyasyon kaynakları ile toplam çalışma yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tartışma: Radyoloji çalışanlarında, maruz kalınan radyasyonun dozuna bağlı olarak hiçbir biyolojik etki görülmeyebileceği gibi ölüme kadar varabilen sonuçlar da olabilir. Ülkemizde ve diğer ülkelerde, sağlık çalışanlarında iyonlaştırıcı radyasyonun sağlık çalışanlarına etkisini bütüncül olarak değerlendiren sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu çalışmanın sağlık personelinde iyonlaştırıcı radyasyonun etkilerinin belirlenmesi açısından yararı olacağı düşünülmektedir.İncelenenlerin %45.5'inin daha önce tanısı konmuş herhangi bir hastalığı vardır. Teknisyenlerin yaklaşık üçte biri, tüm incelenenlerinde %13.9'unun son 1 yıla ait dozimetri ölçüm sonuçlarında en az bir kez doz aşımı bildirilmiştir. Bunun sebebi günlük çekim sayılarının fazla olması olabilir. Ancak burada daha dikkat çekici olan limit aşımının bu kadar fazla olmasına karşın kişisel koruyucu donanım kullanma sıklıklarının da oldukça düşük olmasıdır. İncelenenlerin %5.2'sinde el cildi muayenesinde özellik bulunmuştur. İngiltere'de radyasyona maruz kalan 1608 kişinin kayıtlarının incelendiği bir araştırmada incelenenlerin %4.0'ında deri kanseri tespit edilmiştir. Teknolojinin artması ile birlikte radyasyon kaynakları iyi kontrollü ve denetimli olduğu için radyasyonun neden olacağı bulgular daha az görülebilir. Muayeneler sırasında, her ne kadar nedensellik ilişkisi kesinleşmiş olmasa da, lenfoma ve tiroid kanserlerinin görülmesi önemlidir. Tiroid fonksiyon testleri incelenenlerin %1.6'sında patolojik bulunmuştur. Kanada'da iyonize radyasyona maruz kalan sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada da bu sonuca benzer şekilde tiroid hastalıkları insidansı 1.74 bulunmuştur. Yapılan bir çok çalışmada iyonize radyasyon etkileniminin yüksek dozda ve uzun sürede bir çok kansere neden olabildiği gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarının görevlerine göre son bir yılda dozimetre ölçümlerinde limit aşımı bildiri arasında istatistiksel olarak

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

anlamli fark bulunmuştur ve teknisyenlerde doktorlara göre 12.8 kat daha fazla limit aşımı bildirilmiştir. Bunun nedeni işlemler sırasında teknisyenlerin hastalara daha yakın olması olabilir.

Dozimetre ölçüm sonuçlarında son 1 yılda en az bir kez doz aşımı bildirilmiş olanların yarısından daha fazlası kişisel koruyucu donanım kullanmadığını belirtmiştir. Kişisel koruyucu donanım kullanımının etkinliği bu veri ile desteklenebilir.

El cildi muayenesinde özellik tespit edilenlerin üçte birinde, kan ve lenfatik sistem malignite bulgusu olanların beşte birinde son bir yıla ait dozimetre ölçüm sonuçlarında limit aşımı bildirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda iyonize radyasyonun deride eritem yapması için kümülatif olarak 6 Gray, kronik deri değişiklikleri için ise 10-12 Gray radyasyona maruz kalmak gerektiği belirtilmiştir.

Yaş artışı ile birlikte iyonize radyasyon kaynakları ile toplam çalışma süresi de artmaktadır. 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının ve teknisyenlerin oldukça büyük kısmı 5 yıl ve daha uzun süredir iyonize radyasyon kaynakları ile çalışmışlardır.

Bunun nedeni kişilerin çalışma yıllarının büyük kısmında aynı işi yapması olabilir. Kan ve lenfatik sistem malignite bulgusu olanların üçte ikisinden daha fazlası ve tiroid fonksiyon testleri bozuk olanların yaklaşık üçte biri 5 yıl ve daha uzun süredir iyonize radyasyon kaynakları ile çalışmaktadır.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının işe giriş ve periyodik muayenelerinin yapılması, gerekli durumlarda hastalık dönüşü ve işe başlama muayenelerinin yapılması, ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarından korunmada ve erken tanıda en önemli yöntemlerdir. Sağlık kuruluşlarında işyeri sağlık birimi ve işyeri hekimi bulunmasının zorunlu hale getirilmesi önerilmektedir.

Araştırmanın yapıldığı sağlık kuruluşunda radyasyona bağlı etkilenimler için bir sürveyans sistemi kurulması, konunun takibi açısından önemlidir.

Hastalık ve yakınması olan sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının değerlendirilmesi ve gerekirse yeni düzenlemeler yapılması uygun olacaktır.

Çalışanların özellikle kendilerini korumaları şarttır. Bunun içinde kişisel koruyucu donanım kullanımının önemi anlatılmalı ve kullanımın artırılması için de kişisel koruyucuların ergonomik olması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: sağlık gözetimi, iyonize radyasyon, sağlık çalışanı

902

UZUN DÖNEMLİ SİLİKA TOZU MARUZİYETİNİN ETKİLERİNE İLİŞKİN KAPSAMLI BİR ÇALIŞMA ÖRNEĞİ

Sevgi Engür, Birgül Piyal

Ankara üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Anahtar Sözcükler: Çalışan sağlığı, silikozis, silika tozu, kardiyovasküler hastalık, kohort çalışması

Giriş: Silika tozu maruziyeti Dünya’da ve ülkemizde önemi giderek artan bir Halk sağlığı sorunudur. Bu maruziyetle ilgili bilinen en yaygın hastalık Silikozistir. Silikozis, silika (SiO₂) denilen maddenin uzun süre solunması sonucu gelişen kronik bir pnömokonyoz tablosudur. Maden işçileri arasında bir dönem dul bırakan hastalığı olarak anılmıştır. Bir işçinin bu hastalığa yakalanması için toz yoğunluğu yüksek bir işte 6 ay kadar çalışması yeterlidir. Sonradan maruziyet kesilse bile hastalığın ilerlemesi devam eder. Silika partikülü ile ilgili

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

aklımıza ilk gelenler kuşkusuz ki kot taşlama işlerinde çalışanlar ve silikozis tablosudur. Ancak yapılan uzun süreli çalışmalar göstermiştir ki silika partikülleri düşük yoğunluklarda bile sadece solunum sistemiyle sınırlı olmamak üzere çeşitli patolojilere neden olabilmektedir. Türkçe kaynaklarda bu konu genellikle pnömokonyozla sınırlıdır.

Bu çalışmanın amacı uzun dönem silika tozu maruziyetinin çeşitli etkileriyle ilgili çalışmalardan bir örnek sunarak farklı bir bakış açısı kazandırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Pubmed ve WHO web sitelerinde 2011-2012 yılları silika tozu maruziyetiyle ilgili yayınlar taranmış, seçilen uzun süre yürütülme süresi ve kapsadığı çalışan sayısı açısından güçlü bulunan bir makalenin bulguları paylaşılmıştır.

Bulgular: Değinilen makalede 44 yıllık izlem süresince; 2,306,428 kişide 19,516 ölüm gözlenmiştir, tüm nedenler arasından silika tozuna maruz kalan işçilerde mortalite ; silika tozuna maruz kalmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (993 kişide 551 kişi 100.000 kişi-yıl).

Bütün ölüm nedenlerinden akciğer hastalıkları (1.069, 1.064–1.074), akciğer tuberkülozu (1.065, 1.059–1.071) ve kalp damar hastalıkları(1.031, 1.025–1.036) ile CDE (mg/metre küp –yıl toplam silika tozu kümülatif yoğunluğu, ortalama/yıl silika maruziyeti ile çarpılarak,=ölçülmüş kümülatif toz maruziyeti) arasında anlamlı doz-yanıt ilişkisi gösterilmiştir.

Çalışanlar arasında 0,1 mg/m³ veya daha az yoğunlukta solunum yoluyla silikaya maruz kalanlarda, tüm nedenlere bağlı mortalite; (1.06, 95% CI-confidence interval 1.01–1.11) iskemik kalp hastalıkları için ; (1.65, 1.35–1.99) ve pnömokonyozlara bağlı; (11.01, 7.67–14.95) olmak üzere standardize mortalite oranlarının önemli ölçüde yüksek olduğu gözlemlendi.

Potansiyel karıştırıcılar dışlandıktan sonra, sigara içmek dahil, bu çalışmadaki tüm ölümlerin % 15,2 si silika tozu maruziyeti ile ilişkilendirildi. Çalışmanın kapsadığı dönemde gerçekleşen Çinli çalışan ölümlerinin %4.2' sinin (231,104 olgu) silika tozu maruziyetine atfedilebileceği tahmin edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Bulgular, çinli çalışanlar arasında uzun vadeli silika tozu maruziyeti ve artmış mortalite ilişkili güçlü kanıtlar sağlamıştır. Artan silika tozuna maruz kalma ile solunum hastalıkları ve akciğer kanserinden ölüm tehlikesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu doğrulanmıştır, bulguların halk sağlığı açısından etkileri oldukça önemlidir. Silika doz yanıt ilişkisi, silika toz maruziyeti ve KVH mortalitesi arasında düşük maruziyet seviyelerinde bile ilişki bulunmuştur. Toz maruziyetiyle pnömokonyozdan mortalite ve morbidite artışı oldukça yaygındır.

Bu çalışma ve önceki veriler silika toz maruziyeti ve kardiyopulmoner hastalıklardan ölüm arasında güçlü bir ilişki olduğunu desteklemektedir.

Bu sonuçlar, düşük toz maruziyetinin, respiratuvar hastalıklar olmadan KVH 'ya katkıda bulunması olasılığını göstermektedir. Bu çalışmadaki artmış kardiyovasküler mortalite, silika maruziyetinin bağımsız ve yeni bir komplikasyonu olabilir.

Ek olarak, 0.1 mg/m³ eşit ya da daha düşük toz konsantrasyonları solunabilir silisli ortamda çalışan kişilerde, pnömokonyoz, bulaşıcı hastalıklar dahil olmak üzere, malign neoplazmlar nazofarenks kanseri ve karaciğer kanseri de dahil olmak üzere KVH iskemik kalp hastalığı ve hipertansif kalp hastalığı arasında tüm nedenlere bağlı yüksek mortalite bulunmuştur. İşyerleri için ABD Mesleki Güvenlik ve Sağlık İdaresi tarafından belirtilen solunabilir silis için maruziyet sınırı 0.1-mg/m³ düzeyindedir.

Çin'de, solunabilir silis sınırı da Amerika standardına benzerdir (Silis tozu yüzdesine bağlı olarak 0.07- 0.35 mg/m³). Ancak, silika maruziyetini 0.1 mg/m³ 'den düşük tutmak halen işçileri tam olarak koruyamayabilir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bu çalışmanın gücünü; örneklem büyüklüğü hacmi, izlem süresinin uzunluğu ve izlem kaybı boyutunun düşüklüğü oluşturmaktadır (% 4.6). Silika tozuna maruz kalma ve özel ölüm nedenleri ile ilgili ayrıntılı bilgi toplanmış, maden türlerinin çeşitliliği maruziyetin yaygın olmasını doğurmuştur.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır, ilk olarak diyet alışkanlıkları ve boş zaman fiziksel aktiviteleri ile ilgili veri toplanmamış ve bu nedenle, özellikle KVH üzerindeki bu karıştırıcı faktörlerin etkisinin değerlendirilmesi mümkün olmamıştır. Bununla birlikte, bu kohortta diyet ve fiziksel aktivitenin nispeten homojen olma olasılığı söz konusudur. İkincisi, silika tozuna uzun süreli maruz kalma olduğu dikkatli bir şekilde tahmin edilse de, ölçüm hataları kaçınılmazdır. Elli yılında,1950 öncesi kullanılan konsantrasyonların 1950 öncesi çalışanlarda yarattığı maruziyetin küçümsendiği tahmin edilmektedir.

Özet olarak, bu geniş kapsamlı kohort çalışmasında, silika tozuna maruz kalma ile tüm nedenlere bağlı ölümler arasındaki doz-cevap ilişkisinde pnömokonyoz ve respiratuvar hastalık önemli bulunmuştur. Daha da önemlisi, silika tozuna maruz kalma ve KVH arasında önemli bir doz-yanıt ilişkisi görülmüştür.

Bu çalışmadan elde edilen bulguların Çin’de ve tüm dünyada Silika tozuna maruz kalanların sağlıklarının korunması ve çalışma ortamlarının iyileştirilip geliştirilmesi açısından önemli katkıları olacaktır. Çalışanların değişik zararlılara maruziyetlerinin; çalışma ortamları, görev ünvanları göz önünde tutularak çalışmaya başladıkları yıldan itibaren ölümlerine kadar izlenebilmesini sağlayacak güncellenen ve güvenilir veri toplama tabanları oluşturulması, öncelikli bir ulusal halk sağlığı sorundur.

Kaynaklar:

1-Chen W.,Liu Y. et al., Long-Term Exposure to Silica Dust and Risk of Total and Cause-Specific Mortality in Chinese Workers: A Cohort Study, PLoS Medicine, April 2012/ Volume 9/ Issue 4/ e1001206

2- Calvert G. , Rice F. et al., Occupational silica exposure and risk of various diseases: an analysis using death certificates from 27 states of the United States, Occup Environ Med 2003;60:122–129

3-Şakar A., Kaya E ve arkadaşları, Seramik fabrikası işçilerinde silikozis, Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2005; 53(2): 148-155

803

BELEDİYE TEMİZLİK İŞ KOLUNDA ÇALIŞAN İŞÇİLERİN SAĞLIK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Media Subaşı Baybuğa¹, Tuğba Mutlu², Mehmet Burhan Topsöğüt², Lütfü Akkutlu²

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Nüfus artışı ve endüstrileşme ile birlikte insan ve çevre sağlığı açısından risk oluşturan çöp miktarı giderek artmaktadır. Çöpün insan ve çevre sağlığına zarar vermeden toplanması, taşınması, zararsız hale getirilmesi toplum sağlığı açısından önemlidir (3,4).

Çöplerin insan sağlığı ve çevre sağlığına zarar vermeden uygun biçimde toplanması ve yok edilmesinden yasal olarak belediyeler sorumludur (4). Çöp toplama işinin sokak ortamında, tozlu ortamlarda yapılması bu işten sorumlu olan temizlik işçilerinin sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Ayrıca işçilerin çalışırken maske, gözlük, çöplerle temas sırasında eldiven ve iş giysisi gibi koruyucu malzemeleri kullanmaması çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilecek risklerle karşılaşmalarına neden olmaktadır (3).

İşçiler çalıştıkları işin çeşidine, uzunluğuna ve çalıştıkları birime göre farklı sağlık risklerine maruz kalabilmektedirler (2). Literatürde temizlik iş kolunda çalışan işçilerin yaptıkları iş gereği çöp toplama işlemi sırasında ve süpürge yaparken solunum, sindirim, kas iskelet sistemi, göz ve deri irritasyonları, enfekte iğne yaralanmaları ve kaza gibi çeşitli sağlık riskleri ile karşılaştıkları belirtilmektedir (2,3). İşçilerin yukarıda bahsedilen risklere maruz kalmasında iş süresince koruyucu malzeme kullanılmamasının etkili olabileceği göz ardı edilmemelidir. Nitekim temizlik işçileri ile yapılan bir çalışmada işçilerin tozdan korunmak için % 71.1'nin, ağır yük kaldırmada % 67.6'sının, kesici cisimle yaralanmalara karşı ise % 31.0 'nin çalışırken her hangi bir koruyucu yöntem kullanmadığı saptanmıştır (3). Tüm bu sağlık riskleri ve yapılan çalışma ve düzenlemelere rağmen işçiler kullanım zorluğu, kişiye uygun olmama, rahat çalışılmama ve işveren tarafından temin edilmeme gibi nedenlerle çalışma sırasında koruyucu malzeme kullanmadıklarını sözel olarak belirtmektedir. Bu çalışma belediye temizlik iş kolunda çalışan işçilerin sağlığını olumsuz olarak etkileyebilecek sağlık risklerin belirlenmesi, sağlık durumlarının değerlendirilmesi ve bu gruba yönelik verilecek sağlık hizmetlerinin planlanması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evrenini Muğla Belediyesi temizlik iş kolunda temizlik işçisi olarak çalışan N:120 işçi oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeksizin evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma 10 işçinin ön uygulama grubunda yer alması, 30 işçinin izinli /raporlu olması, katılmayı reddetmesi ve ulaşılamama gibi nedenlerle toplam 80 işçi ile çalışma tamamlanmıştır. Çalışmada ulaşılan denek sayısı (n:80) ve ulaşılabilirlik oranının % 67 olması çalışmamızın kısıtlılığıdır. Araştırmacılar tarafından literatüre dayanılarak hazırlanan anket formunun ön uygulaması aynı belediyede temizlik iş kolunda çalışan 10 işçi ile yapılmıştır. Ön uygulama sonrası gerekli düzeltmelerden sonra soru formuna son şekli verildikten sonra veriler Nisan 2012 tarihinde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Anketler araştırmacılar tarafından temizlik işçilerinin dinlenme saatlerinde belediye hizmet alanında mesai saatleri içinde doldurulmuştur. Çalışmada bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, yapılan iş vb.) bağımsız, yapılan işe bağlı gelişen durumlar, koruyucu malzeme kullanma, sigara ve alkol vb. durumlar bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Çalışma sonunda elde edilen veriler SPSS 14.0 istatistik paket programında değerlendirilerek sayı ve yüzdelik olarak ifade edilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce Muğla Belediyesinden yazılı izin alınmış, ayrıca uygulamaya başlamadan önce katılımcılara çalışmanın amacı açıklanarak sözlü onamları alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %58.8'i 35-50 yaş grubunda, %26.2'si kadın, %82.5'i evli, tamamı sosyal güvenlik kapsamındadır. Çalışanların % 63.7'si temizlik, %18.7'si araba işçisi, %55.0'ı 6-10 yıldır belediyede çalışmaktadır. İşçilerin %20.0'ı sigara ve % 13.7'si alkol kullanmakta, kullanma süreleri 6-10 yıl arasında değişmektedir. Bireylerin % 21.3'ü sürekli ilaç kullanmakta, % 81.3'ünün kronik bir hastalığı bulunmakta, %78.8'i ise düzenli olarak kurumda sağlık kontrolünü yaptırdığını belirtmiştir. Yaptığı işe bağlı sorun yaşayanların oranı %5.0, sağlık sorunu olduğunda işyeri hekimine başvuranların oranı ise %11.2 dir. İşçilerin %17.5'i günde 10 saat çalışmakta, %73.7'si ise günde 1 saat dinlenmektedir. Bireylerin başışıklanma durumuna bakıldığında % 95.0'ının tetanoz, %90.0'inin Hepatit B, %67.5'nin tüberküloz ve %68.7'sinin ise grip aşısı bulunmaktadır. İşçilerin %80.0'ı yaptığı iş ile ilgili eğitim aldığını, %10.0'u iş kazası geçirdiğini belirtirken, %96.2'si ise çalışma süresince koruyucu malzeme kullandığını ifade etmiştir. Bireylerin %57.7'si çalıştığı bölgeye ulaşmak için yürüdüğünü, %11.3'ü ise toplu taşıma aracını tercih ettiğini belirtirken, % 66.1'i öğle yemeğini ve ara öğününü iş yerinde almaktadır. Çalışmada ayrıca işçilerin %58.7'si yaptığı işten memnun olduğunu ifade ederken, % 41.3'ünün yaptığı işten memnun olmadığı saptanmıştır.

Tartışma/ Sonuç ve Öneriler: Çalışmaya katılan bireylerin yarısı 35-50 yaş grubunda, %26.2'si kadın, çoğunluğunun (% 82.5) evli oldukları görülmektedir. Temizlik işçileri ile ilgili yapılan bir çalışmada işçilerin %74.9'unun 31-49 yaş grubunda olduğu, %94.9'unun evli olduğu bulunmuştur (3).

Temizlik iş kolunda çalışan işçilerin yarıdan fazlası temizlik, %18.7'si ise araba işçisi olarak çalışmaktadır. Yapılan bir çalışmada da temizlik iş kolunda çalışan işçilerin %31.1'inin süpürgeci, %10.5'inin şoför olarak çalıştığı saptanmıştır (3). Temizlik iş kolunda çalışan işçilerin süpürgeci ve şoför olarak çalışmaları açık alanda toz, çöp ve zararlı atıklarla daha fazla temas halinde olmalarına neden olmaktadır. Bu durum temizlik iş kolunda çalışan işçilerin sağlıklarını etkileyen risklere yönelik tedbirlerin alınmasını zorunlu kılmaktadır.

İşçilerin yaklaşık ¼'ü sigara ve % 13.7'si alkol kullanmaktadır. İlhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışmamıza katılan bireylerden daha fazla oranda temizlik işçilerinin % 62.9'unun sigara, %39.0'inin ise alkol kullandığı bulunmuştur (2). İşçilerin gerek yaptıkları iş gerekse sigara ve alkol kullanımı hem onların sağlıklarını olumsuz olarak etkilemekte, hem de bu alışkanlıklar (sigara, alkol ve ilaç vb.) çalışma alanındaki risklere karşı vücudun verdiği tepkiyi değiştirebilmektedir (1). Dolayısıyla bireylerin bu tür maddeleri kullanmaları çalışırken iş kazalarına maruz kalma, meslek hastalıklarına yakalanma riskinin artmasına neden olmakla birlikte temizlik işçilerinin sigara ve alkol kullanımı konusunda gereksinimi olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada bireylerin % 21.3'ü sürekli ilaç kullanmakta, çoğunluğunun (% 81.3) kronik bir hastalığı bulunmakta, yarıdan fazlası düzenli olarak kurumda sağlık kontrolünü yaptırmaktadır. bir çalışmada işçilerin % 15.1'inin işten

yada iş yerinden kaynaklanan kronik bir hastalığının olduğu, %47.4'ünün aralıklı sağlık kontrolünü yaptırdığı bulunmuştur (2). Bilindiği gibi kronik hastalığı olan bireylerin izlem ve tedavilerinin düzenli olarak yapılması hastalığa bağlı komplikasyonların gelişmesini önlemede son derece önemlidir.

Çalışmada bireylerin %80.0'inin yaptığı iş ile ilgili bir mesleki eğitim aldığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada işçilerin %14.8'sinin işiyle ilgili mesleki eğitim aldığı saptanmıştır (2). Temizlik işçilerinin yaptığı işe bağlı olarak işe başlamadan önce aldığı eğitimin gerek mesleğe uyum sağlamada gerekse iş kazalarını ve meslek hastalıklarını önlemede etkili olabileceği unutulmamalıdır.

Çalışmaya göre işçilerin tamamına yakını (%96.2) çalışırken koruyucu malzeme kullanmaktadır.Günümüzde yapılan düzenlemeler ile çalışma alanlarında kişisel koruyucuların kullanılmasının gerekliliğine dikkat çekilmekte ve aynı zamanda bu bulgu işçiler tarafından çalışırken sağlık risklerinden korunmak amacıyla koruyucu malzeme kullanımının önemsendiğini göstermektedir. Benzer konuda yapılan bir çalışmada işçilerin çoğunluğu koruyucu olarak iş giysisi, çizme, eldiven kullanırken, maske kullanım oranının düşük olduğu, bir başka çalışmada koruyucu malzeme kullanma oranı %26.0 olarak belirlenmiştir (2,3). Özellikle nitelikli kişisel koruyucuların kullanımı pek çok işçiyi hem olumsuz etmeden korumakta hem de oluşabilecek iş kazaları ve meslek hastalıklarını en aza indirebilmektedir (3).

Çalışmada temizlik işçilerinin tamamına yakını tetanoz, %90.0'ı Hepatit B, yarımından fazlasının (%67.5) tüberküloz hastalığına karşı aşıllı olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada da işçilerin % 7.4'ünün Hepatit B, %56.7'sinin tetanoz aşısı yaptırdığı bulunmuştur (2). Temizlik işçilerinin yaptığı işe tozlu ortamda çalışmaları, delici-kesici cisim yaralanma gibi risklerle karşı karşıya olmaları işçilerin tüberküloz, HIV/AIDS ve tetanoz gibi bulaşıcı hastalıklara yakalanma riskini arttırmaktadır. İşçilerin bu hastalıklara karşı bağışık olmaları şüphesizki bu hastalıkların görülme riskinin azaltılmasında etkili olacaktır.

Çalışmada işçilerin yarımından fazlası yaptığı işten memnun olduğunu ifade ederken, % 41.3'ünün memnun olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada çalışmamızla uyumlu olacak biçimde işçilerin çalışma ortamından çok memnun ve memnun olanların oranı %12.4 ve %38.0 (toplam % 50.4), memnun olmayanların ve hiç memnun olmayanların oranı %18.6 ve % 14.2 (toplam % 32.8) olarak bulunmuştur (2). Bireylerin yaptıkları işten memnun olması işe uyum ve yüksek motivasyonla çalışma isteğini arttırmaktadır. Özellikle işçilerin ruh ve beden sağlığının korunmasında yaptığı işten memnun olmasının önemli bir yeri bulunmaktadır.

Çalışma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda ;

- Temizlik iş kolunda çalışan işçilerin işe başlamadan önce işe uyumunun sağlanması, motivasyon ve memnuniyetinin artırılması amacıyla eğitim programların geliştirilmesi
- Temizlik iş kolunda çalışan işçilere işe başlamadan önce ve düzenli aralıklarla yapılan işe bağlı gelişebilecek riskleri (Tetanoz, AIDS, Tbc. vb.) ve bireysel korunma yöntemleri konusunda bilgi verilmesi
- Temizlik işçilerine sigara, alkol ve madde kullanımının zararları konusunda eğitim verilerek bu konudaki farkındalıklarının artırılması
- Temizlik iş kolunda çalışan işçilere koruyucu malzeme kullanımı konusunda periyodik olarak eğitim ve denetimlerin yapılması
- Kronik hastalığı olan işçilerin düzenli izlem ve tedavilerinin yapılması konusunda bilgi verilmesi
- Bu konu ile ilgili daha büyük bir örneklem grubu üzerinde kapsamlı analitik çalışmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Belediye, Temizlik işçisi, Sağlık durumları

Kaynaklar

1. Emiroğlu,O.N. İş sağlığı ve Hemşireliği, İnci Erefe (Ed.) Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, 190-197,Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:14.
2. İlhan, M.N., Kurtcebe, Z.Ö., Durukan, E., Koşar, L. Temizlik İşçilerinin Sosyodemografik Özellikleri ve Çalışma Koşulları ile İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sıklığı, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt:20,sayı:6, Aralık, 2006
3. Kubilay,G., Emiroğlu,O.N., Bilgili, N., Subaşı Baybuğa, M., Tokur, M.,Yılmaz Coşan ,M. Çankaya Belediyesinde Temizlik İşçisi Olarak Çalışan İşçilerin Karşılaştıkları Sağlık Riskleri ve Önlemlerine İlişkin Düşünceleri, II.Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu, 28-30 Haziran 2001, Zonguldak.
4. Güler,Ç., Vaizoğlu,S., Çevre Sağlığı, Güler, Ç., Akın,L (Eds.) Halk Sağlığı Temel İlkeler, sayfa: 555-558, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ EV İDARİ HİZMETLERİ PERSONELİNİN GRİP AŞISI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

İlknur Sülemiş, Fatma Pınar Arı, Fatih Uludağ, Fatih Altıntaş, Halime Taşkınsoy, Levent Dönmez

Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Grip dünya çapında salgınlara yol açtığı ve risk altındaki kişilere bulaştığı takdirde ciddi seyrettiği için önemlidir. Olağan mevsimsel influenza salgınları sırasında dünya çapında yaklaşık 500 milyon kişi hastalığa yakalanmakta, bu hastalardan 3-5 milyon kadarının hastalığı hastane yatışı gerektirecek kadar ağır seyretmekte ve her yıl 250.000-500.000 ölüme yol açmaktadır. Sağlık personeli hastalarla yakın temasta bulunduğu için hastalığa yakalanma riskleri fazladır hem de kendilerinde enfeksiyon varlığında çevresine ve risk altındaki hastalara bulaştırma olasılıkları yüksektir. Bu nedenle sağlık personelinin aşı oranlarının ve aşı konusundaki davranışlarının bilinmesi bu grubun aşılama hizmetlerinin planlanmasına katkı sağlayabilir. Bu çalışmanın amacı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde ev idari hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin grip aşısı konusundaki bilgi tutum ve davranışlarının saptanmasıdır.

Yöntem: Araştırma kesitsel tiptedir. Ocak-Şubat 2012 de gerçekleştirilmiştir. Akdeniz Üniversitesi ev idari hizmetlerinde çalışan 460 sağlık personeli için grip ve grip aşısı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların ölçüldüğü bir anket formu hazırlanmış; bunların 254' ü anketi kendisi doldurarak yanıtlamıştır (katılım oranı %55,2). Katılımcıların grip aşısı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları bağımlı değişken, yaş, çalışma yılı, eğitim durumu, risk altında olma durumu ve riskli hastaların bulunduğu bölümde çalışma durumu bağımsız değişken olarak ele alınmıştır. Aşının koruyuculuk oranını ve hangi aylarda yapıldığını bilenler "bilgi düzeyi iyi", diğerleri "bilgi düzeyi iyi değil" olarak gruplandırılmış, kronik hastalığa sahip ve 5 yaş altında çocuğu bulunanlar "kendisi risk altında" olarak sınıflandırılmıştır. Hematoloji, onkoloji, pediatri, organ nakli yoğun bakım, ameliyathane vb. bölümler "riskli hastaların bulunduğu bölüm" olarak sınıflandırılmıştır. Tablolar SPSS bilgisayar programı aracılığıyla hazırlanmış, istatistiksel analizlerde ki-kare testi kullanılmış ve $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılanların %30,3'ü (77 kişi) 40 yaşın üzerinde, %50,0'ı (127 kişi) ilkökul mezunu, diğerleri ortaokul ve üzerinde eğitim alanlardır. Çalışma yılı bir yıl ve altında olanların oranı %21,7 (55 kişi), sağlık eğitimi alanların oranı %56,7'dir (144 kişi) . Katılanlar arasında 45 kişinin (%17,7'sinin) 5 yaşın altında çocuğu vardır ve %15,4'ünde (39 kişi) kronik hastalık (DM, HT, kalp yetmezliği, böbrek hastalığı, astım, SLE vb...) bulunmaktadır. Riskli hastanın bulunduğu bölümde çalışanlar ise 112 kişidir (%44,1). Aşının koruyuculuk derecesini doğru bilenler 38 kişi (%14,9), aşının yapılma zamanını doğru bilenler 156 kişi (%61,4), son 6 ay içinde aşı yaptıranlar 15 kişi (%5,9), yaşamının herhangi bir döneminde aşı yaptıranlar ise 90 kişidir (%35,4). Önümüzdeki yıl aşı yaptırmayı düşünenlerin oranı %20,1 (51 kişi) iken, sağlık personelinin aşı yaptırmasının gerekli olduğunu düşünenlerin sayısı sadece 138 kişidir (%54,3). Aşının koruyuculuk oranını bilme durumu; ankete katılanların yaşları, çalışma yılları, eğitim durumları, sağlık eğitimi almaları, risk altında bulunmaları veya riskli hastanın bulunduğu bölümde çalışmaları gibi bağımsız değişkenlerle ilişkili bulunmamıştır ($p > 0.05$). Aşının yapılma zamanını bilme oranı sağlık eğitimi alanlarda ve riskli hastanın bulunduğu bölümde çalışanlarda daha yüksektir ($p < 0.05$). Yaşam boyu aşı yaptırmama oranı 40 yaşın üzerindeki kişilerde ve çalışma yılı olarak bir yıl üzerinde çalışanlarda daha yüksektir ($p < 0.05$). Kronik hastalığı ve 5 yaş altında çocuğu olanların (risk altındaki grubun) gelecek yıl aşı yaptırmama konusunda risk altında olmayan gruba göre daha istekli oldukları görülmüştür ($p < 0.05$). Sağlık personelinin aşı yaptırmaması gerektiği konusundaki tutum bağımsız değişkenlerle ilişkili bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Çalışma grubunda grip aşısı konusundaki bilgiler istenen düzeyde değildir. Tutumlar incelendiğinde aşı yaptırmaya karşı isteksizlik olduğu anlaşılmakta, aşı yaptırmayı düşünenlerde ise bu tutumun davranışa dönüşme (aşı yaptırmama) oranının da düşük olduğu göze çarpmaktadır. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada personelin aşılama kabul etme yüzdeleri incelendiğinde; oranın doktorlarda %84,3, hemşirelerde %52,9, yardımcı sağlık personelinde ise %38,6 olduğu saptanmıştır. İzmir'de

bir hastanede yapılan bir çalışmada sağlık dışı meslek grubunda olanların (temizlik elemanı, idari personel vb.) %57,5, doktorların %29,1, hemşirelerin %13,4 oranında aşılandığı tespit edilmiştir. Özellikle riskli hasta grubu ile çalışan ve kendisi de risk grubunda sayılabilecek olan sağlık çalışanlarının aşı oranlarının düşük olması sorunun çözümü için girişimlerde bulunulmasının gerekliliği fikrini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Grip, influenza, grip aşısı, sağlık personeli, bilgi tutum ve davranış

Kaynaklar:

1-Budak S., Acar A., Karacaer Z., Diktaş H., Turhan V., Öncül O., Görenek L.; GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'ndeki sağlık çalışanlarının pandemik influenza A/H1N1 aşılması ve aşıya bağlı yan etkiler, Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi (2011) Cilt 68, Sayı 4: 185-190

2-Örmen B., Türker N., Vardar İ., Kaptan F., El S., Ural S., Kaya F., Coşkun NA.; Hastane Personeline Pandemik İnfluenza A (H1N1) Aşı Uygulamasının Ardından Aşılama Hakkında Görüşler ve Gözlenen Yan Etkiler, 34. Türk Mikrobiyoloji Kongresi (2010)

376

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ANTİNEOPLASTİK İLAÇLARIN KULLANIM SÜRECİNDE TEHLİKE DEĞERLENDİRMESİ

Mete Önde, Pınar Okyay

Batman Merkez Toplum Sağlığı Merkezi

Giriş ve Amaç: Sitotoksik ilaçlar olarak da adlandırılan antineoplastik ilaçların hazırlanması, depolanması, taşınması, hastaya verilmesi ve kullanım sonrası atıkların yok edilmesi ile ilgili yapılan uygulamalarda sağlık çalışanları bu ilaçların yüksek konsantrasyonlarına maruz kalabilirler. Antineoplastiklere maruz kalan çalışanlarda; hemopoetik kanserler, karaciğer fonksiyon bozuklukları, deri ya da müköz membranlara direkt temas sonucu ortaya çıkan alerjik reaksiyonlar, kan hücre sayımında değişiklikler, karın ağrısı, saç dökülmesi, burun akıntısı ve kusma, gebe kadınlarda spontan düşük ve malformasyonlar görülebilir. Bu çalışmanın amacı, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (ADÜTFH) Onkoloji Servisi ve Kemoterapi Ünitesinde, Antineoplastik ilaçlardan kaynaklanan tehlikelerin değerlendirilmesini yapmaktır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma Nisan-Mayıs 2011 tarihinde yapılmış olup, evrenini ADÜTFH Onkoloji Servisi ve bu servisin içinde hizmet veren Kemoterapi Ünitesi çalışanları oluşturmuştur. Bu ünite hafta içi günlerde ve 08-17 saatleri arasında faaliyet göstermektedir. Çalışma saatleri içerisinde tüm servislerin antineoplastik ilaç hazırlanma işlemleri bu üniteye yapılmakta, diğer saatlerde ise her servis hemşiresi kendi ilacını bu birime ait Biyolojik Güvenlik Kabini'ni kullanarak hazırlamaktadır. Antineoplastik ilaçların kullanım sürecinin değerlendirmesi için, çalışanların sosyo demografik özelliklerini ve Antineoplastik ilaçlarla ilgili kaza geçmişlerini sorgulayan bir soru formu geliştirilerek yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Ayrıca bir kontrol listesi oluşturularak antineoplastik ilaçların saklanması, hazırlanması, taşınması, uygulanması ve yok edilmesi aşamaları incelenmiştir. Ortam sıcaklık ve nem ölçümü 10 farklı noktada, üç gün süre ile ve günde üç kez yapılmıştır. Gürültü değerlendirmesi için sekiz saat süreli ölçüm yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde yüzde ve sayı, ortalama±standart sapma değerler verilmiştir.

Bulgular: Onkoloji servisinde ve kemoterapi ünitesinde seçilen 10 ayrı noktadan sıcaklık ve nem değerleri ölçümü yapılmış, sıcaklık ortalaması 25.19±0.16 °C , nem ortalaması 54.22±1.02 olarak bulunmuştur. Servis koridorları, hasta odaları ve ilaç hazırlama odasında yapılan aydınlık seviyesi ölçümlerinde minimum 171, maksimum 399 lux aydınlanma seviyesi saptanmıştır. Sekiz saatlik ses seviyesi ölçümü sonucunda 60.2 dBA gürültü seviyesi ölçülmüştür.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Onkoloji servisi ve bu servisin içinde hizmet veren kemoterapi ünitesinde çalışan 22 kişinin yaş ortalaması 29.64 ± 5.37 olup, %77.3'ü kadındır. Çalışanların %54.5'i son bir yıl içinde antineoplastik ilaçla ilgili bir kaza olayı yaşamışlardır. Kazaların %41.7'si ilaç hazırlanması, %33.3'ü ilaç taşınması ve %25.0'i ilaç uygulanması sırasında meydana gelmiştir. Bu kazaların %33.3'ü ampul formundaki ilacın yere düşerek kırılması nedeni ile etrafa ve çalışanın üstüne sıçraması, %16.6'sı yine ampul formundaki ilacın, ilaç hazırlama sürecinde çalışanın elinde kırılması, %8.3'ü biyolojik güvenlik kabini içerisinde ampul formundaki ilacın dökülmesi sonucu oluşmuştur. Hazırlanan kemoterapi ilacının uygulanmak üzere hastaya götürülmesi veya uygulanması sırasında bağlantılardan ilaç sızıntısı şeklinde olan kazalar %25.0, serum içine ilaç verilirken enjektör ile iğne ucu bağlantısının çıkması sonucu ilaç sıçraması şeklinde olan kazalar %16.7 oranındadır. Kazaların %91.7'si sorumlu kişiye bildirilmiş olup, bir olayda bildirimde bulunulmamıştır. Antineoplastik ilaçlarla ilgili eğitim alma durumuna bakıldığında çalışanların %45.5'i bu konuda eğitim aldığını belirtmiştir. Tüm çalışanlar içerisinde, Kemoterapi Ünitesinde çalışan dört hemşirenin üç tanesi Sağlık Bakanlığı ve Onkoloji Hemşireliği Derneği tarafından verilen "Kemoterapi Hemşireliği Sertifikası"na sahiptir. Antineoplastik ilaçlar hemşireler tarafından hazırlanmakta olup, çalışmaya katılan 10 hemşirenin %30'u, dört kişisel koruyucuyu da (eldiven, gözlük, önlük, maske) kullanırken, diğer hemşireler ise gözlük dışındaki kişisel koruyucuları kullandıklarını belirtmişlerdir. Çalışanların tamamı, bugüne kadar hastane yönetimi tarafından yapılan periyodik sağlık muayenesi olmadığını belirtirken, %59.1'i kendi istekleri ile kan tahlili yaptırdıklarını ifade etmişlerdir.

Kemoterapi Ünitesi ve Onkoloji Servisinde bu ilaçların buldukları ortamda, tehlikeli ilaçların bir listesi bulunmakta ancak bu ilaçların dökülmesi ve kontaminasyonu durumlarında yapılacak uygulamaların bulunduğu bir yönerge bulunmamaktadır. İlaç hazırlama işlemi, onkoloji servisi içerisinde bu iş için ayrılmış bir odada yapılmaktadır. Odaya giriş-çıkışların sınırlandırılması için kapıda herhangi bir uyarı işareti olmayıp, diafon sistemi yoktur ve görevli olmayan kişilerde bu odaya girebilmektedir. Odada kapalı durumda bir pencere olup, havalandırılması merkezi havalandırma sistemi ile yapılmaktadır. Lavabo ve el yıkamak için sıvı sabun vardır. İlaçların dökülmesi ve kontaminasyonu durumlarında yapılması gereken işlemleri belirten bir yönerge odaya asılmamıştır. İlaç dökülmesi durumlarında kullanılabilmesi için dökülme acil seti bulunmamaktadır. Odada kemoterapi atık kutusu olup üzerinde "Sitotoksik Atık" etiketi bulunmaktadır.

Tüm antineoplastik ilaçların hazırlanması işlemi sınıf II B biyolojik güvenlik kabininde yapılmaktadır. Kabinin bakımı periyodik olarak değil, teknik bir sorun yaşandığında yapılmaktadır. Kullanılmadığı zamanlarda camı kapalı durumda bekletilen kabin, mesai bitiminde ve hafta sonu günlerde kapalı durumdadır. Kabinin içerisinde atık kutusu ve kemoterapi örtüsü bulunmaktadır. İlaç hazırlayan kişiler kişisel koruyucu önlemlerden kemoterapi önlüğü ve maskesini kullanmaktadır. Kemoterapi eldiveni ise tek kat olarak kullanılmaktadır. Koruyucu gözlük ise ilaç hazırlama işlemlerinde kullanılmamaktadır. Eldivenler, yırtılma dışındaki durumlarda biyolojik güvenlik kabinindeki ilaç hazırlama işlemi bitimine kadar kullanılmaktadır. Herhangi bir bulaş olmaması halinde kemoterapi önlükleri de gün bitimine kadar kullanılmakta ve tüm koruyucu malzemeler odada bulunan tıbbi atık poşetine atılmaktadır. İlaç hazırlama işleminde kullanılan enjektör uçları ve ampul formundaki ilaçların atıkları kesici delici alet kutusuna ve bu kutular dolduğunda tıbbi atık poşetlerine atılmaktadır. "Sitotoksik Atık" etiketli tehlikeli atık kutularına ise, boş ilaç flakonları ve flakon adaptörleri atılmaktadır. Kilitli enjektör sistemi 10 cc.'den büyük enjektörlerde kullanılırken, daha küçük hacimdeki enjektörlerde bu sistem kullanılmamaktadır. Hazırlanan serumlar üzerine hastanın adı, soyadı ve içeriğindeki ilaç ile dozunu belirten kağıt flaster üzerine yazılmış etiketler yapıştırılmaktadır.

Hazırlanan ilaçlar pediatri servisi dışındaki diğer servislere tepsilerde veya üstü açık plastik kutularda taşınırken, pediatri servisinde kapaklı plastik kutuda nakil işlemi yapılmaktadır. Onkoloji servisinde ilaç uygulayan bir hemşire gebedir. İlaç uygulamaları sırasında kapalı transfer sistemi kullanılmaktadır.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Çalışma alanlarında ayakta yapılan işlerde 17-18 °C, oturarak yapılan işlerde ise 19 °C sıcaklık ve %30-75 arasında nem oranı ideal olarak kabul edilmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde ortam sıcaklığı istenilen düzeylerin üzerindedir. Nem oranının ise istenilen düzeyde olduğu söylenebilir. Hastanelerde koridorlarda 150-300 lux, hasta odalarında 100-200 lux, muayene ve tedavi odalarında 200-500 lux aydınlatmanın olması gerekmektedir. İki kemoterapi odası dışındaki değerler belirlenen standartlara uygun bulunmuştur. Aynı şekilde sekiz saatlik sürede ölçülen 60.2 dBA ses seviyesi, Gürültü Yönetmeliği'ndeki çalışanların sekiz saatlik çalışma süresinde maruz kalabilecekleri üst sınır olan 87 dBA ses seviyesinin altında bulunmuştur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Antineoplastik ilaçlarla ilgili son bir yılda meydana gelen kazaların oluştukları süreçlere bakıldığında, sıklık sırasına göre ilaç hazırlanması, taşınması ve uygulanması şeklinde sıralandıkları görülmektedir. Meydana gelen 12 kazanın yedisi (%58.3) ampul formunda kullanılan ilaçların yere düşmesi, çalışanın elinde kırılması veya dökülmesi sonucu meydana gelmiştir. ADÜTFH’de antineoplastik ilaçlardan cytosine arabinoside ve fluorourasilin ampul formları kullanılmaktadır. Bu ilaçların alımlarında ampul yerine flakon formlarının alınması, antineoplastik ilaçlar ile ilgili kazaların yarısından fazlasının önlenmesini sağlayacaktır. Serum setinin bağlantı noktalarından ilaç sızıntısı olması şeklinde gerçekleşen kazalar %25 oranındadır. Biyolojik güvenlik kabini içerisinde, antineoplastik ilaçların serum içine konulmadan önce ve sonra serum setinde sızıntı kontrolü yapılması bu tür kazaların önlenmesi için gereklidir. Kazaların %16.6’sı serum içine ilaç verilirken enjektör ile iğne ucu bağlantısının çıkması sonucu ilaç sıçraması sonucu oluşmuştur. Biyolojik güvenlik kabinlerinde ilaç hazırlanması sırasında 10 cc.den büyük enjektörlerde kilitli enjektör sistemi kullanılmaktadır. Daha küçük hacimdeki enjektörlerde ise bu sistem yoktur. Özellikle 1ml. altında ilaç uygulanması gereken durumlarda kilitli sistem olmayan, günlük serviste kullanılan enjektörler tercih edilmekte ve bu nedenle kazalar olabilmektedir. Hastane yönetimleri tarafından alımlar yapılırken, kilitli sistem enjektörlerin tercih edilmesi bu yolla oluşan kazaların önlenmesi için önemlidir.

Hastanede uygulanan antineoplastik ilaçların çok büyük bir kısmı, kemoterapi ünitesinde çalışan hemşireler tarafından hazırlanmaktadır. Burada çalışan dört hemşirenin üç tanesi Sağlık Bakanlığı ve Onkoloji Hemşireleri Derneği tarafından düzenlenen “Kemoterapi Hemşireliği Sertifikası”na sahiptir. Bir hemşire ise bu eğitim programına katılmamıştır. Bu hemşireden başlamak üzere onkoloji, hematoloji, pediatri, göğüs hastalıkları gibi bölümlerde ilaç hazırlama ve uygulaması yapan çalışanların sertifikasyon eğitim programlarına alınması hem çalışan hem de hasta sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Onkoloji servisi çalışanlarının hiçbirisine periyodik sağlık muayenesi yapılmamıştır. Çalışanların %59’u kendi istekleri ile bazı tahliller yaptırmış olup, bu anlamda yapılan tahlillerin kapsamı kişiler arasında farklılıklar göstermektedir. 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi” yayımlanmıştır(28). Bu rehberde çalışanların işe başlamadan önce, çalışırken yılda veya iki yılda bir, akut maruziyet durumlarında ve işten çıkışlarda tıbbi değerlendirilmesinin yapılması ve bunların kaydının tutulması istenmektedir. Tıbbi değerlendirmenin de öykü, fizik muayene, tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri ve idrar analizini içermesi gerektiği bildirilmektedir. Hastane bünyesinde faaliyet gösteren çalışan sağlığı birimlerinde, bu çalışanların belirlenen standartlara göre işe giriş ve periyodik muayenelerinin yapılması ve çalışanların sağlık bilgilerinin kayıt altına alınması gereklidir.

Antineoplastik ilaçların dökülmesi gibi durumlarda kullanılacak dökülme acil setinin içeriği uygun değildir. İlgili yönetmelik ve rehberler gereği antineoplastik ilaçların listesi ve dökülme durumlarında yapılacak işlemler tüm personelin görebileceği bir şekilde ilaç depolanan ve hazırlanan yerlerde asılı olmalıdır. Bu gibi durumlar için de içeriği uygun bir dökülme acil seti hazır bulundurulmalıdır. Biyolojik güvenlik kabininin bulunduğu ilaç hazırlama ortamına giriş-çıkışların sınırlandırılması, görevli olmayan personelin girmemesi için kapıda herhangi bir uyarı bulunmamakta ve diafon sistemi kullanılmamaktadır. İlgili yönetmelik ve rehberlerde diafon sisteminin kurularak odaya girişlerin en aza indirgenmesi istenmektedir. Ayrıca bu kabinlerin 24 saat çalışır durumda bırakılması sağlanmalı ve teknik bakımlarının altı ayda bir yapılması sağlanmalıdır. Hazırlanan ilaçların, uygulama alanlarına götürülmesinde pediatri servisi dışında tepsi veya kapalı olmayan plastik kutu veya metal sepetler kullanılmaktadır. Pediatri servisinde ise ağız kapalı plastik kaplar kullanılmaktadır. İlaç nakil kaplarının üzerinde içerisinde tehlikeli ilaç olduğu yönünde uyarı işareti olmalı ve kaplar düşme ve kırılmalara karşı koruyucu özellik taşımalıdır.

Anahtar kelimeler: Antineoplastik ilaçlar, çalışan sağlığı, periyodik muayene.

Kaynaklar:

1-Guidelines for the Safe Handling of Cytotoxic Drugs and Related Waste. OSHA Department of Labour. April 1997.<http://www.osh.dol.govt.nz/order/catalogue/pdf/cytodrug.pdf>. Erişim Tarihi:16.11.2010

2-Antineoplastik Agents. Occupational Hazards in Hospitals. Department of Health and Human Services Centers of Disease Control and Prevention NIOSH. Publication no: 2004-102. September 2004.<http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/2004-102.pdf>. Erişim Tarihi: 02.10.2010

321

BİR KAMU KURULUŞUNDA ÇALIŞAN İŞÇİLERİN SAĞLIK BİRİMİ HAKKINDAKİ BİLGİ, GÖRÜŞ VE BEKLENTİLERİ

Nihal Bilgili Aykut¹, A.Kadir Atlı², Sare Mihçioğur¹, Elif Durukan¹, Ayşe Akin¹

¹Başkent Üniversitesi

²Ankara, Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları Behiçbey İş Sağlığı Merkezi

Giriş ve Amaç: İş sağlığı tanımı, Uluslar arası Çalışma Örgütü (ILO)/ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ortak Komitesi tarafından 1995 yılında gözden geçirilerek “her türlü işte çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik durumlarının korunması ve geliştirilmesi, çalışma şartlarından ötürü çalışanların sağlıklarının yitirilmesinin önlenmesi, çalışma sırasında sağlıklarını olumsuz yönde etkileyecek faktörlerden korunmaları, onların fizyolojik ve psikolojik yapılarına uygun bir işe yerleştirilmesi ve bunun sürdürülmesini, özetle işin çalışana, çalışanın da işe uygunluğunun sağlanmasını amaçlar” şeklinde belirlenmiştir (1). Gelişmiş ülkelerde enfeksiyonlar, iş kazaları, meslek hastalıkları, ağır iş yükü, fiziksel, kimyasal ve psikolojik risk etkenleri kontrol altına alınmış, ancak kas-iskelet sistemi hastalıkları, alerjiler ve psikososyal sorunlar gibi yeni hastalıklar ortaya çıkmıştır. Ülkemizde ise bir yandan hala silikozis, kurşun, cıva, arsenik zehirlenmesi gibi geleneksel iş sağlığı sorunları tam çözülmemişken, gelişmiş ülkelerdeki bu yeni risk faktörleri de eklenmiştir. Bu sorunların çözümünde ve takibinde; iş yeri hekiminin muayenelerini gerçekleştirebileceği, gerekli durumlarda ilk yardım ve acil müdahalelerde bulunabileceği kayıtların tutulup saklanabileceği, muayenelerde gereken tıbbi araç-gereçle acil müdahalelerde kullanılacak ilaçların konabileceği, kısacası iş yeri hekiminin sağlık gözetimi hizmetlerini yerine getirebileceği yer olan sağlık birimlerinin nitelikli sağlık hizmeti sunmaları ve işçilerin sağlık hizmetlerini kullanmalarının sağlanması önem kazanmaktadır (1, 2).

Bu çalışma, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından tehlikeli sınıfta yer alan bir kamu fabrikasında çalışan işçilerin sağlık sorunlarıyla ilgilenen iş yeri sağlık birimini kullanımı ve sunulmasını bekledikleri sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerini, beklentilerini saptamak amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

Yakın erimli amaç:

- Kamu kuruluşunda çalışan işçilerin sağlık biriminin çalışmaları hakkındaki bilgi, görüş ve beklentilerinin saptanması,

Uzun erimli amaç:

- İşyeri sağlık biriminin çalışmalarının geliştirilmesine katkıda bulunmak.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Ankara’da şehir merkezine 10 km. uzaklıkta olan ve 2000’den fazla kişinin çalıştığı fabrika ve atölyelerin oluşturduğu bir yerleşkede yer alan bir kamu fabrikasında yürütülmüştür. 104.200 metrekare açık ve 42.800 metrekare kapalı alan üzerine kurulmuş olan söz konusu fabrikada, 202 işçinin çalışmaktadır. Araştırma 2 Mayıs–8 Haziran 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. İşçilerin iş yeri sağlık biriminin çalışmaları hakkındaki bilgi, görüş ve beklentilerinin saptanması amacıyla gerçekleştirilen tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmada örneklem alınmayıp işçilerin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak, bazı işçilerin izinli olması ya da başka yerlerde görevlendirilmiş olması ve 3 işçinin anketi yanıtlamak istememesi gibi nedenlerle 151 işçiyle görüşülebilmektedir. Buna göre araştırmaya katılma oranı %74,7’dir. Araştırmada, araştırmacılar tarafından geliştirilen “anket formu” kullanılmıştır. Hazırlanan formun araştırmadan önce, başka bir fabrikada çalışan 15 işçi üzerinde ön denemesi yapılmıştır. Anket formu, bazı sosyo-demografik bilgileri (yaş, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı), sağlık birimi ve başka sağlık kuruluşlarına başvuru bilgileri, periyodik

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

muayene ile ilgili bilgiler ve görüşleri, tetanoz aşısı takibi ve sağlık biriminden memnuniyet durumu ve beklentilerini sorgulamaya yönelik 25 soru içermektedir.

Anket formlarının uygulanması öncesinde araştırmanın uygulandığı fabrikanın sağlık biriminden sözlü izin alınmıştır. Verilerin toplandığı 9-10-11 Mayıs 2012 tarihlerinde, atölyelere çalışma saatleri içerisinde girilip, işçilere araştırma ve anketin içeriği hakkında bilgi verilerek sözlü onayları alındıktan sonra anket formları yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacılar tarafından doldurulmuştur.

Araştırmanın verileri SPSS 11.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) istatistik paket programına girilerek analiz edilmiştir. İşçilerin sağlık biriminin çalışmaları hakkındaki bilgi, görüş ve beklentileri yaş, eğitim durumu ve çalıştığı postaya göre dağılımı yüzde olarak verilmiş olup, gruplar arasında fark olup olmadığını değerlendirmede ki-kare testi kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi " $p<0.05$ " olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan işçilerin %67'si 40-49 yaş arasında, %30'u ise 50 yaş ve üstündedir (yaş ortalaması 47,67±4,5). %98,0'i evli ve %92,0'sinin 3 ve daha az sayıda çocuğu vardır. İşçilerin yaklaşık %40'ı ortaokul ve altı eğitim düzeyinde, %60'ı lise ve üzeri eğitim düzeyindedir. Ayrıca %56,2'sinin teknik eğitim veren okullardan mezun olduğu belirlenmiştir. % 79,5'i 10 yıldan uzun süredir bu fabrikada çalışmaktadır.

İşçilerin %96'sı son bir yıl içinde işyeri sağlık birimine başvurmuştur. %88,1'i periyodik muayene için, %54,1'i ilaç yazdırmak, %37,5'i ise kendi muayenesi için sağlık birimine başvurmuştur. İşçiler, işyeri sağlık birimi dışında aile hekimleri (%63,5), devlet hastaneleri (%58,9) ve üniversite hastanelerinden (%17,8) de yararlanmaktadır.

İşçilerin %84,0'ü son periyodik muayenenin 6 ay içinde yapıldığını, %66,8'i bu muayenenin 15 dakikadan kısa sürdüğünü, %31,1'i 16-30 dakika sürdüğünü; %53,6'sı bu muayene için 30 dakikadan az vakit harcadığını, %31,7'si 31-60 dakika vakit harcadığını belirtmiştir.

İşçilerin ¾'ünden fazlasına ağırlık, boy, kan basıncı ölçümü ve solunum fonksiyon testi, yaklaşık yarısına işitme testi yapıldığı, öte yandan görme muayenesi, akciğer ve kalp muayenesinin 1/3 veya daha azına yapıldığı işçiler tarafından belirtilmiştir. Yaklaşık yarısı yapılan periyodik muayeneyi yeterli bulmamakta; akciğer grafisi (%47,6), check-up (%27,1), ayrıntılı kan ve idrar tahlili (%10,5) gibi işlemlerin periyodik muayeneye eklenmesi gerekliliğini belirtmiştir. Buna karşın işçilerin tamamına yakını periyodik muayeneyi gerekli bulmaktadır. Periyodik muayenenin gerekliliği konusunda erken tanı, meslek hastalıklarının tespiti, çalışma ortamının koşulları gibi nedenler ifade edilmiştir.

İşçilerin yaklaşık %80,8'i meslek hastalıkları hastanesine gönderilmediklerini, %7,3'ü hiç tetanoz aşısı yapılmadığını, %67,5'i aşısının takibinin işyeri sağlık birimi tarafından yapılmadığını belirtmiştir.

İşçilerin %55,7'si işyeri sağlık biriminden memnun olduğunu %28,4'ü memnun olmadığını, %15,9'u ise fikrinin olmadığını belirtmiştir. En çok belirtilen memnuniyet nedeni ilgi (%75,8), memnun olmama nedeni ise yetersiz hizmettir (%45,8). Teknik eğitim gören işçilerin işyeri sağlık biriminin çalışmalarından memnuniyetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,025$). İşçilerin periyodik muayenelerin yeterliliği hakkındaki görüşleri yaş, eğitim durumu ve çalıştıkları postaya göre incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tartışma: Ankara'da araştırmanın yürütüldüğü kamu fabrikasında çalışan işçilerin işyeri sağlık biriminin çalışmaları hakkındaki bilgi, görüş ve beklentilerini araştırıldığı bu çalışmada, araştırmaya katılan işçilerin belirgin özelliği eğitim düzeyinin yüksek olmasıdır. İşçilerin %68,1'i lise ve üzeri eğitim düzeyindedir. İlhan ve arkadaşlarının 2006'da temizlik işçileri üzerinde yaptığı çalışmada işçilerin %65,8'i (3), Pala ve arkadaşlarının 2001'de Gemlik Sanayi Sitesi'nde (GSS) çalışan işçilerde yaptıkları çalışmada ise işçilerin %67,4'ünün ilkökul mezunu olduğu bulunmuştur (4). Türkiye'de birçok iş kolunda çalışan işçilerin eğitimi ilkökul düzeyindedir. Bu araştırmadaki işçilerin eğitim düzeyinin yüksek olması iş sağlığı ve güvenliği konusunda yapılacak eğitimler ve işçilerin işbirliğini sağlama konusunda bir avantaj olabilir.

İşyeri sağlık biriminin işçiler tarafından yaygın olarak kullanılmasına karşın, memnuniyet düzeyi istenen ölçülerde değildir. Tanır ve arkadaşlarının 2010 yılında Adana'da özel bir otomotiv fabrikasında yaptığı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

çalışmada, işyerindeki sağlık ve güvenlik eğitimleri ile işyeri sağlık birimi uygulamalarından memnuniyetin ve gereksinimleri karşılamanın; görüşülen çalışanlardan 122'sinde (%91,0) çok iyi, 12'sinde (%9,0) iyi olduğu belirtilmiştir (5). Çalışmamızda ise 151 işçinin 84'ü (%50,3) çok memnun/memnun olduğunu belirtmiştir. En çok belirtilen memnun olma nedeni "ilgi", en çok belirtilen memnun olmama nedeni ise hizmetlerin işçiler tarafından "yetersiz" bulunmasıdır.

50'den fazla işçi çalıştıran yerlerde aralıklı kontrol muayenesi yapılması zorunludur (6). İlhan ve arkadaşlarının 2006'da temizlik işçileri üzerinde yaptığı çalışmada işçilere %47,4'ü aralıklı kontrol muayenesi yapılmaktadır. 50'den fazla işçi çalıştıran bu işyerinde çalışanların yarısından fazlasına aralıklı kontrol muayenesi yapılmaması dikkat çekicidir (3). Ancak çalışmamıza katılan 151 işçinin %95,4'ü son 1 yıl içerisinde sağlık birimi tarafından periyodik muayenelerinin gerçekleştirildiğini ifade etmiştir. Bu da araştırmanın yapıldığı fabrikanın sağlık biriminin bu konuya önem verdiğini göstermektedir. Ancak çalışmamızdaki işçilerin %48,3'ü periyodik muayene sırasında yapılan incelemeleri yetersiz bulmaktadır.

Reid ve arkadaşlarının İrlanda Sivil Hizmetleri'nde yaptıkları çalışmada işçilerin %80'den fazlasının işyeri sağlık birimini önemli veya çok önemli bulduklarını, geri kalanların çoğunluğunun sağlık biriminin gerekliliğinden emin olmadıklarını, %1'nin ise sağlık biriminin önemi konusunda şüpheli olduklarını tespit etmişlerdir (7). Çalışmamızda da görüşülen işçilerin %99'u periyodik muayenelerin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Bu da dolaylı olarak işyeri sağlık biriminin işçiler tarafından gerekli olarak görüldüğünü vurgulamaktadır. Aynı çalışmada işçilerin işyeri sağlık biriminden beklentileri arasında genel sağlık taraması ilk sırada yer almaktadır (7). Bizim çalışmamızda da işçilerin %47,6'sı özellikle akciğer grafisinin periyodik muayeneye eklenmesi gerektiğini, %27,1'i ise periyodik muayenelerin genel sağlık taraması vasfında yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Türkiye genelinde yapılan çalışmalarda, araştırılan fabrika gibi büyük işletmelerde işyeri sağlık birimlerinin çalışmalarının iyi düzeyde olduğu ve asıl sorunun küçük ve orta ölçekli işletmeler (KOBİ) düzeyinde görüldüğü bildirilmektedir (5, 8). Araştırmanın yürütüldüğü fabrikada ise temel hizmetlerin gerçekleştirildiği ancak çeşitli eksikliklerin giderilmesi için bazı çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada, işçilerin periyodik muayenelerin öneminin ve mutlaka düzenli şekilde uygulanması gerektiğinin farkında oldukları anlaşılmıştır. Ancak periyodik muayenenin içeriği ve işyeri sağlık birimindeki mevcut ekipman, işçilerin beklentilerini tam olarak karşılamamaktadır. Aslında hafıza faktörüne rağmen, işçilerin periyodik muayeneler sırasında yapıldığını bildirdikleri incelemeler, oldukça kapsamlı bir periyodik muayenenin yapıldığını göstermektedir. Ancak işçilerin yaş ortalamasının yüksek olması, bu yaş grubunda ortaya çıkabilecek, işe bağlı risklerden kaynaklanmayabilecek bazı kronik sağlık sorunlarına yönelik hizmetlere gereksinim duymalarına yol açabilir. Bu durum işçilerin hizmetleri yetersiz bulmalarının nedenlerinden biri olabilir. İlgili ve düzenli hizmet sağlık biriminden memnuniyet nedeni iken, hekimler arasındaki yaklaşım farkı memnun olmama nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmada verilen hizmetlerin kapsamını kavramak ve hizmet biriminden memnuniyet büyük önem taşımaktadır. Bu noktada hizmet alan ve veren arasındaki iletişim de çok önemlidir. Bu araştırmanın bulguları ışığında aşağıda belirtilen konuların dikkate alınması yararlı olacaktır:

- Periyodik muayenenin gerekliliği konusunda işçiler arasında bir görüş birliği olmasına karşın muayenenin amacı ve içeriği konusunda bilgilendirilmeye gereksinim vardır.
- İşyeri sağlık biriminin vermesi gereken hizmetlerin içeriği konusunda sağlık çalışanlarının anlayış birliğinin sağlanmasına çalışılmalı, iş sağlığı ve güvenliği konusunda sürekli eğitimleri sağlanmalıdır.

Anahtar kelime: iş sağlığı, sağlık birimi, periyodik muayene

Kaynaklar:

1. Atlı K. ve ark., Çalışma Yaşamında Sağlık Gözetimi Rehberi, Türkiye'de İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Koşullarının İyileştirilmesi Projesi, Avrupa Birliği, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü.

2. İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 27.11.2010 Resmi Gazete Sayısı: 27768
3. İlhan M., Temizlik İşçilerinin Sosyo demografik Özellikleri ve Çalışma Koşulları ile İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sıklığı, 2006: 20 (6): 433 – 439 www.fusabil.org
4. Pala K., Nacarküçük S., Türkkan A., Akış N., Gemlik Sanayi Sitesinde Çalışan İşçilerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2001(7):37-41
5. Tanır F., Bir Otomotiv Fabrikasında İşyeri Sağlık Birimi Uygulamalarının Yeterliliğinin Değerlendirilmesi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010: 9(4), 329-332
6. İş Kanunu, T.C. Resmi Gazete, Yayımlı Tarihi ve Sayı: 10.06.2003-25134
7. Reid A., A cross-sectional study of employer and employee occupational health needs and priorities within the Irish Civil Service, Occupational Medicine(2003);53:41-45
8. MESS Üyelerinde İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarını Önlemede Kullanılan Yöntemler (2006), Yayın No:533, Ankara

714

DEMİRYOLU FABRİKASI İŞÇİLERİNİN İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI GEÇİRME DURUMLARI VE ÇALIŞMA KOŞULLARI

Emel Buluş, Mustafa Necmi İlhan, Emine Avcı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

Giriş ve Amaç: Sanayileşmenin ilerlemesi ve yaygınlaşmasıyla bazı alanlarda daha fazla görülmekle beraber, hemen her iş kolunda ortaya çıkan ve çalışanın mesleğinden ötürü maruz kaldığı toksik maddeler ya da fiziksel etkenler nedeniyle sağlığının bedenen veya ruhen zarar görmesi

şeklinde tanımlanabilen meslek hastalıkları ve iş kazaları ile ülkemizde azımsanmayacak derecede sık karşılaşılmaktadır. İş kazaları ve meslek hastalıkları gerekli önlemler alındığında önlenmektedir.

Çalışma ortamının sağlıksızlığı, iş görenlere kazalar ve meslek hastalıkları konusunda yeterli eğitimin verilmeyişi, teknik donanımın yetersizliği ve ergonomik olumsuzlukların yanısıra, işçilerin bilinçsizliği, kişilik yapıları gibi nedenlerle kaynaklanan sorunlar iş güvenliği ve işçi sağlığını tehdit etmektedir. Gerek insan hatalarından gerekse çalışma koşullarından kaynaklanan bu hatalar önenebilir hatalardır.

Bu çalışmanın amacı Ankara Demiryolu Fabrikası'nda çalışan işçilerin iş kazası ve meslek hastalıkları geçirme durumları ve çalışma koşulları ile ilişkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 01– 31 Aralık 2010 tarihleri arasında Ankara Demiryolu Fabrikasında çalışan 175 işçiye yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Araştırmada veri kaynağı olarak hazırlanan anket formu haftanın 5 günü, 08.00-17.00 çalışma saatleri arasında işçilere bilgilendirme yapılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. 220 işçiden 15 işçiye geçici görevli, 5 işçiye izinli oldukları için ulaşılamamıştır ve 25 işçi çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Ulaşım yüzdesi %79,6'dır. Anketin güvenilirliğini artırmak için, katılan işçilerin kimlikleri gizli tutulmuş ve anket formuna isimleri yazılmamıştır. Ancak, bir kişinin birden fazla anket cevaplandırmasını önlemek amacıyla anket uygulanan işçiler personel listesinden işaretlenerek ayırım yapılmıştır.

İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, ortalama(±)standart sapma, frekans dağılımı yüzde olarak sunulmuştur, verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. P<0.05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların tamamı erkek, evli ve sendikaya üyedir. %58,3'ü 45 yaş ve üzerinde olup, yaş ortalaması 46,74±4,50, ortancası 46(min;3-maks;58)'dir. %67,4'ü meslek/teknik lise, %29,1'i lise mezunudur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

%67,5'inin çalışma süresi 21 yıl ve üzeri olup, bu işyerinde çalışma sürelerinin ortalaması 21,70±8,00, ortancası 22(min;3-maks;43)'dir. %44,6'sı sigara, %14,3'ü alkol kullanmakta olup, %37,1'inin kronik hastalığı mevcuttur. Bu hastalıklar hipertansiyon (%29,2), alerjik astım (%13,8), hepatit B (%10,8), diyabet (%9,2), bel fıtığı (%3,2), böbrek taşı(%3,2) olarak belirtilmiştir. Katılımcıların %24,0'ü lokomotif, %25,7'si motor, %20'si elektrik, %16,6'sı imalat, %6,3'ü bakım bölümlerinde, %4,6'sı kalite kontrol/malzeme/etüt planlamada, %2,9'u personel ve idari işlerde çalışmaktadır

Katılımcıların %56,0'sı işe başlarken işveren tarafından eğitim verildiğini, eğitim alanların %50'si bu eğitimi yetersiz bulurken, %24,5'i orta düzeyde yeterli, %25,5'i yeterli bulmuştur. %32,6(57)'sı işyerini değiştirmeyi istediğini, bunların 42(%73,8)'si çalışma şartlarının kötü ve sağlıksız olmasını, 6(%10,5)'sı iş kazası riskinin fazla olmasını, 4(%7,0)'ü, amirlerle ve iş arkadaşları ile yaşanan sıkıntıları, 3(%5,2)'ü devlet memuru olarak/daha verimli bir işte çalışma isteğini, 2(%3,5)'si sosyal yardım yetersizliğini neden olarak göstermiştir.

Katılımcıların %78,9'u kişisel koruyucu kullandığını, bunların da %58,7'si her zaman kullandığını ve %63,8'i kişisel koruyucuların iş kazalarından koruduğunu ve meslek hastalıklarının önlediğini belirtmiştir. Kişisel koruyucu kullanmayanların %43,2'si fiziksel olarak rahatsız etmesini, %19'u çalışmayı aksatmasını, %19'u koruyucunun faydası olduğuna inanmamasını, %16,2'si işletme tarafından koruyucu verilmemesini, %5,4'ü çalışırken kullanımının ihmal edilmesini, %2,7'si işletme tarafından verilen koruyucunun yeterli ve donanımlı olduğuna inanmamasını kullanmama nedeni olarak göstermiştir.

Katılımcıların %91,4'ü işyeri hekiminden yeterli ölçüde faydalandığını, faydalanmadığını belirtenlerin ise %53,3'ü işyeri hekiminin yetersiz hizmet verdiğini, %13,3'ü sadece periyodik muayene yapıldığını, tedaviye yönelik hizmetin olmadığını, %13,3'ü donanım ve teçhizatın eksik olduğunu, %13,3'ü dış tedavisine yönelik hizmetin eksik olduğunu, %6,7'si hekim sayısının yetersiz olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların tamamı işyerinde işe giriş muayenesi ve periyodik muayene yapıldığını belirtmiş ancak, %49,1'i yetersiz olduğunu, bunlarında %98,8'i detaylı olmamasını (röntgen, tahlil vb.), %1,2'si ise muayene sıklığının az olmasını yetersizlik nedeni olarak belirtmiştir.

Katılımcıların %94,3'ü işyerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği kurulunun olduğunu, bunlarında %53,9'u kurulun düzenli olarak toplandığını, %41,2'si ise toplanıp toplanmadığı hakkında fikri olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %45,1'i yasal hükümlerin (iş kanunu, tüzükler, yönetmelikler vb.) yetersiz olduğunu, %18,9'u yeterli olduğunu ve %17,1'i yasal hükümleri bilmediğini beyan etmiştir. Katılımcıların %51,4'ü işyerinde yasal denetimlerin yapılıp yapılmadığı hakkında fikri olmadığını, %36'sı yasal denetimlerin yapılmadığını, %0,6'sı ise şikâyet olunca denetlendiğini belirtmiştir. Yasal güvenlik denetimlerinin yapıldığını belirten işçilerin %45,5'i bu denetimlerin yetersiz, %31,8'i yeterli olduğunu beyan etmiştir.

Son bir yıl içerisinde iş kazası geçirdiğini belirten 3(%1,7) kişiden 2'si kazanın motor bölümünde, 1'i ise bakım bölümünde meydana geldiğini belirtmiştir. Geçirilen kazanın 2'si Salı günü meydana gelmiş olup, diğer geçirilen kaza günü hatırlanmamakla birlikte, kazalardan 1'i işe başlangıcın 3. saatinde meydana gelirken diğer 2'sinin saati hatırlanmamaktadır.

Motor bölümünde iş kazası geçiren 1 kişi gözlerinden, 1 kişi el bilekleri ve ellerinden yaralanmış olup, 1 haftadan uzun süre işten uzak kaldıklarını belirtmiştir. Bakım bölümünde iş kazası geçiren 1 kişi ise bedeninden yaralanmış olup, 1 aydan uzun süre işten uzak kaldığını belirtmiştir. İş kazası geçirenlerin tamamı işverenin bu kazalar sonucunda hiçbir katkıda bulunmadığını, 2'si sendikanın hiçbir katkıda bulunmadığını, 1'i ise sendikanın manevi katkıda bulunduğunu belirtmiştir. İş kazası geçiren 3 katılımcı kişisel koruyucu verilmemiş olmasını ve kişisel koruyucu kullanılmamasını iş kazası geçirme nedeni olarak belirtmiştir.

Katılımcıların %76,6'sı işçilerin işçi sağlığı ve iş güvenliği ve mesleki eğitimlerin artırılmasını, %64,6'sı işe uygun işçi seçimi yapılmasını, %62,3'ü kişisel koruyucu malzemelerinin düzenli kullanılmasını, %61,1'i denetimlerin artırılmasını, %60'ı makinelerin bakımının daha sık yapılması gerektiğini, %58,3'ü çevresel faktörlerin(aydınlatma, gürültü, ısıtma, havalandırma, vb.) yeniden gözden geçirilmesini, %40'ı örnek davranışlar gösteren, kurallara uyan ve kaza geçirmeyen işçilerin ödüllendirilmesini, %21,1'i güvenlik kurallarına uymayan işçilere

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

ceza verilmesini, %18,8'i çalışma ve dinlenme sürelerinin iyileştirilmesini iş kazalarının önlenmesi için yapılması gerekenler olarak sıralamıştır.

Katılımcıların %42,9'u işyerinde kaza önleme uygulamalarının yetersiz, %40,6'sı orta düzeyde, %16,6'sı yeterli olduğunu belirtmiştir. %40,0'ı kaza önleme uygulamalarında aktif görev aldığını belirtirken, %94,9'u işçilerin kaza önleme uygulamalarında aktif görev almaları gerektiğini belirtmiştir.

Katılımcıların tamamı herhangi bir meslek hastalığı tanısı olmadığını belirtirken, meslek hastalığına neden olabilecek birinci en önemli etken olarak; %62,3 ile gürültü, %11,9 ile ağır kaldırma, %6,9 ile havalandırma ve aydınlatma yetersizliği, %6,3 ile toz, %6,3 ile kimyasal maddeler(boya, tiner, kaynak sırasında çıkan gazlar vb. maddeler), ikinci en önemli etken olarak; %62,3 ile gürültü, %38,3 ile düşük sıcaklık, %16,0 ile havalandırma yetersizliği, %12,6 ile toz, %9,7 ile ağır kaldırma, %6,3 ile kimyasal maddeler, üçüncü en önemli etken olarak ise %23,4 ile toz, %22,9 ile kimyasal maddeler, %18,9 ile havalandırma ve aydınlatma yetersizliği, %10,3 ile ağır kaldırma, %7,4 ile düşük sıcaklık, %5,7 ile gürültü, %4,6 ile yüksek sıcaklık neden olarak belirtilmiştir.

Tartışma: Araştırmaya katılan işçilerin yaklaşık 2/3'ü çalıştıkları işten memnun olduğunu belirtmiştir. Türkiye'de değişik işyerlerinde yapılan çalışmalarda ise memnuniyet ağır metal üretim fabrikasında çalışan işçilerde %69,2, termik santralde çalışan işçilerde %65,3 olarak bulunmuştur. Çalışılan işten memnuniyet diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (1,2).

Bu çalışmada işçilerin %61,7'si mesleki eğitim aldığını belirtmiştir ki, işçilerin yaklaşık 2/3'ü meslek/teknik lise mezunu olup bu beklenen bir sonuçtur. Türkiye'de değişik işyerlerinde yapılan çalışmalarda ise metal işçilerinin %71,1'i, maden işçilerinin %63,4'ü, termik santralinde çalışan işçilerin %66,7'si, inşaat işçilerinin %10,9'u, temizlik işçilerinin %14,8'i mesleki eğitim aldığını belirtmiştir (1,3,2,4,5). Değişik alanlarda mesleki eğitim alma sıklıkları değişiklik göstermekle birlikte kamu kuruluşlarında çalışan işçilerin mesleki eğitim alma sıklıklarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Genel olarak Türkiye'de işyerlerinde mesleki eğitim dikkate alınmamakta, bu konu ihmal edilmektedir(5). Ayrıca kamu kuruluşlarında işe alırken meslek/teknik lise mezunlarının seçilmesi bu kuruluşlarda mesleki eğitim alan kişi sıklığını yükseltmektedir.

Türkiye'de değişik işyerlerinde yapılan çalışmalarda inşaat işçilerinin %44,5'i, maden işçilerinin %60,2'si , termik santralde çalışan işçilerin %84,6'sı, işin sağlığına zarar verdiği düşünülen temizlik işçilerinin %19,9'u kişisel koruyucu kullandığını belirtmiştir (4,3,2,5). Bu araştırmaya katılan demiryolu işçilerinin ise %78,9'u kişisel koruyucu kullandığını, bunların da %58,7'si her zaman kişisel koruyucu kullandığını belirtmiştir. Çalışan işçilerin kişisel koruyucu kullanım sıklığı değişiklik göstermektedir. Kişisel koruyucu kullanımının tam olması beklenirdi.

Yapılan çalışmada işçiler meslek hastalığı tanısı almadıklarını belirtmişlerdir. Ancak belirtilen kronik hastalıkların bir kısmı yapılan iş ve işyeri ortamı çalışma koşulları ile ilgili olabilir.

Sonuç ve Öneriler: Araştırma yapılan işyeri ağır ve tehlikeli işyeri kapsamına girmektedir. İşçilere işyerindeki riskler ve korunma yolları ile ilgili dönem dönem eğitimlerin verilmesi yararlı olacaktır.

Katılımcıların büyük bir bölümü işyeri hekiminden yeterli ölçüde yararlandığını belirtmiştir. Ancak işe giriş ve periyodik muayeneler ile ilgili mevcut uygulamaların tekrar gözden geçirilerek, aksaklıklar varsa giderilmesi, uygulamalar yeterli ise işçilerin bu muayenelere güven duymaları sağlanmalıdır.

İşçilerin kişisel koruyucu kullanımına yönelik gerekli önlemlerin alınması, kullanmama sebeplerinin ortadan kaldırılması ve çalışanların iş sağlığı ve iş güvenliği konusunda eğitimlerin artırılması gerekmektedir.

Yapılan çalışmada meslek hastalığı tanısı almış kişi bulunmamaktadır. Ancak belirtilen kronik hastalıkların bir kısmı yapılan iş ve işyeri ortamı çalışma koşulları ile ilgili olabileceği gibi, yapılan iş ve işyeri ortamı çalışma koşulları mevcut olan hastalıkların ilerlemesine neden olabilir. Katılımcıların beyanları doğrultusunda, fabrikada öncelik sırasına göre çalışma ortamı ile ilgili olumsuz etkenlerin ortadan kaldırılması için gerekli önlemlerin alınması faydalı olacaktır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İş sağlığı ve güvenliği açısından işçilerin çalıştıkları ortam ve çalışma şartları bakımından yapılacak düzenlemeler ve alınacak önlemler iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi konusunda faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Demiryolu bakım onarım, İş kazası, İş Güvenliği, İş Sağlığı, Meslek Hastalığı

Kaynaklar:

1. Gülhan B. Bir Ağır Metal Üretim Fabrikasında Çalışanların İş Kazası Geçirme Sıklığı ve İlişkili Etmenler. Yüksek Lisans. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2008.
- 2.Lale S. Tunçbilek ve Soma Termik Santrallerinde Çalışan İşçilerde İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Görülme Sıklığı ve İlişkili Etmenler. Yüksek Lisans. Ankara: Gazi Üniversitesi;2010
- 3.Malkoç C. Tunçbilek ve Soma Maden Kömürü Sahalarında Çalışan İşçilerde İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Görülme Sıklığı ve İlişkili Etmenler. Yüksek Lisans. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2010
4. Yaşar A. Sakarya'da Bir İnşaat Sahasında Çalışan İşçilerin Çalışma Koşulları İle İş Kazası Geçirme Durumları ve İlişkili Etmenler. Yüksek Lisans. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2010
- 5.İlhan M.N, Kurtçebe Ö.Z, Durukan E, Koçar L. Temizlik İşçilerinin Sosyodemografik Özellikleri ve Çalışma Koşulları ile İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sıklığı. Fırat Üniversitesi Dergisi. 2006; 20 (6) : 433 –439.

547

DENİZLİ İLİNDEKİ KAMUYA BAĞLI SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞAN SAĞLIK MESLEK GRUPLARININ GSA-12 PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mine Solakoğlu Uçar, Tuba Karahan, Şükrü Arpacı, Nur Örki, Tahsin Çağlayan, Mehmet Burdurlu, Metin Ece, İbrahim Demirciler, Erdoğan Taş

Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü

Giriş-Amaç: Bu araştırmanın amacı, Denizli ilinde kamuya bağlı sağlık kurumlarında çalışan sağlık meslek gruplarının bazı sosyodemografik özellikleri ile Genel Sağlık Anketi (GSA) 12 puanlarının değerlendirilmesidir.

Gereç- Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırma 28.05.2012-15.06.2012 arasında yürütülmüştür. Araştırmaya en az bir yıldır Denizli'de kamuya bağlı sağlık kurumlarında çalışan (Müdürlük, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi, 112'ler, Devlet Hastaneleri, Ağız Diş Sağlığı Merkezi) tüm meslek grupları dahil edilmiştir. Veriler sosyo-demografik özellikler ve Genel Sağlık Anketi 12'nin bulunduğu soru formu kullanılarak toplanmıştır. GSA likert tipi (0-3) puanlanmış Örneklem seçilmemiş ve evrenin tamamı araştırmaya dahil edilmiştir.Veriler SPSS paket programı ile değerlendirilmiş ve sürekli değişkenler için T testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmanın evrenini Denizli'de kamu kurumlarında en az bir yıldır çalışan 6044 kişi oluşturmaktadır. Araştırmaya Genel Sağlık Anketini eksiksiz dolduran 4946 kişi (%81.8) dahil edilmiştir. Sağlık çalışanlarının ortalama yaşları 35.9±8.0 (18-66) 'dur. Araştırmaya katılanların % 62.4'ü kadın, %70.1'i İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında çalışmaktadır. Araştırmaya katılanların 12.4'ü hekim, % 15.7'si teknisyen grubu, % 29.1'i diğer sağlık çalışanları ve % 42.7'si yardımcı sağlık personelidir. Sağlık çalışanlarının GSA 12 puan ortalamaları 9,9±6.7 (0-36)'dur. Kadınların GSA 12 puanları erkeklerden, hekimlerin GSA 12 puanları diğer sağlık çalışanlarından yüksektir ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. Birinci basamak sağlık çalışanları ile ikinci basamak sağlık çalışanlarının GSA 12 puan ortalamaları arasında önemli bir fark yoktur.

Sonuç: GSA 12 ruhsal belirti taramalarında kullanılan bir ölçektir. Bizim araştırmamızda kadınların ve hekimlerin GSA 12 puanları yüksek olarak bulunmuştur. Sağlık kurumlarında çalışan kadınların ve hekimlerin ruhsal sağlık açısından daha ileri taramalara gereksinimleri bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık Çalışanı, GSA 12, Denizli

913

EDİRNE'DE SÜPÜRGE ÜRETİMİ ÇALIŞANLARINDA SO₂ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ-2012

Ufuk Berberoğlu¹, Erhan Tabakoğlu², Deniz Motör³

¹Trakya Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı Abd. Edirne

²Trakya Üniv.Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları Abd. Edirne

³Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uyg. Merkezi Hemşirelik Hizm.

Giriş ve Amaç: İşyeri ortam havasında bulunan SO₂, çalışanların özellikle solunum sistemini etkileyen bir gazdır. Araştırmada, Edirne'de süpürge üretiminde çalışanların, islemede kullanılan SO₂ den etkilenme durumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitseldir. Edirne'de süpürgeciler sitesinde, 2012 Ocak-Şubat aylarında gerçekleştirilmiştir. Literatürden derlenerek oluşturulan veri toplama formu ile sitede çalışan toplam 25 kişiden veri toplanmıştır. Ayrıca, çalışmaya katılanların solunum sistemi öykü-fizik muayeneleri yapılmış ve Micro lab.3000 taşınabilir spirometri aygıtı ile solunum fonksiyon testleri gerçekleştirilmiştir. Kükürt Dioksit kullanılarak, isleme ve sarartma işleminin yapıldığı odaların iç ortam havasında ise, GasAlertMicro 5 marka cihaz ile SO₂ düzeyi ölçülmüştür. Toplanan veriler, SPSS-15.0 istatistik programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma yapılan dönemde incelenen 25 çalışanın yaş ortalaması 47.6 ± 1.2 (min. 26, maks. 67), işletmede çalışma süreleri 23.3 ± 1.6 (min. 2, maks. 45) yıldır. Günlük çalışma süresi 9 ± 1.3 saattir. 19'unun (% 84) sosyal güvencesi vardır. Sigara içme oranı % 64 (16/25)'dur. Çalışanların hiçbirisi işi ile ilgili ön eğitim almamıştır. % 84'ü (19 kişi), işinde herhangi bir sağlık riski olmadığını, 6 kişi ise (% 16), toz ve SO₂ (Kükürt) olduğunu belirtmiştir. Solunum sistemi öyküsü ve fizik muayene bulgularına göre; Öksürük (% 24), balgam (% 32), nefes darlığı (% 20) ve patolojik solunum sesi (% 20) varlığı saptanmıştır. Çalışanların 8'inde (% 32), solunum fonksiyon testi FEV₁, FVC, FEV₁/FVC, MEF(FEF_{25-75%}) değerlerinde azalma vardır. İşleme odalarında ölçülen SO₂ düzeyi NIOSH standartlarına göre yüksek bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: İşyeri ortam havasında izin verilen değerlerin üzerinde bulunan SO₂, çalışanların sağlığını, öncelikle de solunum sistemini etkilemektedir. Çalışanlar, bu risk etmeni konusunda bilgilendirilmeli ve korunma yöntemlerine ilişkin olarak eğitilmelidir. SO₂'nin yoğun olduğu isleme bölümünde, havalandırma sistemlerinin iyileştirilmesinin yanı sıra, bu bölümde çalışma sırasında, kişisel koruyucu maske kullanılmalıdır.

Anahtar sözcükler : İç Ortam Havası, SO₂, Süpürgeciler, Solunum Fonksiyon Testi

786

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE DÖNEM 5 İŞ SAĞLIĞI VE İŞYERİ HEKİMLİĞİ STAJININ DEĞERLENDİRİLMESİ

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Mustafa N. İlhan, Asuman Tezel, Remzi Aygün, Sefer Aycan, Fatma Nur Baran Aksakal, Seçil Özkan, Mehmet Ali Bumin, Tuğba Özdemirkan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

Giriş-Amaç: İş sağlığı hem toplum sağlığının en önemli bileşeni, hem de hekimlerin mesleki uğraş alanıdır. Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü uzmanlarına göre "İş Sağlığı"; bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmalarını içerir. İşyeri hekimliği, hekimlik bilgi ve becerilerinin iş alanında uygulandığı bir halk sağlığı dalıdır. Çalışanların ruh ve beden sağlıklarını işyerlerinin olumsuz etkilerinden korumak, iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı önlem almak, onların rahat ve güvenli ortamlarda çalışmalarını sağlamak ve sağlıklarını geliştirmek işyeri hekimlerinin sorumluluğundadır.

İşyeri hekimliği, sanayi devrimi ile birlikte ortaya çıkan ve genel hekimlik mesleğinden farklı nitelikler taşıyan bir alandır. İş sağlığı alanındaki sağlık hizmetlerini yürütecek hekimlerin yeterli temel bilgi ve beceriye sahip olması için sağlık ve güvenlik kuralları ile ilgili konularda eğitim alması gerekmektedir (Şafak, Yertutan 1992). İşyeri hekimliği mesleğinin sadece mezuniyet sonrası eğitim programlarıyla yerine getirilmesi mümkün değildir. Bu nedenle, tıp eğitimi sırasında genel tıp bilgisinin yanı sıra iş sağlığı konusunda da eğitim alınması gerekmektedir.

Ülkemizde, tıp eğitimi sırasında, iş sağlığı ve işyeri hekimliği konularına genellikle Halk Sağlığı komite ve stajı içerisinde teorik ağırlıklı, sınırlı sürede yer verilmektedir. İş sağlığı ve işyeri hekimliği alanında hekimlerin yeterli temel bilgi ve beceriye sahip olması için pratik uygulamalara da yer verecek şekilde eğitim içeriği ve süresinin geliştirilmesi önem arz etmektedir. İş sağlığı ve işyeri hekimliği alanında verilecek eğitimlerin değerlendirilmesi, bu konudaki eğitim programlarının eksikliklerinin giderilmesi ve geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmanın amacı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından ilk kez verilmekte olan İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Stajı'nı alan Dönem 5 öğrencilerinin staj memnuniyetleri, mesleki uygulamaya sağlayacağı katkının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2011-2012 eğitim-öğretim yılında Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından verilmekte olan İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Stajı'nı seçen Dönem 5 öğrencilerinin katılımıyla yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 2011-2012 eğitim öğretim yılında İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Stajı'nı seçen 86 Dönem 5 öğrencisi oluşturmaktadır. Evrenin tamamı çalışma kapsamında incelenmiştir. Katılımcılara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, olurları alındıktan sonra çalışma kapsamına dahil edilmiştir.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde genel tıp eğitimlerine devam etmekte olan Dönem 5 öğrencileri Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Stajı ile 1. ve 5. gün Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalında, 2. gün İşyeri Hekimliği/İşyeri Ortak Sağlık Biriminde, 3. gün Meslek Hastalıkları Hastanesinde, 4. gün İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezinde olmak üzere teorik ve pratik içerikli 5 gün süren öğrenim görmektedirler. 5. Gün Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda stajın geneli değerlendirilmektedir.

Öğrencilerin her bir staj gününü ve stajın genelini değerlendirdikleri, bilim dalınca geliştirilen anket formu gözlem altında uygulanmış olup bir anketin uygulama süresi ortalama 5 dakikadır. Bu anket formu ile stajyerlerin eğitimcilerin iletişimi, fiziki ortam, içerik ve süreden memnuniyetleri, stajın mesleki uygulamaya katkısı, işyeri hekimliği yapma istekleri, iş sağlığı alanında çalışma istekleri ve önerileri değerlendirilmiştir.

Eğitimcilerin iletişimi, fiziki ortam, içerik ve süreden memnuniyetleri memnun değil, orta, çok memnun şeklinde sorgulanmıştır. Memnun değil 1 puan, orta 2 puan, çok memnun 3 puan olarak puanlandırılmıştır. Katılımcıların memnuniyetleri en az 4, en fazla 12 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Veriler SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra gruplar arasındaki farkın saptanmasında normal dağılıma uygunluk testleriyle değerlendirme sonrasında nonparametrik testlerden Wilcoxon Signed Ranks ve Kruskal-Wallis Testleri

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kullanılmıştır. Veriler ortalama(\pm)standart sapma, frekans dağılımı yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamında İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Stajı'nı seçen 86 Dönem 5 öğrencisinin staj memnuniyeti ve mesleki uygulamaya sağlayacağı katkı değerlendirilmiştir.

Eğitimcilerin iletişiminden öğrencilerin 1. gün %80.0'ı, 2. gün %88.4'ü, 3. gün %84.0'ı, 4. gün %86.0'ı, 5. gün %79.5'i çok memnun olduklarını, 1. gün %15.3'ü, 2. gün %9.3'ü, 3. gün %13.6'sı, 4. gün %9.3'ü, 5. gün %18.1'i orta düzeyde memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Fiziki ortamdaki öğrencilerin 1. gün %63.5'i, 2. gün %83.7'si, 3. gün %71.3'ü, 4. gün %69.4'ü, 5. gün %67.5'i çok memnun olduklarını, 1. gün %31.8'i, 2. gün %16.3'ü, 3. gün %23.8'i, 4. gün %24.7'si, 5. gün %27.7'si orta düzeyde memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Staj programının içeriğinden öğrencilerin 1. gün %77.6'si, 2. gün %79.1'i, 3. gün %76.3'ü, 4. gün %68.6'sı, 5. gün %73.5'i çok memnun olduklarını, 1. gün %16.5'i, 2. gün %19.8'i, 3. gün %21.3'ü, 4. gün %26.7'si, 5. gün %25.3'ü orta düzeyde memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Staj programının süresinden öğrencilerin 1. gün %75.3'ü, 2. gün %74.4'ü, 3. gün %85.0'ı, 4. gün %82.6'sı, 5. gün %74.7'si çok memnun olduklarını, 1. gün %18.8'i, 2. gün %20.9'u, 3. gün %15.0'ı, 4. gün %11.6'sı, 5. gün %22.9'u orta düzeyde memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

"Bu stajın mesleki uygulamanıza katkı sağlayacağını düşünüyor musunuz?" Sorusuna öğrencilerin %93.0'ı evet, %5.8'i belki yanıtını vermiştir.

Öğrencilerin %34.9'u işyeri hekimliği yapmak istediğini %47.7'si bu konuda kararsız olduğunu, %17.4'ü işyeri hekimliği yapmak istemediğini belirtmiştir.

Öğrencilerin %36.0'ı iş sağlığı alanında çalışmak istediğini, %46.5'i bu konuda kararsız olduğunu, %17.5'i bu alanda çalışmak istemediğini ifade etmiştir.

Öğrencilerin eğitimcilerin iletişimi, fiziki ortam, içerik ve süreden memnuniyetlerinin ortalama puanı ilk 4 gün için 10.9 ± 1.3 , staj geneli için 10.8 ± 1.7 , ilk 4 gün için ortanca 11.7 (6.5-12), staj geneli için ortanca 12 (5-12)'dir. İlk 4 günün ortalaması ile staj geneli ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.366$).

Stajın mesleki uygulamaya katkı sağlayacağını düşünen öğrencilerin eğitimcilerin iletişiminden, fiziki ortamdaki, içerikten ve süreden memnuniyetlerinin staj geneli için ortalama puanı 6.9 ± 1.6 olup staj geneli için ortalama memnuniyet puanı ile stajın mesleki uygulamaya katkı sağlayacağını düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.179$).

İşyeri hekimliği yapmak istediğini ifade edenlerin eğitimcilerin iletişiminden, fiziki ortamdaki, içerikten ve süreden memnuniyetlerinin staj geneli için ortalama puanı 7.0 ± 1.7 olup işyeri hekimliği yapmak isteme durumu ile staj geneli için ortalama memnuniyet puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.335$).

Önerilerde bulunan öğrencilerin %73,3'ü staj süresinin, %17.5'i, pratik uygulama sürelerinin, %9.2'si uygulama yapılan yerlerin artırılması gerektiğini belirtmiştir.

Tartışma: İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Stajı'nı seçen 86 Dönem 5 öğrencisinin katılımıyla yürütülen bu çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğu eğitimcilerin iletişiminden, fiziki ortamdaki, içerik ve süreden çok memnun oldukları saptanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Öğrencilerin büyük çoğunluğu stajın mesleki uygulamaya katkı sağlayacağını ifade etmiştir. Bu veriler ışığında stajın amacı doğrultusunda yürütüldüğü ve hekim adaylarının eğitimlerinde istenen sonucu sağladığı düşünülebilir.

Öğrencilerin 1/3'ü işyeri hekimliği yapmak, iş sağlığı alanında çalışmak istediğini, yaklaşık yarısı kararsız olduğunu belirtmiştir. Halk sağlığı ve iş sağlığı gibi uygulama alanları tanıtıldığında gerek hekimler gerekse toplum için oldukça öğretici ve yararlı olacağını düşündürmektedir.

Sonuç-Öneri: Ülkemizde İş Sağlığı ve Güvenliği konusunda yapılan yasal düzenlemeler, uygulamaların yaygınlaştırılması çabaları, çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesinin artan önemini ortaya koymaktadır. Bütün mesleklerde çalışanların sağlıklarının en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmalarını hekimlerin sorumluluğundadır. Hekimlerin bu sorumluluklarını çağdaş sağlık hizmetleri anlayışı ile yerine getirebilmeleri için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir.

Tıp eğitimi sırasında İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği'ne daha fazla yer verilmesi hekimlerin bu alanda temel bilgi ve beceriye sahip olmasına katkı sağlayacaktır. Verilen eğitimlerin değerlendirilmesi eğitim programlarının geliştirilmesinde faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: iş sağlığı, işyeri hekimliği, tıp eğitimi

Çıkar Çatışması: Yazarların konuyla ilgili olarak herhangi bir kurum, kuruluş ve/veya yazar ile maddi veya manevi bir çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Kaynaklar:

1. Bilir N., İş Sağlığı. (İçinde: Bertan M., Güler Ç., Halk Sağlığı Temel Bilgiler), Ankara, 2006
2. Akbulut T., İşçi Sağlığına Giriş, (İşyeri Hekimliği Ders Notları içinde, Editör: Akbulut T.), 6. Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayını, No:011/01, 45, Ankara, 2001.
3. Akbulut T., İş Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları, Sistem Yayıncılık, Birinci Basım, Nisan 1994.

761

GEÇİCİ KADIN ORMAN İŞÇİLERİNİN ÇALIŞMA VE YAŞAM KOŞULLARI VE BUNLARDAN KAYNAKLANAN SORUNLARI

İlknur Nayır¹, Ceyhan Göl²

¹Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

²Çankırı Karatekin Üniversitesi Orman Fakültesi Havza Yönetimi ABD.

Giriş ve Amaç: Az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde işsizlik, eğitim ve sağlık en önemli toplumsal sorunlardır. Kırsal bölgelerde tüm bu sorunlar yanında kadınların aile içindeki konumu, toplumsal statüsü ve diğer sorunları dikkat çekmektedir (Yıldırak ve Ark. 2009). Orman işçiliği tüm dünyada 3D olarak tanımlanan (difficult, dirty, dangerous) işler grubunda yer almaktadır (ILO, 1998). Türkiye genelinde orman işleri sosyo-ekonomik olarak gelişmemiş bölgelerden gelen göçebe işçiler tarafından yapılmaktadır. Özellikle orman içi ve bitişğinde yaşayan toplumlarda, kadın ve çocuklar en büyük zorluğu yaşamaktadırlar. Kadınlar, çalışma ortamında bulunan pek çok faktöre karşı erkeklere oranla daha duyarlıdırlar ve bu nedenle özel olarak korunmaları gerekmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ülkemizde de kadınların iş ortamındaki tehlikelerden özel olarak korunmaları gereği, bir anayasa hükmü olarak bulunmaktadır (Bilir 1997). Tüm bu nedenlerle, bu çalışma ormancılık sektöründe istihdam edilen kadınların çalışma ve yaşam koşulları ve bunlardan kaynaklanan sorunlarını ortaya koymak amacıyla yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel tipte olup evrenini Ankara Orman Bölge Müdürlüğü, Çankırı Orman İşletme Müdürlüğüne bağlı Yapraklı, Sarıkaya ve Şabanözü bölgelerinde orman işçiliği yapan 47 kadın işçi oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyerek tüm evren ile görüşülmüştür.

Veriler, kadın orman işçilerinin sosyo-demografik özelliklerini, çalışma ve yaşam koşullarını ve bunlardan kaynaklanan sorunlarını belirlemeye yönelik araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan toplam 50 soru içeren anket formu kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin toplanması için Çankırı Orman İşletme Müdürlüğünden gerekli izin alınmış ve işçilere araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden işçilerin sözel onamları alınarak araştırmaya gönüllü katılımları sağlanmıştır. Verilerin toplanmasında, sorulara objektif ve doğru cevaplar alabilmek için kişilerle gruplardan ayrı olarak yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır.

Veriler araştırmacılar tarafından SPSS For Windows 15 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplamalar kullanılmıştır.

Bulgular: Ankete katılan işçilerin tamamı Adana, Mardin ve Urfa'dan göç etmişlerdir. İşçiler, orman işleri sezonunda tüm aileleri ile birlikte göç etmekte ve sezon sonunda köylerine geri dönmektedirler. Araştırmaya katılan kadınların; %6.4'ü 15 yaş altı, %93.6'sı 15-64 yaş aralığında ve %61.7'si evlidir. Kadın işçiler ormanda, yükleme (%60.6), istifleme (%51.5) ve kabuk soyma (%27.3) işlerinde çalışmaktadır. Kadınların büyük çoğunluğu (%70.2) eşleri ile birlikte ormanda çalışmalarına rağmen yaklaşık yarısı (%45.5) aile bütçesine katkıları olmadıklarını belirtmişlerdir.

İşçilerin herhangi bir şekilde iş kazası geçirmesi, meslek hastalığına yakalanması durumunda %25'inin herhangi bir sosyal güvencelerinin olmadığı görülmüştür.

Ankete katılanların tamamı çadırlarda konaklamaktadır. Çadır yerleşim yerlerinde altyapının olmaması nedeniyle tuvalet, banyo, yemek yapımı ve ev temizliği gibi doğal ihtiyaçların bile giderilmesinde sorun yaşanıldığı belirlenmiştir. Orman işçilerinin yerleştikleri alanlarda en büyük sorunlarından biri içme ve kullanma suyunun teminidir. Araştırma grubunun %36.2'si kaldıkları bölgede içme ve kullanma suyunu mahallede bulunan çeşmeden ve %27.7'si de tankerlerle su taşıyarak temin ettiklerini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılanların %80.9'u yerleşim yerlerinde tuvalet ve banyo olmadığını ve kendi imkanları ile banyo oluşturduklarını belirtmişlerdir. Banyo ve sıcak su teminin zorluğundan dolayı %51.1'i yalnızca haftada 1 kez banyo yapabildiklerini ifade etmişlerdir.

Kadınların, neredeyse tamamı (%97.9) beslenme ile ilgili sorun yaşadıklarını belirtmiş ve en önemli ilk üç sorunu; yemeklerin pişirilmesi (%47.8), yiyeceklerin saklanması (%56.5) ve yiyeceklerin temizliği (%13.0) olarak ifade etmişlerdir.

Kadın işçilerin yaklaşık yarısı (%43.2) çalışma faaliyetleri sırasında bedenlen zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Kadınlara işyeri ve çalışma nedeni ile herhangi bir kaza geçirip geçirmedikleri ve hastalıklarının bulunup bulunmadığına ilişkin soruya % 27.3'ü yaptıkları iş nedeniyle kaza yaşadığını ve %75.5'i de iş ve çevre koşulları nedeniyle rahatsızlandıklarını belirtmişlerdir. En sık karşılaşılan kazaların, tomruk-odun çarpması (%66, 7), kayıp-düşme (%22,2) olduğu belirlenmiştir. Kaza yaşayanların %33.3'ü kaza sonrası müdahale için en yakın sağlık kurumuna gittiklerini, %11.1'i müdahaleyi kendilerinin yaptığını ve %55.6'sı da kaza sonrası meydana gelen yaralanmayı önemsemediklerini ifade etmişlerdir. Meydana gelen bu kazaların nedenleri incelendiğinde araştırma grubunun belirttiği ilk iki neden dikkatsizlik (%52.3), bilgisizlik/egitimsizlik (%59.2)'tir. İş ve çevre koşulları nedeniyle hastalık yaşadıklarını ifade edenlerin en sık belirttiği fiziksel rahatsızlıklar ise sırt ve bel ağrısı (%88.0), kol ve

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

bacaklarda uyuşma hissi (%40.0), ayakta üşüme ve soğukluk hissi (%20.0)'dir.

Araştırmaya katılan kadınların tamamı yaşadıkları yerde sorunlar yaşadıklarını ve yaşadıkları en önemli sorunların suyun yokluğu ve su temininde zorluk yaşamaları (%74.5) ve banyo ve tuvaletin olmayışı (%23.4) olarak belirtirken, %83.2'si suya, %37.8'i elektriğe ve %20.9'u da sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler;

Ormancılıkta çalışan işçilerin tamamı çadırlarda konaklamaktadır.

Yaşam alanlarında tuvalet, banyo ve çamaşır yıkama yerlerinin bulunmaması, içme suyu temininde güçlük çekmeleri, temizlik ve sağlık açısından sakıncalar yaratabilmektedir. Ayrıca yaşam alanlarının il ve ilçe merkezlerine uzak olması sağlık hizmetlerden yararlanmalarını zorlaştırmakta ve acil durumlarda erken müdahale şansını ortadan kaldırmaktadır. Bu koşullar, bulaşıcı

hastalıkların daha çabuk yayılmalarına, insanların hastalıklara karşı direnç gösterememelerine, hastalanmaları durumunda ise sağlıklarına kısa sürede yeniden kavuşamamalarına neden olabilir.

Dıştan gelecek her türlü tehlikelere açık olan bu yaşam biçiminin giderilebilmesi için, elektrik, su, tuvalet, banyo gibi zorunlu ihtiyaçlarını karşılayacak alt yapı koşullarının sağlanması ve düzenli sağlık kontrollerinin yapılabilmesi için gezici ekiplerle temel sağlık hizmetlerini veren birimlerin oluşturulması önerilebilir

(Yıldırak ve Ark. 2009, Özden ve Ark. 2011).

İşçilerin büyük çoğunluğunun çeşitli sağlık sorunlarının olduğu ve en sık görülen sağlık sorunlarının sırt ve bel ağrısı, kol ve bacaklarda uyuşma hissi, ayakta üşüme ve soğukluk hissi olduğu belirlenmiştir. Orman işçilerinin sağlığı üzerine yapılan başka bir çalışmada, bu çalışma bulgularına benzer olarak çalışma alanındaki orman işçilerinde sırt ağrılarının ve romatizmalı ağrıların ilk sıraları aldığı tespit edilmiştir (Acar ve Şentürk, 1999). Araştırmaya katılan işçilerin %27.3'ü meslek yaşamları boyunca en az bir kaza yaşamışlardır. Yapılan benzer bir çalışmada da, işçilerin %56.6'sının meslek yaşamları boyunca en az bir iş kazası yaşadıkları ve en sık karşılaşılan ilk üç kaza şeklinin bu çalışma bulgularına benzer olarak kesilen ağaç çarpması (%81.1), kayıp düşme (%69.6) ve tomruk, odun ve başka bir parçanın çarpması (%64.5) olduğu belirtilmiştir (Enez, 2008). Bu kazaların daha çok dikkatsizlik, aşırı yorgunluk, bilgisizlik/egitimsizlik nedeniyle meydana geldiği sonucuna varılmıştır. Eğitim ve bilgisizlik sonucu meydana gelebilecek kazalar gerekli eğitimle önlenabilir. Sonuç olarak; işçilerin iş kazaları ve meslek hastalıkları ile karşılaşmalarının azaltılabilmesi ve orman işçilerinin yaşam kaliteleri ve iş verimlerinin artırılabilmesi amacıyla, sağlık açısından uygun olmayan barınma koşulları, yetersiz sosyal güvenlik uygulamaları, kötü çalışma koşullarının, sağlık hizmetlerinden uzak çalışma sisteminin düzenlenmesi ve sorunların çözümüne yönelik düzenlemelerin yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Orman işçisi, işçi sağlığı, kadın işçi.

Kaynaklar:

1. Acar H. H. ve Şentürk N (1999). "Artvin Yöresindeki Orman İşçilerinde İşçi Sağlığı Üzerine Bir Araştırma", İstanbul Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi, A, 49, 1, İstanbul, 25-38.
2. Bilir N (1997). "İş Sağlığı", İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Edt: Bertan M, Güler Ç, Güneş Kitabevi, Ankara.
3. Enez K. 2008. Ormancılıkta Üretim İşçiliğinde Antropometrik Verilerin Ve Çalışma Duruşlarının Kaza Risk Faktörleri Olarak Değerlendirilmesi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Trabzon.
4. ILO, 1998. Code of practice on safety and health in forestry work (ILO Geneva 1998)

5. Özden S., Nayır İ., Göl C., Ediş S., Yılmaz H (2011). Health problems and conditions of the forestry workers in Turkey. African Journal of Agricultural Research 6(27): 5884-5890.
6. Yıldırık N., Gülçubuk B., Gün S., Olhan E., Kılıç M (2009). Türkiye’de gezici ve geçici kadın tarım işçilerinin çalışma ve yaşam koşulları ve sorunları. Erişim Adresi: http://www.agri.ankara.edu.tr/economy/1189_1205793629.pdf.

414

GEMİ GERİ DÖNÜŞÜMDE ÇALIŞANLARIN İŞ KAZASI VE OLASI MESLEK HASTALIKLARI DURUMU VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Nefise Burcu Ünal

TC Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı- İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü

Eski adıyla “Gemi söküm”, şimdi sektör tarafından kullanımı tercih edilen yeni adı ile “Gemi geri dönüşüm” işi başta asbest olmak üzere birçok kimyasal atığın ortaya çıktığı, çalışanların pek çok tehlike ile karşı karşıya kaldığı ulusal mevzuata göre ağır ve tehlikeli işler kapsamında olan bir sektördür. Ülkemiz üç tarafı denizlerle çevreli olduğu, deniz taşımacılığı alanında yüzyıllardan beri etkili çalışmalarda bulunduğu için ve geniş gemi filolarına sahip deniz ülkelerine komşu olması bakımından bu sektöre doğal olarak kayıtsız kalamamaktadır.

Araştırmamızda gemi geri dönüşüm sektörünün iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili durum tespitinin yapılması, çalışma şartlarının iyileştirilmesine yönelik önerilerin ortaya konmasına özen gösterildiği bir tez çalışması hedeflenmiştir. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sektörde yapılan çalışanlara yönelik ilk saha araştırmalarından biri olması yönüyle, bu çalışmayla dünyada ve Türkiye’de bu alandaki bilimsel çalışma açığının bir miktar kapatılması beklenmektedir.

Bu araştırma, Temmuz 2010- Aralık 2010 tarihleri arasında uygulanmış “Kesitsel Tanımlayıcı” tipte bir araştırmadır. Araştırmanın katılımcılarını gemi geri dönüşüm sektöründeki tüm çalışanlar oluşturmaktadır. Toplamda GEMİSANDER verilerine göre yapıldığı sırada (günübirlik değişmekle birlikte) 730 kişi çalışmakta olup 256 kişiden yüzyüze yapılan anketle veriler toplanmıştır.

Yöntem olarak Aliağa Söküm Bölgesinde ağır ve tehlikeli işler sınıflamasına giren işletmelerde çalışanların iş kazası geçirme durumları ve olası meslek hastalıklarına yakalanma ile ilgili olduğu düşünülen veriler anket çalışması ile toplanarak istatistiki analiz methodları ile değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 15,0 istatistiksel analiz programına yüklenerek değerlendirilmiştir. Veriler ortalama±standart sapma, frekans dağılımı yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel analizde değişkenler için Ki-kare ve Fisher testi kullanılmıştır. P<0,05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular, sosyo-demografik özellikler ve çalışma ortamı ile iş kazası ve meslek hastalıkları ile ilgili bulgular olmak üzere iki bölümde ortaya konulmuştur. İlk bölümde anket çalışmasında sosyo-demografik özellikler ve çalışma ortamına ilişkin veriler tablolar halinde gösterilmiştir. Ankete katılan gemi geri dönüşüm sektöründe çalışanların yaş ortalaması 36,04 ± 9,29, ortancası 35’tir. Çalışanların cinsiyet dağılımı %95,3 erkek ve %4,7 kadın olarak gözlenmektedir. Kadınlar sadece ofiste ve diğer diye belirtilen mutfak işlerinde çalışmaktadırlar. Çalışanların yaklaşık %57’si ilkökul mezunu, terk veya okuryazar olmayıp sadece %5,5’i meslek lise mezunudur. Katılımcıların %52,7’sinin sigara kullanıcısı olduğu, %6,3’ünün sigara tüketimini bıraktığı; %31,6’sının alkol kullanıcısı olduğu, %0,8’inin ise alkol tüketimini bıraktığını görülmektedir. Günlük sigara kullanımı 18,41± 9,72 adet ve kullanım süresi 14,18± 8,79 yıl olarak hesaplanmıştır. % 8,6’sı 1 yıldan fazla süren kronik hastalığı olduğunu belirtirken sadece %3,5’i meslek hastalığı şüphesi olan hastalıkları olduğunu beyan etmiştir. Belirtilen kronik sağlık sorunları içinde en çok ülser (%13,6), bel fıtığı (%13,6) ve astım (%13,6) yer almaktadır. Gemi geri dönüşüm çalışanların günlük çalışma saatleri ortalamaları 7,81 saat ve haftada 6 gündür. İşçiler ortalama 10,01±9,19 yıldır sektörde çalışmaktadır. Çalışanların %50’si daha önce benzer sektörlerde çalışmış olup benzer sektörel iş yaşamında çalışma süresi ortalamaları 7,97±7,35 yıldır. Ofiste çalışanlar dışındakilerin (sahada çalışanlar) çalıştıkları bölüm/ birimler %49,3’ü kaynaklı kesim, %33,8’i diğer, %10,0’u iş ekipmanı kullanma, %5,9’u atık toplamadır. Gemi geri dönüşüm çalışanlarının ağırlıklı olarak %34’ü kaynakla kesimci, %30,1’i diğer,%13,7’si düz

işçi, %8,2'si vinç operatörü, %7,4'ü ustabaşı olarak çalışmaktadır. Çalışmakta olduğu işten çok memnun olanlar %10,9 ve memnun olanlar %70,7, memnuniyetsiz olan ve hiç memnun olmayanlar sadece %2'dir. Ankete katılan geri dönüşüm sektörü çalışanlarından işe başlamadan iş ile ilgili eğitim aldıklarını söyleyen % 64,1 iken işe başlarken İSG eğitimi aldıklarını söyleyen % 69,1, ilkyardım konusunda eğitim aldıklarını söyleyen % 75,3, KKD ile ilgili eğitim veya talimat aldıklarını söyleyen % 85,2, işveren tarafından eğitim verildiğini söyleyen % 86,3'tür. Çalışırken kullanılan KKD kullanım durumu ile kullanmıyor ise nedeni ve kullanıyorsa bazen mi daima mı kullandığı, işçinin işini yaparken kullanmasının gerektiğini düşünüp düşünmediği sorgulanmıştır. İşine ve birimine KKD'nin gerekip gerekmediği sorgulanan KKD'ler sırasıyla; koruyucu baret, koruyucu gözlük, koruyucu kulaklık, koruyucu eldiven, koruyucu giysi, koruyucu maske, koruyucu ayakkabıdır. İş kazası ve meslek hastalıkları ile ilgili bulgular bölümünde ise çalışanlardan bu sektörde iş kazası geçirenler % 23, son bir yıl içinde iş kazası geçirenler %5,1, son yılda 2 inci kez kaza geçirenler %0,8 olarak saptanmış; bu durumu iş kazası sıklığı (100.000 işçide) olarak değerlendirirsek 5100 ve 800 olarak bulunmuştur.

Tartışma bölümünde elde edilen verilerin Türkiye'deki benzer sektörlerde yapılan çalışmalarla karşılaştırılması ve resmi istatistiklere göre anlamlılığının değerlendirmesi yapılmıştır. Örneğin; karşılaştırma yapılan diğer çalışmalara göre gemi geri dönüşüm sektörü de metal sektörü içinde düşünüldüğünden metal işçileri ortak paydasında düşünüldüğünde çalışan yaş ortalamaları çok yakındır. Ayrıca, çalışmamızda olduğu gibi, yıllar içinde çalışanların sigara içme sıklığının düşmesi, Türkiye için yeni bir oluşum olan sigara içme yaşının yaygınlaşması ile bağlantılı olabilir. Çalışmamızda olduğu gibi, çalışanların sigara içme oranı Türkiye oranı ile benzer olmakla beraber sigara kullanımında bir gerileme olduğu görülmüştür. Yapılan ankette bu sektörde iş kazası geçirenler % 23, son bir yıl içinde iş kazası geçirenler %5,1, son yılda 2inci kez kaza geçirenler %0,8 olarak saptanmıştır. 2009 yılı SGK istatistikleriyle iş kazası sıklığı olan 712 ile karşılaştırıldığında gemi geri dönüşümde son bir yıl için 5100 ve son yılda 2inci kez 800 (100.000 işçide) çıkmıştır ki anlamlı olduğu düşünülmektedir. Ağır ve tehlikeli işler sınıfına giren mesleki riskleri yoğun olan sektörde çalışanların diğer çalışanlara göre daha sık iş kazası geçirmesi beklenmektedir. Başlamadan eğitim aldığını, işe başlamadan İSG eğitimi aldığını, KKD ile ilgili eğitim ve da talimat aldığını ve işveren tarafından eğitim aldığını söyleyen çalışanların iş kazası geçirme durumu ilişkilerinde anlam saptanmamıştır. Bu durumda eğitimin farkındalık yarattığını söylemek zor olmakla birlikte İSG ile ilgili eğitim oranının daha önceki akademik çalışmalara göre yüksek çıkması sevindirici bir durum olarak gözlemlenmiştir. Eğitim ile İSG bilincinin artırılması isteniyorsa; özellikle çalışma şartları ve sektör özelinde uygulamalı ve yetişkin eğitiminde iz bırakacak ileri eğitimcilerin eğitimi teknikleri ile eğitim programlarının hazırlanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmamız sonucunda iş kazalarının nedeni ağırlıklı olarak dikkatsizlik, kişisel nedenler, yeterli güvenlik tedbirlerinin alınmaması ve kişisel koruyucu donanım kullanılmaması olarak bulunduğu öncelikli olarak çalışanlara yönelik mesleki, iş sağlığı ve güvenliği kültürünü yaygınlaştıracak uygulamalı yetişkin eğitimleri ile düzeltilmelidir. Önerilerimiz; düzenli ortam ve kişisel maruziyet ölçümlerinin yaptırılması, sigara kullanım alışkanlığı ile mücadele edilmesi, risk değerlendirme çalışmalarının sektörün şartlarına göre güncellenmesi kişisel koruyucu donanım kullanımını arttıracak tedbirler alınması yönündedir.

Anahtar Sözcükler: İş sağlığı ve güvenliği, gemi geri dönüşüm, risk değerlendirme.

826

KAYSERİ İLİ 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞANLARDA SAĞLIK TARAMASI

Selma Durmuş¹, Ahmet Öksüzkaya¹, Elçin Balci², Şevket Murat Apaydın³

¹Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü

²Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı AD

³Kayseri Asker Hastanesi

Giriş ve Amaç: Sağlık hizmetlerinde çalışanlar, çalışma ortamlarından ötürü başta enfeksiyon ajanları olmak üzere pek çok riskle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu açıdan, çalışan personelin sağlık taramalarının yapılması; gerek çalışanların sağlığının korunması gerekse bulaşıcı hastalıklar yönünden izlem, erken teşhis ve riske maruz

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kalabilecek personelin immunizasyonu sağlamak adına yararlı bir yaklaşım olmaktadır. Sağlık hizmet sunumunda 112 acil sağlık istasyonlarında çalışan personel, beklenmedik durumlarda ortaya çıkan olgulara acil müdahale etmeleri bakımından bu konuda öncelikli durumda bulunmaktadır. Bu nedenle hepatit B, tüberküloz ve diğer bulaşıcı hastalıklardan bu alanda çalışanların korunması esastır (1-3). Araştırma da; acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin sağlık tarama sonuçlarının değerlendirilmesi ile sağlık düzeylerini belirlemek, immunizasyon durumunu saptamak ve aşı eksikliği olanları aşılama programına almak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı olarak Kayseri ilinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 15 Nisan-15 Mayıs 2012 tarihleri arasında 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde çalışan toplam 279 personel oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçimi yapılmamış; hastalık, doğum izni ve askerlik durumu gibi nedenlerle görevde olmayanlar hariç toplam 247 (% 88.5) çalışan araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma grubunda bulunanların 225'i sağlık çalışanı olup, 22'si temizlik personeli olarak görev yapmaktadır. Tüm çalışanlar tarama, yararları ve sonuçların gizliliği konusunda bilgilendirilerek, öykü, fizik muayene ve laboratuvar sonuçları değerlendirilmiş, sağlık sorunu bulunanların uygun birimlere sevkı sağlanmıştır. Çalışanların öyküsünde; sosyodemografik bilgileri, hastalık ve alerji durumları, sigara kullanımları boy kilo bilgileri yer almıştır. Tüm çalışanlardan kan örnekleri alınarak HbsAg, AntiHbs, AntiHAV, HIV, Anti HCV düzeyleri, tam kan sayımı, biyokimya testleri, tiroit fonksiyon testleri, folik asit, B12 vitamin testleri yaptırılmıştır. Verem Savaş Dispanseri'nde akciğer grafisi ve tüberkülin cilt testi (TCT) yapılması sağlanmıştır. Şoförlere de ayrıca göz muayenesi yapılmıştır. Yapılan kan tahlillerinde Eğitim Araştırma Hastanesi laboratuvar referans aralıkları göz önüne alınmıştır. BKİ için, Dünya Sağlık Örgütü referans değerlerine göre 18.5'in altında olanlar 'zayıf', 18.5-24.9 arasında olanlar 'normal', 25.0-29.9 arasında olanlar 'kilolu' ve 30.0 ve üzerinde olanlar obez olarak tanımlanmıştır. Hemogloblin değeri 12-16gr/dL normal, bu değer altı anemi olarak kabul edilmiştir. B12 için 211-911pg/mL, folik asit 5-16ng/ml, TSH 0.5-4.7mIU/mL normal referans değerleri kabul edilmiştir. LDL-Kolestereol 135mg/dL'nin, Trigliserid 150 mg/dL'nin üstü yüksek değer olarak kabul edilmiştir. Tüberkülin cilt testi (TCT) değerlendirmesinde, Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı, Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı esas alınarak yapılmış; BCG'sizlerde 0-5 mm negatif, 6-9 mm şüpheli, 10 mm üzeri pozitif olarak kabul edilmiş. BCG'lilerde 0-5 mm negatif, 6-14 mm BCG'ye atfedilip, 15 mm ve üzeri pozitif, infeksiyon olarak kabul edilmiştir(7).

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik hesaplaması ve khi-kare testi kullanılmış, $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 33.4 ± 9.5 (min:19, mak: 62) olup; % 51.4'ünün erkek, % 48.6'sının kadın olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunun % 41.3'ü Acil Tıp Teknisyeni (ATT), % 13.8 hekim, % 13.8'i şoför, % 11.3'ü paramedik, % 6.9'u sağlık memuru, % 1.2'si hemşire, % 2.8'i diğer sağlık çalışanları (çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi teknolog gibi) ve % 8.9'u da temizlik personelinden oluşmaktadır.

Araştırmada çalışanların %14.6'sında alerji öyküsü olduğu, alerji öyküsü bulunanlar arasında ilaç (% 19.4), gıda (% 16.6) ve böcek (% 13.8) ve lateks (% 8.3) alerjilerinin ilk sıralarda yer aldığı bulunmuştur. Personelin %19.8'inin her gün ilaç kullanımı gerektiren bir kronik hastalığa sahip olduğu, % 24.7'sinin ise geçirilmiş bir operasyon öyküsü bulunduğu saptanmıştır. Çalışanların % 36.8'i kilolu, %11.3'ü obez olarak belirlenirken, % 23.5'inin LDL düzeyinin, % 30.8'inin trigliserit düzeyinin normal sınırların üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda sigara içme oranı %34.8 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %1.6'sında HbsAg pozitif, %76.9'unda AntiHbs pozitif, %82.6'sında AntiHAV pozitif tespit edilmiştir. Çalışanların %15.0'inin üç doz hepatit aşı yaptırması gerekliliği yapılan tahlil sonuçları ile saptanmıştır. Grubun tamamının HIV testi negatif bulunmuştur.

Katılımcıların %7.3'üne alerji öyküsü, ilaç kullanımı ve gebelik hali nedeniyle TCT yapılmamıştır. Katılımcıların %18.7'sinin test sonucu 15 mm ve üzeri bulunmuş olup ister BCG'li ister BCG' siz olsun TCT pozitif olarak değerlendirilmiştir. Şüpheli vakalardan alınan balgam kültürlerinin tamamı (%1.6) negatif olarak saptanmıştır.

Araştırma grubunun %8.1'inin kan hemogloblin düzeyi "anemik" düzeylerde belirlenmiştir. Cinsiyet ile hemogloblin düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup hemogloblin düzeyi düşük olanların tamamının kadın olduğu saptanmıştır ($X^2:24.29$ ve $p<0.01$)

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Katılımcıların %95.5'inin TSH düzeyinin normal sınırlarda olduğu bulunmuştur. Şoförlerin göz muayene sonuçlarına göre %10.2'sinde görme ile ilgili sorunlar saptanmış olup, tedavi almaları sağlanmıştır.

Tartışma: Büyük çoğunluğunu sağlık personelinin oluşturduğu araştırmada, her üç çalışandan birinin sigara kullandığı belirlenmiştir. Atasoy ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, sağlık personelinde sigara içme oranı % 34.8 olarak bulunmuştur (4). Araştırma sonucu literatürle uyumlu olmakla birlikte, yüksek oransal değerlerin altında yatan nedenin sigaranın zararlı etkilerinin bilinmesine rağmen olumsuz etkilerin hemen ortaya çıkmayışı ve çalışma ortamında stresle baş etme yöntemi olarak kullanılmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların %19.8'inin kronik bir rahatsızlığa sahip olduğu belirlenmiştir. Bu durum sağlık çalışanlarında kronik hastalık yaygınlığı hakkında fikir vermesi açısından bir örnek olarak değerlendirilebilir.

Çalışanların % 36.8'i kilolu, %11.3'ü obez olarak saptanmıştır. İstanbul'da sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada ebe ve hemşirelerin %29.9'u kilolu, %5.7'si obez bulunmuştur(5). Grubun %11.3'ünün B12 vit. değeri, %4.5'inin folik asit değeri normal sınırların altında olduğu belirlenmiştir. Çalışanların %23.5'inin LDL düzeyinin, %30.8'inin trigliserit düzeyinin normal sınırların üzerinde olduğu saptanmıştır. Yozgat ilinde sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada çalışanların %27'sinin kolesterolü yüksek bulunmuştur(6). Yetişkinlik döneminde sorun olmaya başlayan fazla kilo ve yüksek kolesterol kalp damar hastalıkları için majör risk faktörleri arasında yer almaktadır. DSÖ Küresel Sağlık Riskleri raporuna göre, dünyada her yıl 2.6 milyon kişi yüksek kolesterolün neden olduğu sorunlar nedeniyle ölmektedir. Çalışmamızda kolesterol düzeyi ve kilo oranının yüksek bulunması 112 acil çalışanlarının yemek saatlerinin düzenli olmamasından ve iş yoğunluğu nedeniyle ayak-üstü beslenme alışkanlığının varlığını göstermesi açısından önemlidir.

Çalışanların %15.0'inin üç doz hepatit aşı yaptırmaları gerekliliği yapılan tahlil sonuçları ile saptanmıştır. Hepatit B'nin bulaşma yollarının kesilmesi ve korunulması konusunda sağlık çalışanlarına yönelik bu çalışma bu açıdan da önemlidir.

Katılımcıların %18.7'sinin test sonucu 15 mm ve üzeri bulunmuş olup TCT pozitif olarak değerlendirilmiştir. Bu durum katılımcılarda ki tüberküloz enfeksiyon prevalansının benzer çalışmalara göre düşük olduğunu göstermektedir (7). Benzer şekilde ülkemizde tüberküloz epidemiyolojisi ile ilgili yapılan son çalışmalarda (1982) izlenen % 25 tüberküloz enfeksiyon prevalansından da düşük olduğunu ya da genel popülasyona ait yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (8).

Şoförlerin göz muayene sonuçlarına göre %10.2'sinde görme ile ilgili sorunlar saptanması ambulans kullanan şoförlerin sağlıklı sürüş yapabilmesinin önemini görmek açısından değerli bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Araştırma sonucunda; sigara içme oranı, fazla kiloluluk, kolestereol oranları, anemi durumu, hepatit aşı gereksinimi, TCT poizitifliği, kronik hastalık durumunun varlığı ortaya koyulmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda; sağlık sorunlarının görülme durumunu belirlemek, bulaşıcı hastalıklardan korunmak ve gerekli önlemleri almak için düzenli sağlık taraması yapılması önerilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda da, çalışanların bilgi gereksinimlerinin gözden geçirilmesi ve bilinçlendirme faaliyetlerinin planlanması düşünülmektedir. Aynı zamanda, gerek sağlık taramasında ortaya çıkan sonuçlar gerekse sağlık davranışları ve etkileyen faktörler konusunda daha kapsamlı araştırmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil Sağlık Hizmetleri, Personel, Sağlık Taraması.

Kaynaklar:

1. Malak TA, Çelebi İ, Çelik GO, Turgay AS, Şener A, Kasapoğlu Y. Acil Servislerde ve 112 Acil Sağlık İstasyonlarındaki Sağlık personellerinin Hepatit B'ye Yönelik Bilgi, Davranışları ve Dezenfeksiyon Önlemleri. Anatol J Clin Investing 2010;4(4):192-197.
2. Akova M. Sağlık Personeline Kan Yoluyla Bulaşan Viral Enfeksiyonlar ve Korunmak İçin Alınacak Önlemler. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi, 1999.
3. Öztürk H, Babacan E, Anahtar EÖ. Hastanede Çalışan Personelin İş Güvenliği. III. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Özet Kitabı. 2011.
4. Atasoy A, Aksoy S. Hekim Dışı Sağlık Personelinde Mesleki Risklerin Belirlenmesi. III. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Özet Kitabı. 2011.
5. Selçuk KT, Çevik C, Karataş G, Mercan Y. İstanbul'da Bir Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerde Son 12 Aylık Bel Ağrısı Prevalansı ve İlişkili Etmenler. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal

Kongresi, 1999.

6. Kılıç M, Çetinkaya F. Yozgat İl Merkezindeki Sağlık Çalışanlarında Sağlık Sorunları Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 20 (3): 184-194.

7. Bozkanat E, Çiftçi F, Apaydın M, Kartoğlu Z, Tozkoparan E, Deniz Ö, Sezer O, İlvan A, Bilgiç H. İstanbul İl Merkezindeki Bir Askeri Okulda Tüberkülin Cilt Testi Taraması. Tuberküloz ve Toraks Dergisi 2005; 53(1): 39-49

8. Özkara Ş, Aktaş Z, Özkan S, Ecevit H. TC Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı, Türkiye’de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı, Ankara 2003: 55-56

315

KÖMÜR İŞÇİSİ PNÖMOKONYOZU TANISI ALAN İŞÇİLERDE SOLUNUM FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Şayeste Gebedek¹, Ferruh Niyazi Ayoğlu²

¹Zonguldak Uzunmehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi

²Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Giriş ve Amaç: Zonguldak Kömür Havzası, taşkömürü üretiminde 200 yıla yaklaşan geçmişi ile dünyanın önemli taşkömürü havzalarından birisidir ve maden işkolu, maden işçiliği ve maden işçilerinin sağlık sorunları tarihsel süreç boyunca havzanın ve ülkenin öncelikli konuları olmuştur. Meslek hastalığı, iş kazası ve işle ilgili hastalıklara bağlı morbidite ve mortalitenin önemli boyutlarda izlendiği maden işkolu, özellikle de yeraltı maden işçiliği bilinen en tehlikeli işkollarından biridir. Gerek maden işçiliği, gerekse de maden işçilerinde yaygın biçimde gözlenen pnömokonyozlar, iş sağlığına yönelik çalışmaların, tarihsel süreç içerisinde önemini yitirmeden varlığını devam ettiren öncelikli ve özellikli ilgi alanlarıdır.

Meslek hastalığı tanısının temel bileşenleri işçinin çalışma yaşamı öyküsü ve hastalık tablosunun birlikteliğine dayanır. Bu anlamda, KİP (Kömür İşçisi Pnömkonyozu) tanısı düşünülen işçilerin değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan tanısal incelemeler akciğerlerin radyolojik olarak görüntülenmesi ve solunum fonksiyon testi (SFT) olarak dikkat çekmektedir. KİP tanısının temel iki bileşeni işçinin çalışma öyküsü ve pnömokonyoz ile uyumlu radyolojik görüntü olmakla birlikte, solunum fonksiyon testlerinin tanıyı destekleyici özelliğinden de sıkça yararlanılmaktadır; bu amaçla en sık kullanılan SFT değerleri FVC (zorlu vital kapasite), FEV1 (1. saniyedeki zorlu ekspratuvar volüm) ve FEV1/FVC’dir. Çalışmanın amacı kömür işçisi pnömokonyozu (KİP) tanısı alan maden işçilerinde solunum fonksiyonlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Geriye dönük kayıt araştırması olarak planlanan çalışmada 1971 ve sonrasında çalışmaya başlayan, 2008 yılında Zonguldak Uzunmehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi’ne başvurarak KİP tanısı alan 469 işçiye ait hasta dosyalarının tümüne ulaşılması planlanmış, dosyaları Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi’ne gönderilen ve araştırmanın gerçekleştirildiği 2010 yılı itibarıyla henüz iadesi yapılmamış 12 işçiye ait dosyalar dışında kalan 457 dosyaya (%97.4) ulaşılmıştır. İşçilerin sosyodemografik ve çalışma yaşamına ilişkin verilerine dosyalar üzerinden ulaşılmış, işçilerin solunum fonksiyonları tanısal süreçte yapılan spirometrik testlerinde gözlenen FEV1, FVC ve FEV1/FVC değerleri ile değerlendirilmiştir. Çalışmada, FEV1’in beklenenin %60-79’u olması “hafif”, %40-59’u olması “orta derecede”, <%40 olması “ağır” bozukluk, FEV1/FVC’nin %60-74 olması “hafif”, %41-59 olması “orta”, <%40 olması “ağır” bozukluk olarak gruplandırılırken⁽¹⁾, FVC’nin %60-79 olması “hafif”, %40-59 olması “orta”, <%40 olması “ağır” bozukluk olarak gruplandırılmıştır⁽²⁾. Çalışmada, ortalama değerler “aritmetik ortalama±standart sapma” olarak gösterilmiş, gruplar arası karşılaştırmalarda, student t testi, ANOVA varyans analizi ve pearson korelasyon analizi kullanılmış, analiz sonuçları %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma kapsamında değerlendirilen işçilerin ortalama yaşı 53.5±4.9 iken (en az 31, en çok 76), %48.1’i (n=220) sigara kullanmakta, %1.5’inde (n=7) tüberküloz öyküsü bulunmaktadır ve işçilerin yeraltında ortalama çalışma süresi 4152.1±1040.6 gündür. Ortalama FEV1 değeri %86.5±23.0 (en az %8, en çok %139), ortalama FVC

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

değeri %80.4±19.9 (en az %6, en çok %125), ortalama FEV1/FVC değeri %86.8±8.1 (en az %52.1, en çok %100) olarak saptanmıştır.

İşçilerin, FEV1 değerlerine göre %16.4'ünde (n=75) hafif, %7.7'sinde (n=35) orta, %5'inde (n=23) ağır, FVC değerlerine göre %24.9'unda (n=114) hafif, %4.8'inde (n=22) orta, %8.8'inde (n=40) ağır, FEV1/FVC değerine göre %7'sinde (n=32) hafif, %0.7'sinde (n=3) orta, %0.7'sinde (n=3) ağır solunumsal işlev bozukluğu bulunmaktadır. İşçilerin yaşları "<50", "50-59" ve "60+" yaş olarak gruplandırıldığında, sırasıyla, ortalama FEV1 değerleri %89.4±19.9, %86.6±23.4 ve %77.6±24.7 iken, ortalama FVC değerleri %83.4±16.7, %80.4±16.7 ve %75.5±22.3, ortalama FEV1/FVC değerleri %87.8±7.1, %86.7±8.2 ve %84.9±8.5'dir; FEV1 (p=0.021) ve FVC (p=0.032) değerleri yönünden yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Sigara içen ve içmeyen işçilerde, sırasıyla, ortalama FEV1 değeri %86.8±21.8 ve %86.1±24.0, ortalama FVC değeri %80.9±18.6 ve %79.9±21.1, ortalama FEV1/FVC değeri %86.4±7.6 ve %87.2±8.4'dür; sigara içen ve içmeyen işçilerde FEV1 (p=0.877), FVC (p=0.633) ve FEV1/FVC (p=0.770) yönünden anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Tüberküloz öyküsü olan ve olmayan işçilerde, sırasıyla, ortalama FEV1 değeri %76.0±23.4 ve %86.6±23.1, ortalama FVC değeri %77.4±21.0 ve %80.5±20.0, ortalama FEV1/FVC değeri %80.0±4.3 ve %86.9±8.1'dir.

Yaş, yeraltı çalışma günü, FEV1, FVC ve FEV1/FVC değerleri arasındaki korelasyon analizi ile incelendiğinde, yeraltı çalışma günü ile diğer değişkenler arasında anlamlı ilişki olmadığı, yaş ile FEV1 (r=-0.341, p=0.001) ve FVC (r=-0.324, p=0.001) arasında orta düzeyde ve ters yönde anlamlı ilişki, yaş ile FEV1/FVC (r=-0.122, p=0.009) arasında zayıf ve ters yönde anlamlı ilişki, FEV1 ile FVC (r=0.960, p=0.001) arasında çok güçlü ve aynı yönde anlamlı ilişki, FEV1 ile FEV1/FVC arasında (r=0.314, p=0.001) orta düzeyde ve aynı yönde anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir; FVC ve FEV1/FVC arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tartışma ve Sonuç: KİP, görece genç yaşta tanı koyulan önemli bir maluliyet nedenidir. Çalışmada, işçilerin ortalama yaşı 53.5±4.9'dur; benzer çalışmalarda pnömokonyozlu işçilerdeki ortalama yaş Saygun ve arkadaşları⁽¹⁾ tarafından 59.9, Beder⁽²⁾ tarafından 61.8 ve Demir⁽³⁾ tarafından 45.9 olarak bildirilmiştir. KİP oluşumunda işçinin yeraltında çalışma süresinin önemli bir etken olduğu bilinmektedir.

KİP'nun diğer bir önemli özelliği de maruziyetin sonlanmasından uzun süreler sonrasında da ortaya çıkabilmesidir. Ülkemizde yapılan üç farklı çalışmada, işçilerin ortalama yeraltı çalışma süreleri 21.6, 23.5 ve 21.1 yıl olarak belirtilmiştir^(1,2,3); çalışmamızda bulunan ortalama yeraltı çalışma süresi 4152.1±1040.6'dır ve bu değer bir işçinin yılda ortalama 200 gün çalışacağı tahmin edilerek çevrildiğinde 20.8 yıla karşılık gelmektedir. Diğer çalışmalarda sözü edilen süre işçinin mesleki deneyimini yansıtırken, çalışmamızda değerlendirilen diğer işçinin yeraltında aktif olarak çalıştığı süreyi yansıtmaktadır. Maden işçilerinin işe başlangıç ve işten ayrılışları arasında geçen görece uzun süre ve bu sürede işçinin farklı birimlerde çalışmış olabileceği olasılığı dikkate alındığında, çalışma yılı aynı/benzer olan işçilerin yeraltı çalışma süreleri farklılık gösterebilir ve bu nedenle işçilerin yeraltı çalışma sürelerinin hesaplanmasında aktif olarak çalışılan gün sayısının değerlendirilmesi daha doğru olacaktır.

Çalışmamızda işçilerin %1.5'inde tüberküloz öyküsü olduğu saptanmıştır. Tüberküloz sıklığı, Çobanlı ve arkadaşlarının⁽⁴⁾ meslek hastalığı tanısıyla hastaneye yatırılan ve pnömokonyoz yönünden incelenen 169 kişide gerçekleştirdikleri çalışmada %3, Beder'in⁽²⁾ çalışmasında 1068 pnömokonyoz olgusunda %4.4 olarak saptanırken, Dutkun⁽⁵⁾ maden işçileri ile normal popülasyon arasında tberküloz yönünden anlamlı farklılık olmadığını belirtmektedir.

Toz maruziyetinin uzaması ile solunumsal işlevlerde bozukluk ortaya çıkması arasındaki ilişkiyi vurgulayan çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Ancak, bireyin yaşı, sigara içme durumu gibi değişkenler de solunumsal işlevler üzerinde önemli etkiye sahiptir. Söz konusu değişkenler birlikte ve karşılıklı olarak da solunumsal işlevler üzerinde etkiye sahiptir. Ülkemizde pnömokonyoz olgularının önemli bir kısmı yasal yükümlülük süresinin sonlanmasından sonra tanı almaktadır. Bu durum, kamu kurumlarında çalışan maden işçilerinin bu kurumlardan ayrıldıktan sonra yine aynı işkolunda formal ve informal biçimde çalışma olasılıklarının yüksekliğiyle birlikte değerlendirildiğinde, önemli bir karışıklığı da beraberinde getirmektedir. Bu anlamda, maden işçilerinin çalışmaya başladıkları kurumdan ayrılırken pnömokonyoz yönünden özenle değerlendirilmesi, pnömokonyozu olmayan işçilerin aynı işkolunda çalışmaları halinde iş öykülerinin eski ve yeni işleriyle birlikte

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

değerlendirilmesi, pnömokonyozu olan işçilerin ise aynı ya da benzer işkollarında çalışmasını önleyici tedbirler alınması pnömokonyozun kontrolü yönünden yaşamsal öneme sahiptir.

Günümüzde giderek yaygınlaşan esnek çalışma ve istihdam koşulları dikkate alındığında, yeraltı maden işçiliği gibi solunumsal işlevleri olumsuz etkileyen işkollarında çalışan işçilerin, esnek istihdam modeli içinde solunumsal işlevleri olumsuz etkileyen farklı işlerde çalışmasından kaynaklanan “kümülatif” etkilerin ortaya çıkartabileceği sorunlar, önümüzdeki yıllarda iş sağlığı alanında çalışan bilim çevrelerince önemli ve öncelikli bir ilgi alanı olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: İş sağlığı, kömür işçisi pnömokonyozu, solunum fonksiyon testi.

Kaynaklar:

1. Saygun M, Tunçbilek A, Karabıyıkoglu G. Pnömokonyoz olgularında radyolojik bulgular, solunum fonksiyon testleri, EKG ve arter kan gazları sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2001; 49 (3): 359-372.
2. Beder A. Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Şurası Kuruluna 1998-2001 yılları arasında başvuran yükümlülük süresi sona ermiş pnömokonyoz olgularının değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2008; 56 (4): 422-428.
3. Demir N. İşçi sağlığı sorunu olarak pnömokonyoz. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara, 1989.
4. Çobanlı B, Altay T, Demirel YS. Son beş yıl içinde kliniğimize yatan pnömokonyoz vakaları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 1982; 30: 17-21.
5. Dutkun Y. Kömür madeni yer altı çalışanlarında ve Zonguldak il merkezinde tüberküloz enfeksiyon prevalansı. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2006.

286

KİLİS KENT MERKEZİNDE GÖREV YAPAN ÖĞRETMENLERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nilgün Ulutaşdemir¹, Süleyman Erhan Deveci²

¹Zirve Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ

Giriş ve Amaç: Tükenmişlik, “enerji, güç ya da kaynakların aşırı talepler yoluyla tükenmesi, yorulma, başarısız olma” olarak tanımlanmış ve uzun süreli stres tepkisi olarak ele alınmıştır. Öğretmenlerin, mesleklerinin onlara yüklediği sorumluluklar ve özel uygulamalar nedeniyle bu sendroma yakın oldukları düşünülerek mesleki tükenmişlik düzeyleri birçok araştırmaya konu olmuştur. Daha önce Kilis Kent Merkezi’nde tükenmişlik ile ilgili araştırma yapılmamıştır. Bu araştırma Kilis Kent Merkezi’nde görev yapan öğretmenlerin tükenmişlik düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu çalışmanın evrenini 2010-2011 eğitim yılında Kilis Kent Merkezinde görev yapan 1198 öğretmen oluşturmuştur. Ayrıca örneklem seçilmemiş, araştırma kapsamına alınan 1198 öğretmenden 1134’üne ulaşılmıştır (Cevaplılık oranı: %94.6). Veriler araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatürler değerlendirilerek hazırlanan bir anket ile toplanmıştır. Her okul için öğretmenlerin toplu bulunduğu bir ortamda direkt gözlem altında uygulanan anket iki bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

öğretmenlerin sağlık, sosyal ve demografik özellikleri ile tükenmişlik düzeylerini etkilediği düşünülen bazı faktörlerin değerlendirilmesine yönelik sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise öğretmenlerin algıladıkları tükenmişliği belirlemek amacıyla Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılmıştır.

MTÖ, tükenmişliği değerlendirmek üzere Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiş, özellikle yüz yüze ilişki gerektiren ve insanlara doğrudan hizmet vermeyi amaçlayan meslek alanları için bir ölçme aracı olup, üç alt bileşenden [Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (D) ve Kişisel Başarı Duygusunda Azalma-Kişisel Başarısızlık (KB)] meydana gelmektedir. MTÖ'nün, Türkçeye uyarlanması Ergin (1992) tarafından yapılmış olup, doktor ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmada Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı DT, D ve KB alt bileşenleri için sırasıyla 0.83, 0.65 ve 0.72 bulunmuştur. Tükenmişlik bir süreç olduğu ve farklı bileşenleri içerdiği için tek bir puanla ifade edilemediği gibi "tükenmişlik var" ya da "tükenmişlik yok" denilemez. Tükenmişlik ölçeğinden toplam bir puan elde edilememesi, her üç alt bileşenin elde edilen puanların ayrı ayrı değişkenlerle olan ilişkilerinin gösterilmesi, ölçeği geliştirenlerin ve Türkçe uyarlamasını yapanların önerdikleri bir durumdur. Tükenmişlik düzeyini belirlemek için dağılımın ilk üçte birinde yer alan tükenmişlik puanları düşük, orta üçte birinde yer alan tükenmişlik puanları orta, son üçte birinde yer alan tükenmişlik puanları yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma öncesinde Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsanlar Üzerinde Yapılan Araştırmalar Etik Kurulu ve Kilis İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın saha çalışması Mart, Nisan, Mayıs 2011 tarihlerinde yapılmıştır.

Elde edilen veriler istatistik paket programı ile değerlendirilerek hata kontrolleri, tabloları ve istatistiksel analizleri bu program aracılığıyla yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testleri kullanılmış, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi uygulanmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş (Ort±SS), $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin %41.8'i (474 kişi) kadın, %58.2'si (660 kişi) erkek olup, yaş ortalamaları 35.35 ± 8.62 (min:21, max:63)'dir. Öğretmenlerin %79.4'ü evli olup, %13.0'ı buldukları okulda idareci olarak görev yapmaktadır. %82.1'i kendi sosyoekonomik düzeylerini orta düzeyde algıladığını ifade etmiştir. Öğretmenlerin %88.3'ü mesleğini isteyerek seçtiğini belirtmiştir. Tekrar meslek seçme durumunda öğretmenlik mesleğini birinci sırada tercih edecek olanların oranı ise %51.1'dir. Öğretmenlerin %79.6'sı genel olarak mesleklerinden memnun olduklarını belirtmekte, ancak %87.4'ü mesleğin toplumda hak ettiği yeri bulmadığını düşünmektedir. %53.7'si çalışma koşullarını yeterli bulmadığını, %30.4'ü çalışma saatlerinden memnun olmadığını, %73.2'si ise mesleği ile ilgili stres yaşadığını bildirmiştir. Öğretmenlerin %41.5'i mesleki gelecek değerlendirmesini "umutlu", %26.2'si "umutsuz", %32.3'ü ise "belirsiz" olarak yapmaktadır. Öğretmenlerin MTÖ alt bileşenlerine ait; DT puanı 13.46 ± 6.49 (min:0-max:36), D puanı 3.87 ± 3.24 (min:0-max:18), KB puanı 9.32 ± 4.65 (min:0-max:32) olarak bulunmuştur.

Genç yaşlarda ileri yaşlara, eğitim fakültesinden mezun olanlarda diğer fakültelerden mezun olanlara, mesleğini isteyerek tercih etmeyenlerin edenlere, mesleğinden memnun olmayanların olanlara, okulunu değiştirmeyi düşünenlerin böyle bir düşüncesi olmayanlara, çalışma ortamından memnun olmayanların memnun olanlara, çalışma koşullarını yetersiz bulanların yeterli bulanlara, çalışma saatlerinden memnun olmayanların olanlara, mesleği bırakmayı düşünenlerin düşünmeyenlere, mesleki verim düzeylerini yetersiz bulanların yeterli bulanlara, mesleğini kendine uygun bulmayanların uygun bulanlara, üstlerinden takdir görmeyenlerin takdir edildiğini düşünenlere, mevcut eğitim sisteminden memnun olmayanların olanlara göre MTÖ alt bileşenlerinin tümüne ait tükenme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Yine sosyoekonomik düzeylerini algılamaları düşükten yükseğe ve kendi sağlık durumlarını algılamaları kötüden iyiye doğru gittikçe tükenmişlik seviyeleri azalmaktadır ($p<0.05$). Ayrıca düzenli egzersiz yaptığını ve herhangi bir hobisi olduğunu ifade eden öğretmenlerin diğerlerine göre tükenmişlik düzeyleri daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınlarda, devlet okullarında çalışanlarda, görev yapılan okul sayısı iki okul üzeri olanlarda, kronik veya ruhsal bir hastalığa sahip olanlarda, sigara içenlerde duygusal tükenme puanları; lise grubu öğrencilere ders verenlerde ve alkol kullananlarda duyarsızlaşma puanları daha yüksektir. Bekârlarda, haftalık ders saati fazla

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

olanlarda, ders verilen öğrenci sayısı 30 ve altında olanlarda ise kişisel başarısızlık puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Mesleğinin toplumda hak ettiği yeri bulmadığını düşünen öğretmenlerde duygusal tükenme ve kişisel başarısızlık puanlarının, herhangi bir uyku sorunu olan öğretmenlerde ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çocuğu olmayan öğretmenlerin çocuğu olanlara göre daha fazla duygusal tükenme ve kişisel başarısızlık yaşadıkları bulunmuştur ($p<0.05$). İdareci konumunda çalışan öğretmenlerde ise kişisel başarısızlığın daha az görüldüğü saptanmıştır ($p<0.05$).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin tükenmişlik alt bileşenlerine ait puan ortalamaları incelendiğinde; duygusal tükenme puanlarının orta, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık puanlarının ise düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Araştırmamız bulguları ile benzer olarak Girgin ve Baysal'ın özel eğitim öğretmenlerinde, Dolunay'ın lise öğretmenlerinde yaptığı araştırmalarda da DT puanları orta, D ve KB puanları düşük düzeyde bulunmuştur (1,2). Ergin'in 28 ilde uzman ve pratisyen doktorlar, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, sağlık teknisyenleri ve ebelerden oluşan 7255 sağlık personeli üzerinde "MTÖ'nün Türkiye Sağlık Personeli Normları"ni belirlemek üzere yaptığı çalışmada, meslek grupları arasında büyük farklar olmamakla birlikte pratisyen doktorların ve hemşirelerin DT ve D puanlarının diğer mesleklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (3). Tükenmişlik düzeyinin değerlendirildiği çalışmalarda meslek grupları arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Öğretmenlerde daha düşük düzeylerde tükenmişliğin saptanması öğretmenlik mesleği açısından olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Bu araştırmada mesleğini isteyerek seçmediğini ifade eden öğretmenlerin isteyerek seçenlere göre DT, D ve KB düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Yanı sıra mesleğinden memnun olmayanların olanlara göre MTÖ alt bileşenleri puanları daha yüksektir. Dolunay'ın 2002 yılında yaptığı çalışmada da mesleğini isteyerek seçmeyen öğretmenlerin DT, D ve KB düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (2). Öğretmenlik mesleği büyük özveri ve sabır gerektirdiğinden bu mesleğe ilk günden severek ve isteyerek başlayan öğretmenler, mesleğe uyum konusunu baştan çözebilirler. Mesleğini isteyerek seçmeyen öğretmenlerde başa çıkma mekanizmaları kullanımının azalması tükenmişliği artırabilir. Ayrıca mesleğinden memnun olmayan öğretmenlerin tükenmişliğe daha yatkın olabilecekleri söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerden çalışma ortamından memnun olmayanların, memnun olanlara göre, yine çalışma koşullarını yeterli bulmadığını ifade edenlerin, yeterli bulanlara göre DT, D ve KB puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde çalışma ortamı memnuniyeti ile tükenmişlik ilişkisi incelenmiş ve iş ortamı memnuniyetsizliğinin tükenmişliği her üç alt bileşende de artıracığı saptanmıştır (2). Polat ve arkadaşlarının lise öğretmenlerinde yaptıkları çalışmada ise çalışma koşullarını yetersiz bulan öğretmenlerin duygusal tükenmeyi daha yüksek yaşadıkları bildirilmiştir (4). Bu durum iş ortamında rahat olamama, çatışma yaşama, duyulan gerginlikler, ortam stresi ve huzurlu çalışamama gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Uygun çalışma koşulları tüm bireylerde olduğu gibi öğretmenlerde de yapılan işe ilgiyi ve sevgiyi artırabileceğinden tükenmişliği azaltabilir.

Bu çalışmada öğretmenlerin kendi sosyoekonomik düzeylerini algılamaları yüksekten düşüğe doğru değıştikçe DT, D ve KB düzeylerinde daha yüksek tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır. Literatürde de sosyoekonomik düzey arttıkça tükenmişliğin azaldığını bildiren çalışmalar mevcuttur (5). Öğretmenlerin sosyoekonomik düzeylerinin iyi olmamasına yönelik algıları kendilerini yetersiz hissetmelerine, çalışma yoğunluğunu artırmalarına neden olabilir. Bu durumun sonuçta tükenmişliği artırabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırma, sadece Kilis Kent Merkezinde görev yapan öğretmenler arasında yapıldığından tüm Türkiye'ye genellenemez. Ayrıca araştırmanın sonuçları, bu araştırma için sorgulanan ve tükenmişliği etkilediği düşünülen faktörlerin değerlendirilmesi ile sınırlıdır.

Sonuç olarak; bu araştırmada Kilis Kent Merkezinde görev yapan öğretmenlerin duygusal tükenme puanları orta, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık puanları ise düşük düzeyde bulunmuştur. Öğretmenlerin tükenmişlik düzeyini etkileyen sağlık, sosyal, ekonomik ve demografik faktörler mevcuttur. Elde edilen bulgular doğrultusunda; meslek seçiminde danışmanlık ve rehberlik hizmetlerine önem verilmesi ve böylece öğretmenlerin mesleklerine isteyerek başlayabilmelerinin sağlanması, öğretmenlerin çalışma ortamları ile ilgili koşulların memnuniyet düzeylerini artırıcı yönde iyileştirilmesi, mesleki verim düzeylerini artırmaya yönelik

rehberlik, eğitim ve sosyal hizmetlerin düzenlenmesi, öğretmenlik mesleğinin ekonomik yönden orta sınıf olmaktan çıkarılması ile ilgili iyileştirmelerin planlanması ve uygulamaya geçirilmesi, mevcut eğitim sisteminde öğretmenlere ve öğrencilere yönelik memnuniyeti artırıcı ve tükenmişliği azaltıcı iyileştirmelerin ve düzenlemelerin yapılması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Öğretmen, Tükenmişlik Düzeyi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği.

Kaynaklar:

1. Girgin G, Baysal A. Tükenmişlik sendromuna bir örnek: zihinsel engelli öğrencilere eğitim veren öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeyi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4: 172-187.
2. Dolunay AB. Keçiören ilçesi genel liseler ve teknik-ticaret-meslek liselerinde görev yapan öğretmenlerde tükenmişlik durumu araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002; 55: 51-62.
3. Ergin C. MTÖ'nün Türkiye sağlık personeli normları. 3P Dergisi 1996; 4: 28-34.
4. Polat G, Topuzoğlu A, Gürbüz K, ve ark. Bilecik İli, Bozüyük ilçesi lise öğretmenlerinde tükenmişlik sendromu. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009; 8: 217-222.
5. Tümkaya S. Öğretmenlerdeki Tükenmişlik Görülen Psikolojik Belirtiler ve Başa Çıkma Davranışları. Doktora Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1996.

690

MEVSİMLİK GÖÇEBE TARIM İŞÇİSİ STRES ÖLÇEĞİ

Zeynep Şimşek¹, Evin Kırmızıtoprak²

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Şanlıurfa

²Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: 2020 yılında toplam hastalık yükünün %15'ini ruhsal bozuklukların oluşturacağı, iskemik kalp hastalıklarından sonra 2. sırada depresyonun yer alacağı tahmin edilmektedir.¹ Dolayısıyla ruhsal bozukluklar görülme sıklığının yüksek olması, önemli ölçüde yeti yitimine neden olması ve yüksek maliyet gerektiren hastalıklar olması nedeniyle önemli halk sağlığı sorunudur. Yapılan çalışmalar, fiziksel ve psiko-sosyal sağlık sorunlarının etyolojisinde benzer sosyal, çevresel ve ekonomik belirleyicilerin rol oynadığını göstermektedir.² Toplum sağlığının geliştirilmesi için risk faktörlerinin ve nedenlerinin belirlenmesi ile ortadan kaldırılmasına yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi gereklidir. Literatürde tarımda çalışanlardaki sağlık sorunlarının temel açıklayıcılarından birinin stres olduğu belirtilmektedir. Çevresel tehditlere kişinin verdiği yanıt olarak tanımlanan stres Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) olarak da adlandırılmaktadır. Uzun süre yoğun stres altında kalmanın büyümeyi yavaşlattığı, öğrenme kapasitesini düşürdüğü, iyi huylu kolesterol düşürüp kötü huylu kolesterolü yükselttiği, pankreastaki beta hücrelerinin sürekli uyarılmasına bağlı ortaya çıkan iş göremezlik sonucu tip II diyabetin geliştiği, depresyon başta olmak üzere anksiyete bozuklukları, uykusuzluk, post travmatik stres bozukluğu, ilaç bağımlılığı, kronik ağrı bozukluklarının görüldüğü, abdominal bozukluklar, irritable barsak sendromu, romatoid artrit ve ülseratif kolit gibi otoimmün hastalıkların stresden etkilendiği kanıtlanmıştır.^{3,4} Bu çalışmada 18 yaş ve üstü mevsimlik göçebe tarım işçileri için ülkemize özgü stres ölçeği geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik tipteki bu epidemiyolojik çalışmada, literatürdeki benzer ölçek maddeleri ve mevsimlik göçebe tarım işçisi olarak çalışan 150 18 yaş üstü bireyin düşüncelerinden oluşan 118 maddelik bir havuz oluşturulmuştur. Araştırmaya 270 mevsimlik göçebe tarım işçisi katılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliği için faktör analizi, verilerin faktör analizine uygunluğu Kaiser Meyer Olkin (KMO) Katsayısı ve Bartlett testi ile incelenmiştir. Ölçekte yer alan maddelerin benzer davranışları ne ölçüde ölçtüğünü belirlemede, her bir maddeden alınan puan ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişki madde-toplam korelasyonu hesaplanarak yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için Cronbach Alpha katsayısı ve test tekrar test yöntemi kullanılmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Geçerlik çalışmasına katılanların %49,3'ü kadın, yaş ortalaması 33,1±14; ortalama tarım işçiliği süresi 13,0±10,3 yıldır. Ölçeğin yapı geçerliliği için uygulanan 59 maddenin yapı geçerliliği analizi yapılmıştır. Sayının faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi kullanılmıştır. Barlett testi sonucu 1138.2559 değeri ve $p < .01$ düzeyi ile Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem değeri 0.913 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçeğin faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir. Her bir maddenin düzeltilmiş toplam madde korelasyon katsayıları hesaplanarak literatürde önerildiği şekilde 0.20 değerinden düşük korelasyon katsayısına sahip olan maddeler ölçeğin dışında tutulmuştur. Bu aşamadan sonra 48 maddelik bir ölçme aracı elde edilmiştir. Faktör özdeğeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın %70,3'ünü açıklayan 4 faktör ortaya çıkmıştır. Ölçeğin birinci faktörü "*Fiziksel faktörler*" toplam varyansın %25,7'sini, ikinci faktör "*psiko-sosyal ve ekonomik faktörler*" %19.3'ünü, üçüncü faktör "*sağlık sorunları*" %15.16'sını, dördüncü faktör olan "*okul sorunları*" toplam varyansın %10.14'ünü açıkladığı görülmüştür. Her bir madde 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır; 0-'hiç yaşamadım', 1-'stresli değil', 2-'biraz stresli', 3-'Orta derecede stresli', 4-'çok stresli'. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 192, en düşük puan 48'dir. Puan artışı stresin arttığını göstermektedir.

Ölçeğin güvenilirliğini test etmek amacıyla çalışma evreninden 35 mevsimlik göçebe tarım işçisine ölçek 2 hafta ara ile uygulanmıştır. Uygulama sonucunda birinci ve ikinci uygulamada alınan puanlar arasındaki korelasyon 0.81 olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin güvenilirliği için bir kanıttır. Testin tümü için hesaplanan Cronbach Alfa değeri 0.96'dır. Ölçeğin tümü ile alt ölçekler arasındaki korelasyon 0.79 ile 0.97 arasındadır (çalışma ortamı fiziksel faktörler alt ölçeği .95, psikososyal ve ekonomik çevre faktörleri 0.97, sağlık sorunları 0.89, ve okul alt ölçeği 0.79).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Bu çalışma ile geliştirilen 48 maddelik 'Mevsimlik Göçebe Tarım İşçilerinde Stres Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir. Literatüre benzer şekilde, sürekli göç etme/yer değiştirme, sağlıklı ve güvenli ev/barınma yeri olmaması, temiz içme- kullanma suyu olmaması, banyo yapacak yerin olmaması, tuvaletin olmaması, elektrik olmaması, aşırı sıcak ve soğuk etkilenimi gibi fiziksel çevre faktörleri, arkadaşlardan ve aileden uzak olma, çocukların bakım sorunu, sosyal izolasyon, uzun çalışma saatleri, tatil günlerinin olmayışı, ücretlerin zamanında ödenmemesi, işin nerede bulunacağının önceden tahmin edilememesi, tarım işçisi olma nedeniyle değersizlik, ailede ve iş yerinde fiziksel ve psikolojik şiddet gibi psiko-sosyal ve ekonomik sorunlar, sık hasta olma, sağlık hizmetine erişememe, aşırı fiziksel harekete bağlı ağrılar, ailede kronik hasta varlığı gibi sağlık sorunları ve çocukların okula gidememesi, erken ayrılması ve okul başarısızlığı gibi okulla ilgili durumlar mevsimlik tarım işçileri için stres faktörleri olarak belirlenmiştir.⁵

Belirtilen faktörlerin fiziksel ve ruhsal hastalıklarla ilişkisi bilinmektedir. Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için sektörler arası işbirliği ile destekleyici ve sağlıklı çevre koşulları oluşturmak ve bireylerin sağlıklı yaşam biçimi kazanmaları önemli girişimler olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Mevsimlik göçebe tarım işçisi, stres ölçeği

Kaynaklar:

1. Sturgeon S. Health Promotion Challenges. Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. Health Promotion International 2007;21(1): 36-38.
2. WHO. Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidences, Practice. Summary Report. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, 2004, Geneva.
3. Donham KJ, Thelin Anders. Psychosocial Conditions in Agriculture. In: Agricultural medicine: Occupational and environmental health for the health professions. Iowa, USA: Blackwell Publishing, 2006; 281.-301.
4. Hovey JD, Seligman LD. The mental health of agricultural workers. (Ed: James E. Lessenger). Agricultural Medicine, A Practical Guide, Springer, 2006;282-299.

5. Hovey JD. Correlates of migrant farmworker stres among migrant farmworkers in Michigan. Migrant Health Newsline 2001: 18:5-6.

422

MOBBİNGİN ÇALIŞAN SAĞLIĞINA ETKİSİ ve HUKUKİ SONUÇLARI

Vedat Laçiner, Ayşegül Uludağ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Çalışmanın tanımlanması: Bazı konular vardır ki, çalışma yaşamının var oluşundan beri yaşanmaktadır; ancak, üzerinde fazla düşünülmemiş, düşünülse bile olağan bir şey olarak görülmüş, gereken önem verilmemiştir. İşte, “işyerinde psikolojik taciz” (mobbing) de, eskiden beri var olan, ancak insan doğasının gereğinden ötürü açığa çıkarmaktan kaçınılan, adeta bilinmezden gelen karmaşık, çok boyutlu ve çok disiplinli böyle bir konudur. Mobbing konusuna son yıllarda gereken önemin verilmesinin temel nedeni, mobbingin sebepleri ve etkilerinin değişen dünyanın sunduğu farklı bakış açılarıyla daha açık bir şekilde ortaya çıkması ve zararlarının, modern yaşamın getirdikleriyle daha da artmasıdır.

İngilizceden dilimize geçmiş olan mobbing; psikolojik şiddet, baskı, kuşatma, taciz, rahatsız etme veya sıkıntı verme anlamına gelmektedir. Bu anlamıyla mobbing, sosyal yaşantının olduğu her yerde karşımıza çıkabilir. Mobbing özellikle hiyerarşik bir yapılaşmanın olduğu gruplarda, zayıf bir kontrolün olduğu örgütlerde bariz bir şekilde görülür. Örneğin, “okullarda mobbing” öğrenciler üzerinde çok zararlı etkileri olabilen bir alandır.

Mobbing, geniş anlam içeriğine karşın, çoğu ülkede “işyerinde mobbing”in karşılığı olarak kullanılmaktadır. Mobbing, sistematik olarak bireyin iş yaşamında psikolojik tacize uğramasıdır. Burada, davranışın kaynağı bir olaya değil, bir kişiye odaklanmıştır. Bu çalışma içerisinde temel olarak işyerinde mobbing konusuna odaklanılacak, diğer alanlardaki mobbing uygulamaları ise prensip olarak çalışmanın dışında bırakılacaktır.

Mobbing, işyerinde diğer çalışanlar veya işverenler tarafından tekrarlanan saldırılar şeklinde uygulanan bir çeşit psikolojik terördür ve mobbinge uğrayan kişinin saygısız ve zararlı bir davranışın hedefi olmasıyla başlayan bir süreçtir. Mobbing olgusuna ilk kez ışık tutan Alman endüstri psikologu ve tıp bilimcisi Dr. Heinz Leymann 45 ayrı mobbing davranışı tanımlamış ve bu davranışları da özelliğine göre 5 grupta toplamıştır. Örnekler: 1. Grup: Kendini göstermeyi ve iletişim oluşumunu etkilemek: üstünüz kendinizi gösterme olanaklarınızı kısıtlar, sözünüz sürekli kesilir, yüzünüze bağırlı ve yüksek sesle azarlanırsınız, yaptığınız iş sürekli eleştirilir vb. 2. Grup: Sosyal ilişkilere saldırılar: Çevrenizdeki insanlar sizinle konuşmazlar, kimseyle konuşamazsınız, başkalarına ulaşmanız engellenir, sanki orada değilmişsiniz gibi davranılır vb. 3. Grup: İtibarınıza saldırılar: İnsanlar arkanızdan kötü konuşur, asılsız söylentiler ortada dolaşır, gülünç durumlara düşürülürsünüz, cinsel imalar yapılır vb. 4. Grup: Kişinin yaşam kalitesi ve mesleki durumuna saldırılar: Sizin için hiçbir özel görev yoktur, size verilen işler geri alınır, sürdürmeniz için anlamsız işler verilir, işiniz sürekli değiştirilir, size mali yük getirecek genel zararlara sebep olunur vb. 5. Grup: Kişinin sağlığına doğrudan saldırılar: Fiziksel olarak ağır işler yapmaya zorlanırsınız, fiziksel şiddet tehditleri yapılır, fiziksel zarar, doğrudan cinsel taciz vb.

Günümüzde mobbing, tüm kültürlerde ve tüm iş yerlerinde gerçekleşen bir olgudur. Mobbinge maruz kalma riski, herkes için geçerlidir. Önemli bir başarı göstermiş, amirin veya doğrudan yönetimin takdirini kazanmış ya da bir müşterinin övgüsünü almış bir kişi, kolayca çalışma arkadaşları tarafından kiskanılabilir. Bireyin arkasından her türlü oyunlar oynanır, söylentiler çıkarılır ve çalışması sabote edilebilir. Önceleri bir

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kişinin veya bazı kişilerin, bir kişiye düşmanlığı biçiminde gelişen örgütsel psikolojik şiddet sonucunda mağdur, önce kendisine ve sonra çevresine yabancılaşmaya başlar. Süreç, işe karşı kayıtsızlık, bıkkınlık, yılgınlık, performans düşüklüğü ile başlar ve işinden istifa etmeye kadar gidebilir. Örgüt içinde iş doyumunu ve örgüte bağlılıkta azalma yaşanır. Hatta şiddet ve tacizin çok yoğun yaşandığı durumlarda mobbing mağdurunda intihar düşünceleri dahi ortaya çıkabilmektedir. Bunlardan dolayı, mobbingin doğrudan etkileri içerisindeki en önemli kısmı 'insan sağlığı' kısmıdır.

Çalışanlar; mobbing süreci ve onu izleyen işten ayrılma sırasında hayatlarını her bakımdan etkileyecek kadar yaygın bir biçimde kaygılıdır. Çoğunlukla kendilerini yalnız hissederler. Çoğu durumda mağdurlar kendilerine güven duygularını yitirirler ve artık kendilerini tanıyamazlar. Fiziksel ve duygusal olarak zarar göreceklerinden, kontrolü kaybedeceklerinden korkarlar. İnsan sorumluluklarından, kimliğinden, kişiliğinden ve imajından sıyrıldığı zaman kendini çıplak, teşhir edilmiş ve aşırı kırılabilir hissederler. Mağdurlarda post travmatik stres bozukluğunun (PTSB) belirtileri olan aşırı tedirginlik, kolayca ürkemek, sinirlilik, genel duygusal uyuşukluk, sürekli endişe hali, karabasanlar, uykusuzluk, konsantrasyon düşüklüğü, kontrol dışı hareketler, yoğun endişe ve panik atak ve intihara eğilim ve intihara veya cinayet işlemeye yatkınlık duygusu sık rastlanan bulgulardır. Bu değişimler, mobbingin nedeni değil, sonucudur. Kendilerine, mobbingcilere, hatta çevresindeki kimselere şiddet uygulayabilirler. Umutsuzluk ve mahvolmuşluk duyguları içinde yaşamlarına son verebilirler.

Sürekli duygusal saldırılar, kişinin sağlığını, görünüşünü ve düşünce biçimini olumsuz etkiler. Tekrarlayan saldırılar normal akıl yürütme ve iletişim yollarını değişime uğratarak, mağdurlar saldırganlaşır. Korkuları ve ihanete uğramışlık duyguları davranışlarını ve özenetmelerini etkiler. Kimseye güven duymazlar. Sonunda yardım aramaya karar verdiklerinde, işlevleri, fiziksel sağlıkları ve/veya ruhsal durumları mobbingden o kadar etkilenmiştir ki onlara destek olmak isteyenler için bile "zor vaka" olarak görünürler. Artık mağdur, suçlanan kişidir ve mobbingin sorumluluğu ona yüklenir.

İnsanlar mobbinge maruz kaldığı zaman, hayatlarında stres yaratan başka şeyler konusunda da özellikle kırılabilirler. Normalde, biraz da mutlu iken, üzüntü ve endişelerle olumlu bir şekilde başa çıkabilirler. Ayrıca, evdeki gerilimler, insanın iş çevresinde kendini ne kadar rahat hissedeceğini etkileyebilir. Problemler ilişkiler iş verimini olumsuz etkiler ve bu da mobbingi yoğunlaştırabilir. Önemli bir ilişkinin bitişi, kayıp duygusuyla bileşerek, ileride duyulacak ümitsizlik duygusunu artırabilir.

Birinci Derece Mobbing; İş arkadaşlarından küçük düşürücü davranışları görmek şaşırır ve sıkıntı verir. Kızgınlık veya üzüntü duymaya başlar, tepkileri kişiden kişiye değişir, kimileri karşı koymaya kimileri de olan biteni hoş görmeye çalışır. İş ortamına antipati duymaya ve başka bir iş aramaya başlarlar. Kişi işlevselliğini sürdürür ve ağlama, uyku bozuklukları, alınganlık, konsantrasyon bozukluğu şikayetleri ortaya çıkar. Ailesi ve arkadaşlarıyla olan ilişkileri genel olarak etkilenmez. Meditasyon, egzersiz gibi stres azaltıcı şeyler ya da hobi ile ilgilenmek gibi dikkat dağıtıcı ve dengeleyici şeyler ise genelde geçici çözümlerdir. Bu durum devam ederse ikinci derece mobbinge dönüşebilir.

İkinci Derece Mobbing; Uzun süre boyunca sık sık mobbinge maruz kalanlarda; hipertansiyon, uyku bozuklukları, sindirim sistemi ve konsantrasyon bozuklukları, aşırı kilo alma veya verme, depresyon, alkol ya da ilaç alışkanlığı, iş yerinden kaçma, alışılmadık korkular ve yalnız kalma korkusu gibi şikayetler görülür. Aile ve arkadaşlar bir şeylerin ters gittiğini anlarlar ama işteki zorlukları azımsayabilirler. Sağlık problemleri işlerini etkilemeye başlar.

Üçüncü Derece Mobbing; Üçüncü derece mobbingde insanlar iş yapamaz hale gelirler. İşe korku, dehşet veya tiksinti ile giderler. Kötü durumdadırlar, kendini koruma mekanizmaları çökmüştür. Üçüncü derece mobbingde şiddetli depresyon, panik ataklar, kalp krizleri, kazalar, intihar girişimleri, üçüncü kişilere yönelik şiddet oluşabilir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Stres faktörü bu hastalıkların ortaya çıkmasında önemli bir yer tutmaktadır. Sürekli bir hiperaktivite veya bunun aksine sürekli bir durağanlığın zaman içinde kardiyovasküler ve metabolik sistemde kesin olumsuz bir etkisi olduğunu ortaya çıkartmıştır.

Uzun süreli stres sonucu işyerinde çalışanlarda genel bir uyumsuzluk, ve depresyon süregelebilir. Sigaranın ve alkolün aşırı tüketimi ve aşırı kilo alma başlar.

Mobbingin önlenmesindeki en önemli doğrudan araç ise şüphesiz hukuki araçlardır. Türk hukukunda, bugüne kadar tacizin fiziksel yönü daha çok inceleme konusu yapılmıştır. Tacizin fiziksel yönünün bazı yasalarda düzenleme imkânı bulunmuştur. İş Kanunu'nun 24. maddesinde, cinsel tacize maruz kalan işçiye, belirli veya belirsiz süreli iş sözleşmesini fesih hakkını tanıırken, aynı Kanun'un 25. maddesi, işyerinde cinsel tacizde bulunan işçinin iş sözleşmesinin herhangi bir tazminat ödemeksizin işverence haklı nedenle feshini düzenlemektedir. Yine, Ceza Kanun'unun 105. maddesi de, bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz edenler hakkında hapis veya adli para cezası öngörmektedir. Yukarıdaki hükümler ışığında, mobbinge uğrayan bir işçinin de haklı nedenle iş sözleşmesini feshetme hakkının olup olmadığı gündeme gelecek. Mobbing uygulayan bir işçinin iş sözleşmesinin işverence geçerli veya haklı bir nedenle feshedilebilip feshedilemeyeceği sorulacaktır. Kanaatimce, İş Kanunu'nun 18. maddesinde düzenlenmiş bulunan işverenin geçerli nedenle iş sözleşmesini sona erdirmeye hükümleri uyarınca, diğer bir çalışana karşı mobbinge başvuran bir çalışanın, belirsiz süreli iş sözleşmesinin işverence feshedilebilmesi mümkün olmalıdır. Haklı nedenle fesih hakkı ise, ihbar süresinin beklenemeyeceği kadar ivedi ve/veya mobbingin yol açtığı zararın kişisel/örgütsel boyutlarının büyük olduğu hallerde düşünülmelidir.

Mobbing uygulayan kişinin kim olduğuna göre, işverenin hukuki sorumlulukları da değişecektir. Eğer mobbing hareketi direkt işveren tarafından yapılıyorsa, işverenin iş hukukundan doğan gözetim borcu çerçevesinde değerlendirme yapılabilecektir. Mobbing yapan işveren vekili veya bir diğer işçi ise, böyle bir durumda işverenin borçlar hukukundan doğan "adam çalıştıran sıfatıyla sorumluluğu" söz konusu olabilecektir. İşçi veya işveren vekilinin, diğer işçilere yaptıkları mobbingde ise, "işçinin işverene karşı sadakat borcu"na aykırılığı gündeme gelecektir. Mobbinge maruz kalan işçi de, işletme yöneticileri veya işverenin, söz konusu davranışlara göz yummaları nedeniyle uğradığı maddi ve manevi zararlar dolayısıyla, işverenden maddi ve manevi tazminat talep edebilmelidir.

Konunun diğer önemli bir yanı, iş sağlığı ve güvenliği hukuku açısındandır. İşletmelerde personelden sorumlu kimseler bakımından, ama hem de iş sağlığı ve güvenliğinden sorumlu elemanlar açısından konunun önemi büyüktür. Ülkemizde, özellikle ekonomik kriz nedeniyle işten çıkarmalar ve bu bağlamda bireylerin işlerini yitirme korku ve endişeleri, çalışanların psikolojik tacizi katlanılması gereken bir süreç olarak görmelerine ve böylece mobbingin etkilerinin daha da ağırlaşmasına neden olmaktadır. 2003 yılında yürürlüğe giren 4857 sayılı İş Kanunu yeni olmasına rağmen, işçi sağlığının psikolojik yanı açısından yeterince tatmin edici hükümler içermemektedir. Temmuz 2012 tarihinden itibaren yürürlüğe girecek olan Yeni Borçlar Kanunumuzun konuya ne derece yeterli düzenlemeler getirdiği ise çalışmamızda tartışılacak başka bir önemli konudur.

Sonuç olarak, pek çok işyerinde mobbinge bağlı problemlerle karşılaşılmasına rağmen, bu problemler, bir hastalık olarak görülememekte; ilgili önlemler alınmamakta veya iyileştirme çalışmaları yapılmamaktadır. Amaç, mobbing konusunda bilinçli bir toplum yaratabilmek olmalıdır. Konunun insan sağlığı öncelikle gözetilerek mobbingin tıbbi sonuçlarıyla yüzleşmek gerekir. Bundan başka, mobbingi engelleyecek veya ortaya çıkmışsa mağdurun zararını karşılayacak, en aza indirecek hukuki tedbirler alınmalıdır. Çalışmamızın amacı, konuyu bu iki açıdan tanımlamak ve soruna ilişkin çözüm önerileri sunmaktır.

Kaynaklar:

1. Atuk, Bülent: Türk Telekom'da Psikolojik İşkence (Mobbing), İstanbul 2012.
2. Aktekin, Ş.: Alman Mahkeme Kararları Işığında Mobbing Uygulamalarına İlişkin Bir İnceleme, MESS Sicil İş Hukuku Dergisi, Aralık, Sayı: 4, 2006.
3. Artuk, M. Emin: Cinsel Taciz Suçu (TCK. m.105), Çalışma ve Toplum, 2006/4, s.29-43.
4. Bayram, Fuat: Türk İş Hukuku Açısından İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing), Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi, 2007/14, s.551-574.

5. Bayram, Sabahattin: Psikolojik Taciz ve İş Kanunu Boyutu, Çimento İşveren Dergisi, Eylül 2009, s.46 vd.6. Bilgili, Abbas: İş Hukuku Açısından Mobbing, İstanbul 2012.
7. Deniz, Derya: Mobbing (İşyerinde Yıldırma) & İnsanda Saldırganlığı Açıklayan Kurumlar ve Vaka Örnekleri, İstanbul 2012.

283

NİLÜFER ORGANİZE SANAYİ BÖLGESİNDEKİ METAL SANAYİ İŞ KOLUNA AİT İŞYERLERİNDE İŞ KAZASI SIKLIĞI VE ETKİLEYEN ETMENLER

Seyithan Bingöl¹, Nalan Akış²

¹Siirt Toplum Sağlığı Merkezi

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) iş kazasını ‘belirli bir zarar, yaralanma veya ölüme yol açan, önceden planlanmamış beklenmedik bir olay’ şeklinde tanımlamaktadır (1). Dünyada her yıl 270 milyon iş kazası meydana gelmekte, 353 bin çalışan iş kazasına bağlı olarak hayatını kaybetmektedir (2). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de iş kazaları önemli bir sorundur. Bursa da bir sanayi şehri olması nedeniyle iş kazaları açısından riskli illerin başında gelmektedir.

Bu çalışmanın amacı; Nilüfer Organize Sanayi Bölgesi (NOSAB) metal sanayi iş koluna ait işyerlerinde çalışan mavi yakalı işçilerin, son bir yıldaki iş kazası geçirme sıklığı ile bunu etkileyen bazı etmenleri değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 1 Haziran -30 Eylül 2010 tarihleri arasında NOSAB metal sanayi iş kolundaki işletmelerde çalışan işçilerde yapılan kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde NOSAB’da metal sanayi iş kolundaki 116 işyerinde 5230 işçi çalışmakta idi. Örneklem hacmi belirlenirken evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan $n = Nt^2pq / d^2(N-1) + t^2pq$ formülü kullanılmıştır. Örneklem hacminin hesaplanmasında incelenecek olayın görülme sıklığı olan ‘p’ belirlenirken, Ankara’da bir metal fabrikasında yapılmış çalışmada saptanan %14,4’lük iş kazası görülme sıklığı alınmıştır (3). Yine aynı formülde olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen sapma (d) 0,02 olarak alınmıştır. Çalışmanın yapılacağı işyerleri seçilirken metal sanayi iş koluna ait işyerleri, Müftüoğlu’nun sınıflama sistemi kullanılarak işçi sayısına göre çok küçük, küçük, orta ölçekli ve büyük sanayi işletmesi olarak sınıflandırılmıştır (4). Buna göre NOSAB metal sanayi iş kolunda 16 çok küçük ölçekli, 63 küçük ölçekli, 30 orta ölçekli ve 7 büyük ölçekli iş yeri bulunmaktadır. İşçilerin seçiminde işyeri sınıfına göre tabakalandırılmış, işçi sayısına göre ağırlıklandırılmış rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemle hangi işyeri sınıfından kaç işçi alınacağı belirlenmiş, her sınıftan rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak bu işçi sayısını karşılayacak kadar işyeri seçilmiştir. Çalışma 2’si çok küçük ölçekli, 9’u küçük ölçekli, 7’si orta ölçekli ve 1’i büyük ölçekli olmak üzere 19 işyerinde yapılmıştır. Örneklem hacmi 966 olarak hesaplanmış, ancak örnekleme çıkan işyerlerindeki toplam 985 işçinin tümü çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada 30 sorudan oluşan anket formu gözlem altında yanıtlama tekniği kullanılarak, işçiler tarafından doldurulmuştur. Çalışmanın bağımlı değişkeni iş kazası geçirme durumu, bağımsız değişkenleri ise sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum); işle ilgili değişkenler (işletmedeki hizmet süresi, vardiyalı çalışma durumu, haftalık çalışma süresi, işyeri ölçeğinin büyüklüğü, işyerinde iş hekimi varlığı) ve kişisel değişkenlerdir (mesleki eğitim alma durumu, iş kazası eğitimi alma durumu, kalıcı sakatlık, kronik hastalık varlığı, sigara- alkol kullanma durumu, işinden memnun olma durumu). Araştırma verilerinin analizinde ki-kare testi, bağımsız grupta t testi, tek yönlü varyans analizi (Benferroni analiziyle) ve işçilerin iş kazası geçirme durumunu etkileyen etmenler için tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan değişkenlerin katılımıyla lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmada 795 işçiye (örneklem hacminin % 80,7’si) ulaşıldı. Bu işçilerin % 97,9’u erkek, % 2,1’i (17 işçi) kadındı. İşçilerin yaş ortalaması 32,6±7,4 yıldı. Son bir yılda iş kazası geçiren işçilerin yüzdesi % 15,5 (123 işçi) ve son bir yıldaki iş kazası insidans hızı binde 307 olarak bulunmuştur. Geçirilen iş kazalarının oluş

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

şekillerine bakıldığında ilk sırada % 32,8'i ile kesik ve delinme gelmekte, bunu % 25,4 oranı ile göze çapak kaçması izlemektedir. Kazaların % 35,3'ü kış mevsiminde olmuştur. En fazla kazanın olduğu günler çarşamba ve cumadır. Kaza geçiren işçilerin % 50,4'ü en az bir gün işten uzak kalmışlardır. Çalışılan işyeri ölçeği ile kaza geçirme durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır, işyerinin büyüklüğü azaldıkça kaza geçirme oranı anlamlı olarak artmaktadır ($\chi^2_{\text{eğim}}= 8,44$ $p<0,01$). Yaşı 29 ve daha küçük olanlar 2,14 (1,29-3,55) kat, haftalık çalışma süresi 46 saat ve üstünde olanlar 2,07 kat (1,26-3,13), işinden memnun olmayanlar 2,49 (1,44-4,32) kat fazla iş kazası geçirmişlerdir. Çalıştığı işyerinde iş yeri hekimi bulunmayanlar bulunanlardan 1,59 (1,03-2,44) kat fazla iş kazası geçirmişlerdir. Medeni durum ve işçide kalıcı sakatlık olması, vardiyalı çalışmanın olması ile iş kazası arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tartışma, sonuç, öneriler: Çalışmamızda işçilerin iş kazası geçirme oranı %15,5 bulunmuştur. Türkiye'de yapılan çalışmalarda iş kazası sıklığı % 2,9-14,4 arasında değişmektedir (3, 5). Yapılan çalışmalar genç işçilerin iş deneyimlerinin az olması, daha tehlikeli ve güç gerektiren işlerde çalışmaları nedeniyle kaza risklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir (6). Bizim çalışmamızda da 29 yaş ve altında olanların daha fazla iş kazası geçirdiği bulunmuştur. Uzun çalışma sürelerinin iş kazası riskini attırdığını gösteren çok sayıda çalışma vardır (7, 8). Yorgunluk, uykusuzluk, artan stresin uzun çalışma sürelerindeki iş kazası artışının nedenleri olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızdaki bulgular da bununla uyumludur. İşinden memnun olmayanlarda iş kazası riskinin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar vardır (9, 10). Bizim çalışmamızda bulduğumuz işten memnun olmayanların 2,49 kat fazla kaza geçirmiş olması bu bulguyu desteklemektedir. Çalışmamızda işyeri hekimi bulunmayan işyerlerinde çalışan işçilerde iş kazası geçirme riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu durum büyük işyerlerinde iş güvenliği önlemlerinin daha iyi alındığını düşündürülebilir. İş kazalarının azaltılabilmesi için, haftalık çalışma sürelerinin yasal süreden fazla olması engellenmeli ve 50'den az işçi çalıştıran işyerlerinin de sistemli olarak iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: İş kazası, metal sanayi, işçi

Kaynaklar:

1. Abdul Raouf. Theory of accident causes. In: ILO encyclopaedia of occupational health and safety. Forth edition, Geneva; 1998.
2. http://www.ilo.org/global/What_we_do/Events/symposiaqseminarsandworkshop/lang--en/WCMS093776/index.htm (erişim tarihi: 05.09.2010)
3. Gülhan B. Bir ağır metal üretim fabrikasında çalışanların iş kazası geçirme sıklığı ve ilişkili etmenler. (Yüksek lisans tezi). Ankara: gazi Üniversitesi; 2008
4. Müftüoğlu T. Türkiye'de küçük ve orta ölçekli işletmeler, sorunlar ve öneriler. EGS bank yayınları no: 1, 1997.
5. MESS üyelerinde iş kazaları ve meslek hastalıkları istatistikleri 2008, MESS yayınları, yayın no: 582, İstanbul; 2009.
6. Chau N et al. Implications professionnelles des lésions sévères du membre supérieur. Arch Mal Prof 1995, 56: 12-22.
7. Salminen ST. Shift Work and Extended Working Hours as Risk Factors for Occupational Injury. *The Ergonomics Open Journal*, 2010, 3, 14-18
8. Türk MH. Trabzon Arsin Organize Sanayi Bölgesinde İş kazası sıklığı ve etkileyen risk faktörleri (Yüksek lisans tezi). Trabzon: Katradeniz Teknik Üniversitesi ; 2006.
9. Gauchard GC, et al. Individual characteristics in occupational accidents due to imbalance: a case-control study of the employees of a railway company. *Occup Environ Med*. 2003 May;60(5):330-5.
10. İşçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili genel bilgiler. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İşçi Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Ankara: Yayın no: 30; 1993,17-8.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Zeynep Uzun, Melek Ardahan, Özüm Erkin

Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD

Anahtar Kelimeler: işçi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları

Giriş ve Amaç: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD), bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır (Özkan ve ark, 2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları egzersiz, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olarak gruplandırılmaktadır (Ahijevych ve Bernard, 1994; Maurer ve Smith, 2000).

Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu nedenle sunulacak sağlık hizmetlerinin de bu doğrultuda sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünde olması gerekmektedir (Ayaz ve ark. 2005). Ölüm nedenlerine bakıldığında, birinci sırada kronik hastalıklar yer almaktadır. Bu sonuçlar kronik hastalık ve yaşam biçimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Rozmusve ark, 2005; Hsiao ve ark., 2005).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen birçok faktör vardır. Yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, ekonomik durum bunlardan bazılarıdır (Battorf ve Johnson, 1996; Maurer ve Smith, 2000). Yapılan çalışmalarda eğitim, gelir ve mesleki durumunun (Duffy et al., 1996, Battorf ve Johnson, 1996; Spellbring, 1991), ileri yaş ve evli olmanın (Sayan ve Erci 2001, Volden ve ark. 1990) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve sürdürülmesinde etkili olduğu bildirilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve devam ettirilmesinde sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire, ebe, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, vb) önemli rol ve sorumlulukları vardır (Harris JS, Fries JF, 2004). Bu çalışma İzmir ilinde özel sektöre ait otomotiv üretimi yapan bir fabrikada çalışan işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 2008-2009 yılları arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, otomotiv fabrikasında çalışan 3500 işçi oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırmanın uygulandığı tarih ve saatler içerisinde kurumda bulunan işçiler araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (n=346). Araştırma örnekleminin %93'üne ulaşılmıştır (n=323).

Araştırma verilerinin toplanabilmesi için, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kurulundan ve araştırmanın yürütüldüğü fabrikadan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca anket formları dağıtılmadan önce araştırmanın amacı konusunda işçilere bilgilendirme yapılmış ve katılmak isteyenler araştırmaya dahil edilmiştir. Anket formları 08.00-16.00 saatleri arasında dağıtılıp geriye toplanmıştır. Anket formunun yanıtlanma süresi ortalama 20 dakikadır.

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen işçilere yönelik tanıtıcı bilgilerin bulunduğu anket formu (7 soru) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (48 madde) ile toplanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile) 1987'de Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1997'de Esin tarafından yapılmıştır. Ölçeğin alpha katsayısı 0.91 bulunmuştur. Toplam 48 maddeden oluşan likert tipi, 4 dereceli ölçeğin bütün maddeleri olumludur. Her bir madde için sırasıyla 1 (hiçbir zaman), 2 (bazen), 3 (sık sık) ve 4 (düzenli olarak) puan verilir. En düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Ayrıca ölçeğin 6 alt boyutu vardır. Bu boyutlar, sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak, bireyin sağlığını geliştiren davranışlarını ölçer. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir (Esin,97).

Veriler SPSS 16.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Sayı, yüzde, t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve ileri varyans analizi (Tukey Least Significant Difference Test) (LSD) yapılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: İşçilerin %98.5'i erkek ve 14-23 (%54.5) yaş aralığındadır. %60.1'i bekâr, %49.2'si ortaokul mezunudur. %96.6'sı sosyal güvencesinin olduğunu ve %64.1'i gelirini giderine denk olarak ifade etmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

İşçilerin %52.6'sının 1-5 yıldır çalıştığı, %93.2'sinin mesleğini isteyerek yaptığı, %79.6'sının bir ayda ortalama 101-200 saat çalıştığı saptanmıştır. İşçilerin %90.4'ü yeterli ve dengeli beslendiğini, %58.5'i 7-8 saat uyduğunu, %65.3'ü ise sigara kullanmadığını ifade etmiştir. İşçilerin %81.1'i alkol kullanmamaktadır. İşçilerin %28.5'i kendini sakin ve dingin hissettiğini, %76.8'i dinlenmek için vakit ayırdığını, %59.4'ü kendine zaman ayırdığını bildirmiştir. Ayrıca %53.3'ü egzersiz yapmadığını ifade etmiştir. İşçilerin %59.7'si sağlığını orta düzeyde değerlendirmektedir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği beslenme alt boyutu ve medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Manevi gelişim alt boyutu ve medeni durum, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ve yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Kişiler arası ilişkiler alt boyutu ve meslek özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.005$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: İşçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını orta düzeyde sergiledikleri, en düşük puanı fiziksel aktivite alt boyutundan, en yüksek puanı ise manevi gelişim alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile medeni durum ve yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. İşçilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda farkındalık yaratmayı ve bilinç geliştirmeyi hedefleyen sağlık eğitimlerinde işçilerin yaş grupları ve medeni durumları göz önüne alınabilir. Ayrıca sağlık ekibi tarafından egzersiz alışkanlıklarının geliştirilmesine yönelik kurumsal düzenlemeler planlanabilir.

Kaynaklar:

1. Özkan S.,Yılmaz E. (2008) Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:7, s:89-105.
2. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005; 9(2): 26-34.
1. Esin N. (1997) Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
2. Ahijevycyh K, Bernhard L (1994) Health promoting behaviors of African Amerikan women. Nurs Res, 43(2): 86-89.
3. Maurer F, Smith C (2000) Community Health Nursing Theory and Practice, WB Saunders Company, s.404-424.
4. Battorf JL, Johnson JL (1996) The effects of cognitivepersceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nurs Res, 45(1): 30-36.
5. Duffy M, Rossow R, Hernandez M (1996) Correlates of health promotion activities in employed mexican Amerikan women. Nurs Res, 45(1):18-24.
6. Spellbring M (1991) Nursing role in health promotion, Nurs Clin N Am, 26(4): 805-813.
7. Sayan A, Erci B (2001) Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(2):11-19.
10. Volden C, Langemo D, Adamson M, Oechsle L (1990) The relationship of age, gender and exercise practices to measure of health, lifestyle, self esteem. Appl. Nurs Res, 3(1):20-26.
11. Harris JS, Fries JF (2004) The health effects of health promotion. In: Health Promotion in the Workplace, O'Donnell MP (Ed.), 1–22, Delmar Thomson Learning, Albany.

354

SAĞLIK ÇALIŞANIN İŞ GÜVENLİĞİNE BAKIŞI

Rabia Sohbet, Necdet Sansar, Ayla Aydın, Esra Dalkun

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş/Amaç: Güvenlik, insanın temel ihtiyaçlarından, insanoğlu için vazgeçilmez, karşılanması zorunlu ve çok değerlidir. Çalışma hayatında güvenlik, sağlığın korunması ve güvenliğinin sağlanması, dünyada birlikte ele alınan konular haline gelmiştir. Bunun en önemli nedeni, insan hayatının ve sağlığının maddi karşılığının ölçülememesidir. "Bana bir şey olmaz" düşüncesiyle baktığımızda iş kazası ve meslek hastalığı riskini artırmaktayız. Sağlık personelinin karşı karşıya kaldığı mesleki tehlikeler içinde, "en çok görülen, en çok sakat bırakan ve en çok öldüren" özelliklerine göre, önde gelenler; Enfeksiyonlar, radyasyon, anestetik ve kimyasal maddeler, işyerinde şiddet, aşırı ve düzensiz çalışma vardiyası, nöbet, gece çalışmaları, çağrı üzerine çalışma gibi...sayılabilir. Bunların dışında, sağlık personelinin, meslek uygulamalarından kaynaklanan "bedensel, ruhsal ve sosyal" birçok tehlike tanımlanabilir. Buradan hareketle araştırma Gaziantep Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesindeki hemşirelerin çalışan güvenliği hakkındaki bilgisini, iş yerindeki fiziki güvenlik ve kişisel korunma düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Metod/Materyal: Araştırma 28 Kasım-15 Aralık 2011 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesindeki çalışan(462 kadrolu) hemşireden gönüllü 205 hemşireye uygulanmıştır. Araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formunda 9 açık uçlu 23 kapalı uçlu toplam 32 sorudan oluşmaktadır. Anketler, hemşirelerin sözel onamı alındıktan sonra 10-15 dakika içinde gözlem altında uygulanmıştır. Veri değerlendirilmesinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan 205 hemşirenin %44.8'i 18-25 yaşları arasında olduğu, çoğunluğunun lisans mezunu (%74.6) olduğu görüldü. Katılımcılara "kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz" sorusuna %45.8'i 0-3 yıl, %29.7'si 4-7 yıl, %24.3'ü de 7 yıl ve üstü bu meslekte çalıştığını belirtti. Katılımcıların %35.6'sı dahiliye, %20.9'u cerrahi kliniklerinde, %20.4'ü yoğun bakımlarda, %8.7'si acil ve pediatri kliniklerinde, %5.3'ü tanı laboratuvarlarında çalıştığı saptanmıştır. Katılımcıların %51.3'ü yönetmelik hakkında bilgisinin olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların %70.2'si çalıştığı yerde yeterli güvenlik önlemlerinin alınmadığını belirtti. Katılımcıların %70.2'si çalışma alanının fiziksel sağlığını gözetecek şekilde düzenlenmediğini belirttiler. Katılımcıların %60'ı çalıştığı birimde dinlenme odasının olduğunu, %34.6'sı 15-30 dakika, %33.6'sı hiç dinlenmediğini belirtti. Katılımcılar; "Çalışma süresi sonunda bel, diz ağrınız oluyor mu?" sorusuna %89.2'si "evet" cevabını vermiştir. Katılımcılara; "Son 6 ay içerisinde çalışma hayatınız da tehdit sözle taciz vb. bir durum yaşadınız mı?" sorusuna %60'ı "evet" cevabını vermiştir. Katılımcıların %7.3'ü son 6 ay içerisinde fiziksel saldırıya maruz kaldığını belirtmiştir. Katılımcıların %26.8'i hizmet içi eğitim yapıldığını belirtmiştir. Katılımcılara; "Çalıştığınız klinikte son 6 ay içinde hepatit A,B,C ve HIV, AIDS'den korunmaya yönelik hizmet içi eğitim yapıldı mı?" sorusuna %26.3'ü "evet", %73.7'si "hayır" cevabını vermiştir. Katılımcılara; "İlaç uygulamaları sırasında meydana gelen iğne batmalarını gerekli birimlere bildiriyor musunuz?" sorusuna %52.1'i "evet", %47.9'u "hayır" cevabını vermiştir. Katılımcılara; "İlaç uygulamaları sırasında meydana gelen iğne batmalarını önlemek için ne gibi önlemler alıyorsunuz?" sorusuna %43.4'ü kesici delici atık kutusu kullandığı, %37.1'i önlem almadığı, %19.5'i eldiven kullandığını belirtmiştir. Katılımcılar; "Aldığınız radyasyonun ölçümü için dozimetreniz var mı?" sorusuna %95.2'si "evet" cevabını vermiş. Katılımcılar; "Kemoterapik ajanlarla çalışmanız sırasında gerekli önlemleri alıyor musunuz?" sorusuna %40.4'ü "evet", %59.6'sı "hayır" demiştir. Katılımcılar; "Anestezi gazları sağlığını etkiliyor mu?" sorusuna %34.6'sı "evet", %65.4'ü "hayır" dediği saptanmıştır. Katılımcılar; "Aşırı ve düzensiz çalışma, gece nöbeti, vardiyası sistemi sağlığını etkiliyor mu?" sorusuna %36.6'sı "evet", %63.4'ü "hayır" cevabını vermiştir. Katılımcılar; "Hastane enfeksiyonlarından korunmada ne gibi önlemler alıyorsunuz?" sorusuna %41.9'u izolasyon önlemlerini uyguladığını, %20.7'si ellerini sık yıkadığını, %8.7'si dezenfektan kullandığını, %0.9'u düzenli aşı ve serolojik testlerini yaptı ve %27.8'i hiçbir önlem almadığını belirtmiştir. Katılımcılar; "İşlemler sonrasında elinizi ne kadar sürede yıkıyorsunuz?" Sorusuna %53.1'i 5-30 saniye, %19'u 30-60 saniye, %15.1'i 1-3 dakika ve %12.8'i ise işlemler sonrasında elini yıkamadığını belirtmiştir. Katılımcılar; "Elinizi yıkarken hangi tür antiseptik madde kullanıyorsunuz?" sorusuna %12.6'sı iyotlu, %32.2'si formaldehitli, %0.9'u glutamatlı kullandığını ve %54.2'si bu antiseptik maddeleri kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcılar; "Temas, solunum izolasyonu olan hastalara bakım verirken gerekli önlemleri alıyor musunuz" sorusuna %89.3'ü "evet", %10.7'si "hayır" demiştir. Katılımcılar; "İş sağlığınıza adına yıllık rutin olarak serolojik testlerinizi yaptırıyor musunuz" sorusuna %47.3'ü "evet", %52.6'sı "hayır" cevabını vermiştir. Katılımcılar; "Herhangi bir hastane enfeksiyonuna(e.coli, pseudomon sauroginasa vb.) bağlı bir hastalık geçirdiniz mi?" sorusuna %87.9'u "hayır", %12.1'i "evet" cevabını vermiştir. Katılımcılar; ".Çalışma sırasında ve iş yerinde yaşadığınız stres sağlığınıza ve psikososyal yaşantınıza etkiliyor mu?" sorusuna %88.2'si "evet", %11.8'i "hayır" cevabını vermiştir. Katılımcılar; "Hepatit B aşısı yaptırdınız mı?" sorusuna %90.2'si "evet", %9.8'i "hayır" demiştir. Katılımcılar; "Kurum tarafından ne gibi önlemler alınıyor?" sorusuna %53.1'i hiçbir fikri olmadığını, %19.5'i kurum tarafından önlem alınmadığını, %9.2'si hizmet içi eğitim yapıldığını, %15.1'i izolasyon önlemlerinin alındığını, %1.1'i dezenfektan

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kullanıldığını belirtmiştir. Katılımcılara; “Kurum tarafından alınmasını istediğiniz önlemler nelerdir?” sorusuna %10.1’i yeterli güvenlik önlemi ve güvenlik görevlisi sağlanması gerektiğini, %5.2’si daha iyi fiziksel şartlar sağlanması gerektiğini, %5.2’si hizmet içi eğitimlerinin yapılması gerektiğini, %9.1’i aşılama ve serolojik testlerin sık aralıklara yapılması gerektiğini, %9.7’si enfeksiyon kontrol komitesinin daha iyi çalışması gerektiğini, %55.1’i bir fikrinin olmadığını belirtmiştir.

Sonuç/Öneriler: Yapılan araştırmada çalışanların güvenlik önlemleri eksikliği, hizmet içi eğitimin yetersizliği, aşırı ve düzensiz çalışma şartlarının olumsuzluğu, hastane tarafından rutin olarak serolojik testlerin yapılmadığı, çalışma saatleri içerisinde dinlenme sürelerinin azlığı, yoğun iş maratonu gibi sonuçlara ulaşılmıştır. Bu doğrultuda; çalışılan birimlerde yeterli güvenlik önlemlerin alınması, yoğun iş saatlerinin vardiya sisteminin hemşire sayısı artırılarak düzenlenmesi, çalışma saatleri içerisinde dinlenme saatlerin artırılması, çalışan güvenliği ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili gerekli hizmet içi eğitimlerin sık aralıklarla yapılması, yıllık rutin olarak serolojik testlerin yapılması gibi önlemler alınabilir. Fikri olmadığını belirten yarısından çok katılan için iş sağlığı ve güvenliği konusunda eğitimler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanı, Güvenlik, İş Güvenliği, Sağlık Riskleri

734

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA EL HİJYENİ UYGULAMALARI

Saadet Çolak Özdemir, Özlem Eroğlu Sucu, Sibel Kıran

Zonguldak Uzunmehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi

Giriş ve Amaç: Çalışmanın amacı bir devlet hastanesi çalışanlarında Enfeksiyon Kontrol Komitesi ile Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi ortak etkinliği olarak yürütülen el hijyeni uygulamalarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitseldir. 277 çalışanı olan bir devlet hastanesinde Mart 2012-Mayıs 2012 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışmada, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, Centers for Disease Control and Prevention (CDC-US)’nin el hijyen uygulama önerileri(1) doğrultusunda hazırlanan, el hijyen uygulamaları ve bu konuda bilgilerinin değerlendirildiği, en yüksek puanın 30 olabileceği soruları içeren bir anket, kişilerin kendi bildirimine dayalı olarak uygulandı. Çalışmaya hasta veya hastaya ait materyal ile doğrudan teması olan, temas olasılığı yüksek bulunan riskli birim çalışanları, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği ile İnfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından düzeltici-önleyici faaliyet bildirimlerinin yapıldığı bölüm çalışanları olan (klinikler, acil servis, yoğun bakım, laboratuvar, kan alma, morg, temizlik ve dezenfeksiyon) 120 kişi alındı. Çalışmaya ait veriler bilgisayar ortamında SPSS 13.0 kullanılarak değerlendirildi. Tüm grupta ulaşılan 99 kişi varken, analize alınacak değişkenlerdeki kayıp veriler nedeniyle, çok değişkenli modellemede sayı daha da azalmakta olduğu için çok değişkenli çözümleyici analiz yapılmadı. Elde edilen veriler sıklık dağılımları, ortalamalar ve gruplararası karşılaştırmalar olarak tanımlayıcı ağırlıklı sunuldu. P<0.05 kabul edilip, gruplararası karşılaştırmalarda ki-kare, ortalama karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 120 kişiden 99’una ulaşıldı(%82.5). Çalışanların yaş ortalaması(n=93)34.56±8.57(min:19, max:63); %68.7’si kadın, %31.3’ü erkek, %63.6’sı evliydi. Araştırma grubunun %51.5’i herhangi bir sağlık/tıp branşında eğitim alan (hemşire, doktor, laborant, att vb.) çalışan, %48.5’i sağlık dışı branşlarda eğitim alan (temizlik personeli, tıbbi atık personeli, imam, gassal, sekreter vb.) çalışanlardı. Öğrenim düzeylerine bakıldığında %45.5’i lise ve altı, %54.5’i önlisans ve üstü düzeyde öğrenim görmekteydi. Çalıştıkları birimlere bakıldığında %39.4’ü kliniklerde, %12.1’i acil serviste, %11.1’i yoğun bakımda, %37.4’ü diğer birimlerdeydi (çamaşırhane, morg, tıbbi atık, dezenfeksiyon, alerji vd). Kurumda çalışma süresi en

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

az 2 ay, en çok 30 yıl olarak bildirildi. Araştırma grubunda yer alan çalışanlardan %93.8'i el hijyenine özel eğitim aldığını belirtirken, %6.2'si eğitim almadığını(n=97); el hijyeni eğitimi alanların %12.8'i(n=12) okuldan eğitim aldığını, %86.2(n=81)'si hizmet içi eğitimlerde el hijyeni eğitimi aldığını belirtmekteydi. Tüm katılımcıların bilgi puanı ortalaması 18.35±4.20(min:0-max:26) olup katılımcıların %48.4'ünün bilgi puanı 18 puan ve altındadır. Herhangi bir sağlık/tıp branşında eğitim alan çalışanların(n=51) bilgi puanı 18.2±3.85, sağlık dışı branşlarda eğitim alan çalışanların(n=48) bilgi puanı 18.6±4.57'dir, sağlık/tıp branşında eğitim alan çalışanlarla, sağlık dışı branşlarda eğitim alan çalışanlar arasında anlamlı fark bulunmadı. Cinsiyete göre bilgi puanı karşılaştırıldığında, erkeklerin(n=31) bilgi puanı 18.7±3.11, kadınların bilgi puanı 18.1±4.62'ydi. Cinsiyetler arasında bilgi puanı açısından anlamlı fark yoktu. Öğrenim düzeyine göre karşılaştırıldığında, lise ve altı öğrenimi olanların(n=45) bilgi puanı 18.7±5.16, önlisans ve üstü öğrenimi olanların(n=54) bilgi puanı 18.1±4.82'dir. Bekar olanların(n=36) bilgi puanı 18.8±2.82, evli olanların(n=63) bilgi puanı 18.1±4.82'dir(P>0.05). Çalışma yılı 10 yıl ve altında olanların (n=59) bilgi puanı 18.5±4.27, 11 yıl ve üstünde olanların(n=30) bilgi puanı 18.3±4.43'tür(P>0.05). Çalışanların %36.1'i el yıkamada güçlük çektiğini belirtirken; %49.5'i lavabo yetersizliği, %41.4'ü iş yükü fazlalığı/zaman baskısı nedeniyle, %15.2'si ellerinin kullanılan temizleyicilerden zarar görmesi nedeniyle, %10.1'i el yıkanan ortama ve malzemeye güvensizlik duyduğunu, %9.1'i el hijyen ürünlerini yetersiz bulduğunu, %7.1'i el hijyen uygulamaları için uygun standart olmadığını belirtmekteydi. Elde en çok mikroorganizma bulunduran bölge sorusuna çalışanların % 93.8'i yanlış yanıt verirken, %6.2'si bilekler diyerek doğru yanıt verdi. Katılımcıların %98.7'si alkol bazlı el antiseptiği kullandığını(n=76), %79.5'i kurumda yürütülen el hijyen çalışmalarını yeterli bulduğunu, %20.5'i el hijyen çalışmalarını yetersiz bulduğunu belirtmekteydi(n=92). Çalışanların el hijyeni uygulamaları konusunda önerileri değerlendirildiğinde 5 kişi eğitimlerin tekrar edilmesini veya artırılmasını, 5 kişi de malzeme eksikliklerinin çözümünü talep etmekteydi.

Tartışma: Bu çalışmada el hijyeni eğitim alma oranı tüm katılımcılarda % 93.8'dir. Demirdal ve arkadaşları tarafından bir üniversite hastanesinin 75 asistan doktor ve 75 hemşiresi üzerinde yürüttüğü el hijyeni araştırmasında; hemşirelerin el hijyeni eğitimi alma oranı %72, asistanlarda %58.7'dir. Aynı çalışmada; asistan doktorlar %24, hemşireler %24 olmak üzere en çok okuldan el hijyeni eğitimini aldığını belirtirken(2); bu çalışmada, el hijyen eğitimini okuldan aldığını ifade edenlerin sayısı %12.8, hastane hizmet içi eğitimlerinden aldığını belirtenlerin sayısı %86.2'dir. Çalışanların büyük bir kısmının el hijyeni eğitimi almış olması; kurum tarafından çalışanlarına işe başlangıçta oryantasyon eğitimi, sonraki dönemlerde ise periyodik hizmet içi eğitim verilmesinden ileri geldiği düşünülmektedir. Herhangi bir sağlık/tıp branşlarında eğitim alan çalışanların bilgi puanları ile sağlık dışı branşlarda eğitim alan çalışanların puanları birbirine yakın olmakla birlikte iki grup arasında el hijyeni bilgi puanı açısından anlamlı fark yoktu. Ayrıca katılımcıların %48.4'ünün bilgi puanının 18 puan ve altında olması da aynı şekilde dikkat çekicidir. Bu durum hizmet içi eğitim programları gereği sık verilen eğitimlerin çalışanlarda, içeriğe ve uygulamaya odaklanmaktan çok yasak savma algısı oluşturduğu; bu nedenle çalışanlar arasında duyarsızlaşmaya neden olduğu biçiminde yorumlanmıştır. Bu çalışmada el yıkamada güçlük yaratan sebepler; en sık lavabo yetersizliği iken(%49.5), bunu iş yükü fazlalığı/zaman baskısı(%41.4) ve ellerin kullanılan temizleyicilerden zarar görmesi(%15.2) izlemektedir. Akylıl'ın bir üniversite hastanesinde çalışan 141 hemşire üzerinde yaptığı çalışmasında, el yıkamayı engelleyen sebepler sıralandığında %44.0 ile en sık hasta fazlalığı/hemşire sayısının yetersizliği, bunu %28.3 ile araç-gereç eksikliği ve %18.4 ile zaman yetersizliği izlemektedir(3). Demirdal ve arkadaşlarının çalışmasında ise hemşireler %58.7 ile iş yükü fazlalığı, %22.7 ellerin zarar görmesi ve %12 lavabo yetersizliği olarak; aynı soruya asistan doktorlar ise %34.7 iş yükü fazlalığı, %21.3 el yıkanan ortama ve malzemeye güvensizlik, %20 lavabo yetersizliği, %17.3 elin zarar görmesi biçiminde yanıt vermiştir(2). Bu çalışmada lavabo yetersizliğinin el yıkamadaki öncelikli güçlük yaratan sebep olması, kurumun fiziki donanım-altyapı eksiklikleri göz önüne alındığında beklenen bir durumdur. Çalışmanın elde en çok mikroorganizma bulunduran bölge sorusuna, katılımcıların tamamına yakını yanlış yanıt verirken pek azı bilekler diyerek doğru yanıt vermiştir. Demirdal ve arkadaşlarının çalışmasında aynı soruyu doğru yanıtlayanlar hemşirelerde %26.7 iken, asistanlarda %16 oranında olup bu durum bilgi eksikliği ile ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde bu çalışmanın genel anlamda düşük bulunan puanları da hatırlandığında, bu

bulgular ışığında bilgi eksikliklerinin giderilmesinin zorunlu olduğu, eğitim içeriğinin ve etkinliğinin de iyileştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışma, el hijyen uygulamalarına yönelik 'Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi' ile 'İnfeksiyon Kontrol Komitesi'ne iletilen düzeltici-önleyici faaliyet bildirimleri ve gereksinimden yola çıkılarak yürütüldü. El hijyen çalışmalarının sürdürülmesinde, tekrarlardan çok geribildirim-katılım ve farkındalığa dayalı, sağlık-güvenlik kültürü oluşturulması önemli ve gereklidir. El hijyen eğitimlerinin nitelik yönünden sorgulanması, farklı ölçüm araçları ile ölçülmesi; sağlık inanç modelleri, sağlık eğitim teknikleri ile bölüm ve meslek kategorisine göre güncellenmesi gerekmektedir. Ek olarak el hijyen uygulamalarının gerçekleştirilmesinde pratik uyumu kolaylaştıracak kurumsal altyapı ve düzenlemelerle, gerekli malzemelerin temini ile uygun çalışma koşullarının sağlanması konusunda hastane yönetiminin etkin politikalar geliştirmesi önemlidir.

Anahtar Sözcükler: el hijyeni, sağlık çalışanı, iş sağlığı ve güvenliği, eğitim, sağlık eğitimi.

Kaynaklar:

1. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR 2002; 51(RR16): 1-44.
2. Demirdal T., Uyar S., Demirtürk N., Bir Üniversite Hastanesinde Çalışanlarda El Yıkama Uygulamalarının ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirmesi, Kocatepe Tıp Dergisi, 8: 39-43/ Eylül 2007.
3. Akyıl R., Uzun Ö., Hastanede Çalışan Hemşirelerin El Yıkama Durumlarının Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10: 2, 2007.

651

TARIMDA ÇALIŞAN KADINLARIN HEMŞİRELİK SORUNLARININ BELİRLENMESİ

Keziban Taşçene, Deniz Koçoğlu, Belgin Akın

Tc Selçuk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Günümüzde, nüfusun önemli bir bölümü halen kırsal kesimde yaşamaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu 2008). Kırsal kesimde yaşayanların önemli bir kesimi tarımla uğraşmaktadır. Pek çok gelişmekte olan ülkede tarım sektörü önemli sosyal sorunların doğduğu ve giderek büyüdüğü bir kesimdir (Özbekmezci ve Sahil 2004, Türk 2006). Ülke genelinde iş gücüne katılma oranı % 49,9 olup, bu oran kadınlarda % 21,1'dir (TÜİK 2012). Amerika Birleşik Devletlerinde (%56.7'si) ve yapılan araştırmalar sonucunda (%79.8) kadın işçilerin çoğunlukta olduğu gösterilmiştir (Mull and al 2001, Snipes and al 2009). Tarımda çalışan kişiler yaşam koşullarının uygunsuzluğu, işin niteliğine bağlı olarak maruz kaldıkları riskler ve sağlık sorunları ile temel insan hakkı olan hizmetlere ulaşamama gibi problemlerle karşılaşmaktadır.(Coughlin and Wilson 2002, Yıldırak ve ark 2002, Weathers and Garrison 2004). Tarımsal ortamda yoğun stres, uzun süre çalışma ve yorgunluk, ergonomik olmayan araç ve aletler, uygunsuz hava koşulları, yetersiz eğitim ya da hiç eğitimin olmaması gibi pek çok faktör yaralanma ve hastalık riskini arttırmaktadır (Kutlu 2011, Quandt and al 2001). Bu nedenlerden dolayı tarımda çalışan kadınların sağlık sorunlarının belirlenmesi önem taşımaktadır. Bu araştırma, tarımda çalışan kadınların hemşirelik sorunlarının belirlenmesini amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini Konya- Kaşınhanı İlçesinde havuç işletmelerinde çalışan 300 kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini Nisan 2012- Mayıs 2012 tarihleri arasında araştırmayı kabul eden 46 tarımda çalışan kadın oluşturmaktadır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Veri Toplama Yöntemi ve Araçları; Araştırma da sosyo- demografik değişkenler ve omaha sistemini içeren 146 soruluk anket kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yapılan yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Sosyo-demografik özellikler; yaş, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim düzeyi, en uzun süre yaşanan yer, katılımcının durumu, iş yerindeki görevi, çalışma süresi, çevresel alan; aylık gelir, sosyal güvence durumu, çalışma ortamının temizlik koşulları, çalışma ortamında alerjik madde varlığı, böcek/ kemirci hayvan varlığı, temiz su varlığı, günlük çalışma ve dinlenme saati, iş yerinde tehdit ve şiddete maruz kalma, iş kazası, psikososyal alan; toplum kaynaklarından memnun olma, boş zaman aktiviteleri, rol değişimi, batıl inanç varlığı, üzüntü varlığı, mental sağlık, cinsel yaşantı, ihmal edilme, şiddet durumu, fizyolojik alan; işitme, görme, konuşma, ağız algılama, ağrı, deri, sinir- kas- iskelet fonksiyonlarını, solunum dolaşım, sindirim- hidrasyon, bağırsak fonksiyonu, üriner fonksiyon, üreme fonksiyonu, bulaşıcı/ enfeksiyon durumu, sağlık davranışları; beslenme, uyku ve dinlenme düzeni, fiziksel aktivite, madde kullanımı, aile planlaması, sağlık bakım denetimi, tedavi rejimi incelenmiştir. Araştırmanın yürütülmesi için Konya İl Sosyal Etüd ve Proje Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmış ve araştırmaya katılanlara araştırma hakkında açıklamalar yapıp sözel onam alınmıştır. Veriler SPSS 15.0 istatistik programında frekansları ve el ile yüzdelikleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 32,8±12,04 olup % 84,8'i evlidir ve ortalama çocuk sayısı ikidir (%33, 3). Kadınların % 60,9' u ilkököl mezunudur. % 86,9' u ilçede yaşamaktadır. Tarımda çalışan kadınların % 95,7'si köyde yaşayan çiftçi yada tarım işçisidir ve % 95,7' si paketlemede çalışmaktadır. Ortalama çalışma süresi 10,65± 10,3' tür.

PSL'de yer alan çevresel (% 7), psikososyal (% 31.5), fizyolojik (% 41.2) ve sağlık davranışları (% 20.3) alanlarında toplam 1096 (kişi başına ortalama 23,8 hemşirelik tanısı) hemşirelik tanısı belirlenmiştir.

Omaha sistemi kullanılarak belirlenen 1096 hemşirelik tanısının 7,02'sini çevresel alan tanıları, % 31,5' ini psikososyal alan tanıları, %41,14'ünü fizyolojik alan tanıları ve % 20,34' ünü ise sağlık davranışları alanı oluşturmaktadır. Hemşirelik tanılarında birinci sırada % 41,14' ünü fizyolojik alan tanıları bulunmaktadır.

Tüm tanı alanları değerlendirildiğinde Omaha PSL(Problem Sınıflandırma Listesi)'ye göre en çok kodlanan hemşirelik tanıları sırasıyla mental sağlık (% 7,84), ağız sağlığı (% 7,11), gelir (% 6,56), dolaşım (% 6,47), sosyal ilişki (5,29), toplum kaynakları ile iletişim (5,20), beslenme (4,92)' dir. Çevresel alanda en sık kullanılan tanı gelir (% 6,56); psikososyal alanda mental sağlık (%7, 84); fizyolojik alanda ağız sağlığı (%7,11); sağlık davranışı alanında beslenme (%4,92) tanısıdır. Çevresel alanda PSL'ye göre kodlanan hemşirelik tanıları arasında en çok tanıyı gelirin düşük olması/ hiç olamaması oluşturmaktadır (%48,06)

Psikososyal alanda PSL'ye göre kodlanan hemşirelik tanıları alanında en sık kullanılan belirti- bulgular dışı uyarıların /boş zaman aktivitelerinin çok az olması % 10, 72; yetersiz/ gecikmiş tıbbi bakım % 8, 98; hizmetlere ulaşmada yetersizlik %6, 08; sınırlı sosyal ilişki % 6, 08; uzun süren, düzelmeyen gerginlik % 6,66' dir

Fizyolojik alanda en sık tanı alan belirti- bulgu anormal menstruasyon şekli % 7, 04; ekstremitelerde ağrı/ kramp % 6,87; aşırı kuru deri % 6, 43; yetersiz bağışıklama % 6,38; çürükler % 5, 76; yaralı / şiş / kanayan dişeti % 5, 32; rahatsızlık/ağrı ifade etme % 5, 09' dir.

Sağlık davranışlar alanında en sık tanı alan belirti- bulgu sedanter yaşam biçimi % 17,9; dengesiz beslenme 12,5; fazla kilo % 11, 6'dır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Ülke genelinde iş gücüne katılma oranı % 49,9 olup, bu oran kadınlarda % 21,1'dir. (TÜİK 2012). Türkiye'de istihdam edilen kişilerin %25,5'i tarım sektöründe çalışmaktadır. Kadın işgücünün önemli bir kısmı tarımsal alanda istihdam edilmektedir (Kutlu 2011). Kutlu tarafından yapılan araştırmada tarımda çalışan kadınların yaş ortalaması 36,56 ve % 80'i evli olduğu bulunmuştur (Kutlu 2011). Araştırmaya katılan tarımda çalışan kadınların yaş ortalaması 32 ve % 84' i evlidir. Yapılan diğer araştırma ile uyumlu bulunmuştur. Şanlıurfa'da erişkin göçebe mevsimlik tarım işçisi kadınlarda; ilkököl eğitim alanlar %7.1 ile %13.4 arasında bulunmuştur (Koruk ve Şimşek 2010). Çalışmamızda ise ilkököl mezunu 60,9 bulunmuştur ve diğer araştırmalara göre sonuç daha iyidir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

TÜİK 2012 verilerine göre tarım sektöründe çalışanların sosyal güvenliği olmayanlar % 81,8 iken Özbekmezci ve Sahil (2004) tarafından yapılan araştırmada % 91,59 olduğu bulunmuştur. Çalışmamız da sağlık güvencesi olmayanlar % 41, 30'dur. Çalışmamızda sağlık güvencesi olmayanlar diğer araştırmalara göre daha iyi durumdadır. Net asgari ücret 658, 95 tl'dir. Buna göre tarımda çalışan kadınların çevresel alanda PSL'ye göre kodlanan hemşirelik tanıları arasında en çok tanımı gelirin düşük olması/ hiç olamaması problemi oluşturmaktadır (%48,06). Yapılan araştırmalarda % 94' ünün aylık geliri asgari ücretin altında bulunmuştur (Kutlu 2011). Kırsalda yoksulluk %29,83' tür (Olhan 2011).

Tüm tanı alanları değerlendirildiğinde Omaha PSL'ye göre en çok kodlanan hemşirelik tanıları sırasıyla mental sağlık (% 7, 84), ağız sağlığı (% 7,11), gelir (% 6, 56), dolaşım (% 6, 47), sosyal ilişki (5, 29), toplum kaynakları ile iletişim (5, 20), beslenme (4, 92)' dir. Tarım- İş' in yapmış olduğu çalışmada tarımda çalışan kadınlar arasında yaygın görülen hastalık ve rahatsızlıkların bel ağrısı, romatizma, baş ağrısı, baş dönmesi, güneş çarpması, soğuk algınlığı, ishal, tifo, sıtma ve kadın hastalıklarının olduğu belirlenmiştir (Yıldırak 2002). Kuzey Carolina' da yapılan araştırmada tarım işçilerinin % 51'i ruhsal problem yaşamaktadır (Kim-Godwin and Bechtel 2004). California Tarım İşçileri Sağlık Araştırmasında, işçilerin üçte ikisinden fazlasında, tedavi edilmemiş çürükler, peridontal hastalıklar, kırık ya da kaybedilmiş diş hastalıklarından en az birinin bulunduğu tespit edilmiştir (Lukes 2005). Arcury' in yaptığı araştırmada kadınların %76'sının obez ya da aşırı kilolu olduğu bulunmuştur (Arcury 2007). Sağlık davranışları alanında 11,6'sında beslenme (fazla kilo) problemi olduğu bulunmuştur.

Araştırmalarda, göçebe tarım işçileri arasında sırt ağrısı ve rahatsızlığı prevalansı Illinois Eyaleti'nde (%24.0) ve Florida Eyaleti'nde (%39.0) yüksek olarak bildirilmiştir (Cameron and al 2006). Üst ekstremitte ağrıları çiftçilerde %22 den %28'e değişen oranda gözlenmektedir. Araştırmamızda rahatsızlık/ağrı ifade etme fizyolojik alandaki tanıların % 5, 09'unu ekstremitelerde ağrı/ kramp % 6, 87'sini oluşturmaktadır. Çalışmamızda da bu problem yüksek bulunmuştur.

California'da yapılan araştırmada Kuzey California'da tarım işçilerinin %97,1'inde son 7 gün içinde bir cilt olayı ile karşılaştığı rapor edilmiştir. En sık görülen cilt olayları; küçük enfeksiyonlar (%67,8 tinea pedis, %46,1 tırnak mantarı), inflamatuvar hastalıklar(%47,7 akne,%12,2 kontakt dermatit, 14,1 melezma) ve travmatik olaylardır(%17,8 travmatik deri lezyonları gibi). (Manwaring and al 2006, Arcury and al 2007, Feldman and al 2009). Çalışmamızda fizyolojik alandaki deri % 3, 37' si hemşirelik tanısı almıştır. Enflamasyon, aşırı kuru, döküntü belirti- bulgularından oluşmaktadır. Cilt olayları tarımda çalışan kadınlar için önemli sorunlar arasındadır.

Fizyolojik alanda % 6,8'inde bulaşıcı /enfeksiyon durumu problemi bulunmuştur. Bağışıklama düzeyleri düşüktür. Yapılan araştırmalara göre tarımda çalışanların % 55, 7' si tetanoz aşısı yaptırmamıştır (Koruk ve Şimşek 2010). Çalışmamızda da benzer sonuçlar görülmüştür.

Araştırma sonucunda hemşirelik tanıları mental sağlık, ağız sağlığı, gelir, dolaşım, sosyal ilişki, toplum kaynakları ile iletişim, beslenme alanlarında fazladır. Tarımda çalışan kadınların bu alanlarda problemleri fazla bulunmuştur.

Kadınların çoğunun sosyal güvencesi yoktur, mevsimlik veya gündelikçi olarak çalışmaktadırlar buna bağlı olarak aldıkları ücretle bir dönem boyunca geçimlerini sağlamak zorunda kalmaktadırlar

Tarım işçisi olarak çalışan kadınların sosyal güvenlik kapsamına alınabilmesi için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, tarım işçilerinin nüfus yapısı ve özellikleri hakkında bilgi edinebilmek için kayıt sistemi tutulması sağlanmalıdır.

Yeterli geliri elde edemeyen bu kişilerin, işlerin süreksizliği nedeniyle sosyal güvenlikten yoksun bırakılmaması gerekmektedir. Ödenen primlerden 120 güne ulaşmak için kalan primlerin işçilerce ödenmesini özendirici önlemler alınmalıdır.

Toplum ruh sağlığı hizmetleri açısından mevsimlik göçebe tarım işçileri başta olmak üzere tarımda çalışanlar öncelikli risk gruplarından biridir. Ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından; bu grupta ruhsal bozuklukların sıklığı ile risk ve koruyucu faktörlerin saptanması, ruh sağlığı surveyans sistemlerinin geliştirilmesi,

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

risk faktörlerinin kontrol altına alınması için önleme çalışmaları, erken tanı ve tedavi amaçlı tarama çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

Tarımda çalışan kadınların yaşadıkları sağlık sorunlarını, yoksunlukları ortadan kaldırmanın yolu belki de önce devletin temel bazı düzenlemeleri yerine getirmesi ve çalışanları koruyucu önlemleri alması olarak beklenmelidir. Sağlık seviyesinin artırılmasına yönelik yetişkin eğitimi, kurs, seminer düzenlenmesi ve araştırmanın daha büyük gruplarla çalışmanın tekrarlanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Çalışan Kadın; Tarım, Omaha Sistemi, Hemşirelik Tanısı

Kaynaklar:

Arcury AT, Feldman SR, Schulz MR, Vallejos Q, Verma A, Fleischer AB Jr , SR Rapp , Davis SF , Preisser JS , Quandt SA . Diagnosed skin diseases among migrant farmworkers in North Carolina: Prevalence and risk factors. J Agric Saf Health. 2007; 13: 407- 11.

Coughlin SS, Wilson KM. Breast and cervical screening among migrant and seasonal farmworkers: a review. Cancer Detection and Prevention, 2002; 26: 203- 6.

Feldman SR, Vallejos QM, Quandt SA, Fleischer AB, Schulz SR, Verma A, Arcury TA. health care utilization among migrant latino farmworkers: the case of skin disease. The Journal Of Rural Health, Winter 2009; 98- 5.

Kasımoğlu 2006. Tarımda çalışan kadınların sorunları. Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Diyarbakır, 2006

Kim-Godwin YS, Bechtel GA. Stress among migrant and seasonal farmworkers in rural southeast north carolina. J Rural Health. 2004; 20: 271- 7.

Koruk İ, Şimşek Z. Göçebe mevsimlik tarım işçisi olan ve olmayan kadınlarda tetanoz aşılama durumu ve ilişkili diğer faktörler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2010 ;8:3.

Kutlu S. Erişkin göçebe mevsimlik tarım işçilerinin yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler, Şanlıurfa, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2011.

Lukes SM, Simon B. Dental decay in southern illinois migrant and seasonal farmworkers: an analysis of clinic data. J. Rural Health 2005;21:254–58.

Manwaring KJ, Schulz MR, Feldman SR, Vallejos QM, Quandt SA, Rapp SR, Arcury TA. Skin disease among Latino farmworkers in North Carolina. J Agric Saf Health. 2006; 12: 155- 8.

Mull LD, Engel LS, Outterson B, Zahm SH. National farmworker database: establishing a farmworker cohort for epidemiologic research, American Journal of Industrial Medicine. 2001; 40: 612- 6

Olhan E. Türkiye’de kırsal istihdamın yapısı. FAO Türkiye Temsilciliği, 2011; 3- 15.

Özbekmezci Ş, Sahil S. Mevsimlik tarım işçilerinin sosyal, ekonomik ve barınma sorunlarının analizi. Gazi Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi Dergisi, 2004; 19:261- 13.

Quandt SA, Elmore RC, Arcury TA, Norton D. Eye symptoms and eye protection use by seasonal and migrant farmworkers. South Med. J. 2001; 94: 603- 7.

Snipes SA, Thompson B, O’Connor K, Duncan BS, King D, Herrera AP, Navarro B. “Pesticides protect the fruit, but not the people’’: using community-based ethnography to understand farmworker pesticide-exposure risks. Am J Public Health. 2009; 99: 616- 5.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Yıldırak N, Gülçubuk B, Gün S, Olhan E, Kılıç M. Türkiye’de gezici ve geçici kadın tarım işçilerinin çalışma ve yaşam koşulları ve sorunları, 2002.

<http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/publ/kadintarim.pdf> online: 07.03.2012

Türkiye İstatistik Kurumu, Tarım İstatistikleri sorularla resmi istatistikler dizisi-5, Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2008

Türkiye İstatistik Kurumu, Hanehalkı işgücü istatistikleri, Ankara, 2012

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10845> online 04.04.012

Türk NK. Kilis ili elbeyliği ilçe merkezindeki kadın tarım işçilerinin sosyal ve ekonomik yapıları, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2006

Weathers AC, Garrison HG. Children of migratory agricultural workers: the ecological context of acute care for a mobile population of immigrant children. Clin Ped Emerg Med. 2004; 5: 120- 9.

919

TÜRKİYE’ DE ÇALIŞMA YAŞAMINDA KADININ KONUMU ve GÜNCEL SORUNLAR

Hülya Gül, Nilgül Yalçınoğlu, Güven Erbaş

İstanbul Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Kadının çalışma hayatındaki konumu, ekonomik, sosyal, biyolojik, kültürel birçok faktörle ilişkili olarak incelenmesi gereken çok boyutlu bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye’de son yıllarda çalışma yaşamıyla ilgili birçok yasal düzenleme yapılmıştır. Bu süreç 2003 yılında çıkarılan 4857 sayılı yasa ile başlamış, 30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile günümüze kadar süregelmiştir. 1995 yılında dördüncü Dünya kadın konferansında imzalanan Pekin Deklarasyonu, tüm kadınların üretim kaynaklarına, fırsatlara ve toplumsal hizmetlere eşit düzeyde ulaşımının sağlanmasını önermiştir (1). Türkiye, bu bildirgeyi ve eylem planını kabul etmiştir. Fakat bugüne kadar ülkemizde kadınların işgücüne katılımı, uluslararası standartlara göre daha düşük seviyelerde kalmış olup istenen değerlere ulaşamamıştır. Burada sunulan bildirinin amacı, günümüzde düzenlenen yeni yasalar ve değişen sosyal roller ışığında kadının çalışma yaşamındaki yerini, durumunu, sosyal ve sağlık durumlarını güncel rakamlarla ortaya koymak, soruna dikkat çekmek ve çözüm önerilerini tartışmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma bir derleme niteliğinde olup, konu güncel yerli ve yabancı kaynaklar ışığında irdelenmiştir.

Bulgular: Türkiye İstatistik Kurumu 2012 Hane Halkı İşgücü İstatistiklerine göre, Türkiye genelinde işgücüne katılma oranı % 49,6’dır. Aynı dönemde erkeklerde işgücüne katılma oranı % 70,6, kadınlarda ise % 29,2 olarak gerçekleşmiştir. Lise altı eğitimilerde işgücüne katılma oranı, erkekler için % 68,4, kadınlar için % 25,5’tir. Yüksek öğretim mezunu erkeklerde % 84,9 olan işgücüne katılma oranı, kadınlarda % 69,9’dur (2). Türkiye’de çalışan kadınların %42,2’si tarım sektöründe, %41,1’i hizmet sektöründe % 16’sı da sanayi sektöründe istihdam edilmektedir. Kentsel alana yaşanan göçlerin de etkisiyle kadınların hizmet sektöründe istihdamı yaygınlaşmaktadır. Türkiye’de çalışan kadınların %69,6’sı kentsel kesimde yaşamaktadır. Genellikle ücretsiz aile işçisi olarak çalıştıkları tarım sektöründe istihdamın azalmasıyla kadınlar işgücü dışında kalmaktadır. Çalışan kadınların %14,1’i kendi hesabına ve işveren konumunda, %50,7’si ücret veya yevmiye karşılığında, %35,2’si ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır (3). İşsizlik oranları Türkiye genelinde 2012 Nisan döneminde % 9, kentte % 10,7 ve kırsal alanda % 5,6’tür. Kentte yaşayan en az lise mezunu olan genç kadın nüfusundaki işsizlik oranı % 33,3, aynı durumda olan erkekler için ise % 23,6’dır (3). Kayıt dışı çalışma Türkiye genelinde % 43,2 olup, 2010

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

yılında kırsal yerlerde % 67,5 (kadın % 87,5; erkek % 56,2) ve kentsel yerlerde % 30,1 (kadın % 35,3; erkek % 28,5) dir. Bu durum, kayıt dışılığın daha çok kırsal bölgelerde tarımsal faaliyetlerle uğraşanlarda özellikle de ücretsiz aile işçilerinde yoğunlaştığını göstermektedir.

Tartışma: Kadınların işgücüne katılımı, sürdürülebilir kalkınmanın, sosyal ve refah gelişmişliğinin önemli bir unsuru olarak kabul edilmekle birlikte, Türkiye’de kadınların işgücüne katılım oranları beklenenden düşük olup, yıllara göre azalma gözlenmektedir (1990’da %34,1, 2002’de %26,9, 2004’de %25,4). 2012 yılı verilerinde ise bir yükselme görülmektedir (%29,2). Buna rağmen bu değerler OECD(%57.0) ve AB-15(%58.6) ülkelerinden çok düşüktür(4). 2008 yılı istatistiklerinde istihdam edilen kadınların %38’i ücretsiz aile işçisi, %42,8’i ücretli olarak çalışmaktadır. Bu oranlar 2011 yılında TÜİK verilerine göre %51,6’si ücretli, %35,5’si ücretsiz aile işçisi olarak değişmiştir. 2004 yılında kadınların %50,8’i tarımda, %49,2’si tarım dışında çalışırken, bu oranlar 2011 yılında %42,2’si tarımda, %57,8’si tarım dışı çalışma şeklindedir. Kalkınma ile birlikte, istihdamın tarım sektöründe azalıp, hizmet sektöründe artması gelişmiş ülkeler için beklenen bir unsurdur. Türkiye’de kadının sanayide istihdamı hala çok düşük düzeyde iken (%16), hizmet sektörü açısından da (%41,1) birçok ülkenin gerisindedir. Dünyada ve Türkiye’de kadınların kayıt dışı çalışması, erkeklerden daha fazladır. Kadın çalışanların %62,3’ü kayıt dışı çalışmakta olup, bu oran tarımda çalışanlarda %99, tarım dışı sektörde çalışanlarda %29,7’dir (5). Kadınların eğitim düzeyi arttıkça, daha nitelikli işlerde çalışma olanakları artmaktadır. Ancak, halen eğitimin her kademesinde kadınlar için cinsiyet eşitsizliği söz konusu olabilmektedir. Kadın üretiminin daha nitelikli hale getirilebilmesi için yüksek öğretim yanında yaygın meslek eğitimine de ağırlık verilmelidir. Toplumda eğitim düzeyi düşük olan kadınlar daha düşük statülü ve daha az ücretli işlerde çalıştıkları için bu da geçici işlerde çalışmayı ve sosyal güvence yoksunluğunu beraberinde getirmektedir. Tarım sektöründeki kadınlar, çoğunlukla ücretsiz aile işçisi konumunda olmaları nedeniyle sosyal güvenlik kapsamına büyük ölçüde girememektedirler. Çalışma yaşamına girebilen kadınların çalışma yaşamlarını uzun süre götürememesi, işinde kısa sürede yükselememesinin temel bir nedeni de ev ve iş yaşamında tek başlarına üstlendikleri sorumluluklardır. Kadın aile yaşamında çocuk bakımı, yaşlı ve hasta bakımı gibi sorumluluklarını eşi ve bu konuda uzman kurumlarla paylaşabilmelidir. Ancak ülkemizde kreş, gündüz bakımevi gibi sosyal destek kurumları tüm çabalara karşın yeterli sayıya ulaşamamıştır.

Sonuç ve Öneriler: Türkiye’de kadınların çalışma yaşamında karşılaştıkları durumların ardında büyük ölçüde ekonomik ve kültürel nedenler olmakla birlikte var olan sorunlar, cinsiyet eşitsizliğinden, çocukların bakımından, kadınların ev işlerinden sorumlu görülen kişiler olarak üstlendikleri sosyal rollere kadar birçok faktörle ilişkilidir. Kadınlar anne, ev hanımı, eş kimlikleri ile birlikte çalışma yaşamına katılmaktadırlar. Eğitimdeki fırsat eşitsizliği, göç ve toplumun geleneksel cinsiyetçi görüşleri de sorunun bir başka boyutudur. Bir ülkenin ekonomik ve sosyal açıdan refahı ve kalkınmışlığı yönünden, kadınların çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve iş olanaklarının artırılması en önemli konulardan birisidir. Bunun için kadınların eğitim olanaklarının artırılması, kadınlar için yeni iş alanlarının yaratılması, kadınlara yönelik geleneksel bakış açısını değiştirmeye yönelik çalışmalar yapılması, tarım dışı sektörlerde çalışma koşullarının kadınlara uygun hale getirilmesi, yarı zamanlı iş gibi esnek çalışma uygulamalarının yaygınlaştırılması, çalışan kadınların aile sorumluluklarını azaltmaya yönelik düzenlemelerin yapılması gerekir.

Anahtar Kelimeler: İş sağlığı; Kadın istihdamı; Çalışan kadın; Kadın sorunları; İş yaşamı

Kaynaklar:

1. Eylem Platformu ve Pekin Deklarasyonu md. 14, Ankara 1996, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü yayını, s.4;
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/human>.
2. TÜİK, *Hane Halkı İşgücü İstatistikleri*, Nisan 2012.
3. T.C.Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, *Türkiye’de Kadının Durumu Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü* 2012, Ankara

4. ILO, Türkiye’de Kadın İstihdamının Durumu, Erişim Tarihi: 18.07.2012.

<http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/areas/wstat2009.pdf>

5. Çağlayan Ç, Etiler N. Türkiye’de Kadın İşçilerin Mesleksel Sağlığı. Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. Temmuz-Ağustos-Eylül s:24-32, 2009.

575

TÜRKİYE’DE HEMŞİRELİKTE İŞ SAĞLIĞI LİSANSÜSTÜ TEZLERİNİN ELEŞTİREL DEĞERLENDİRMESİ

Süheyla Özsoy¹, Jülide Gülizar Yıldırım¹, Aslı Kalkım¹, Leyla Muslu², Nilüfer Yıldırım³

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

²Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Antalya

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir

Giriş ve Amaç: Bir ülkenin gelişmişliği ve uluslararası alandaki saygınlığı bilimsel buluşları, bilime yaptıkları katkı ile belirlenmektedir. Hemşirelikte araştırma kullanımı, araştırma kalitesi ve araştırma kapasitesinin geliştirilmesi (Özsoy 2009b), kanıta dayalı uygulamanın artması (Kocaman 2003) ve hemşirelik eğitiminin birçok ülkede üniversite düzeyine taşınması (Buus 2005, Segrott ve ark. 2006) nedeniyle son derece önemlidir. Araştırmanın amacı, geçmişten günümüze iş sağlığı alanındaki lisansüstü hemşirelik tezlerini eleştirel bakış açısıyla değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Nitel modelde tasarlanan araştırmada doküman analizi yöntemi kullanılmıştır. YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanı “iş sağlığı” ve “işçi sağlığı” anahtar kelimeleri kullanılarak taranmış ve hemşirelikte lisansüstü 15 teze ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak “tez tanıtım formu” ve iş sağlığı tezlerinin doküman analizine yönelik “kontrol tablosu” kullanılmıştır. Tezleri incelemek için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi etik kurulundan yazılı, tez yazarlarından yazılı ve sözel onam alınmıştır.

Bulgular: İş sağlığı ile ilgili ilk tez 1990 yılına ait doktora tezi olup, tezlerin 10’u yüksek lisans, 5’i doktora tezidir. Tüm tezlerin araştırma yönteminin nicel, 11’inin tanımlayıcı tipte olduğu saptanmıştır. Tezlerin 3’ünde başlığının içerikle uyumlu olmadığı, 5’inde özetin ele alınan konuyu açıkça ifade etmediği, 14’ünde anahtar kelimelerin uygun yazılmadığı, 6’sında araştırma probleminin yeterince açıklanmadığı, 9’unda etik kurul izninin olmadığı belirlenmiştir. Tezlerden 6’sının tartışma için literatür bilgilerinin yeterli olmadığı, 3’ünün bulgularının araştırmanın amacını karşılamadığı, 2’sinin sonuç bölümünün çalışmanın önemli bulgularıyla desteklenmediği, kullanılan kaynakların sıklıkla dergi, kitap, gri literatür ve internet olduğu ve hemşirelik dışı alanda yoğunlaştığı saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Sonuçta bu araştırma geçmişten günümüze İS alanında üretilmiş olan lisansüstü tezlerin doküman analizi yapılarak konu eğilimleri ve araştırma niteliklerini ortaya çıkarmıştır. Sonuç olarak Türkiye’de hemşirelik alanında İS konusunda sınırlı sayıda araştırma yapıldığı görülmektedir. Araştırma sonuçları ışığında nicel çalışmaların nitel araştırma metotları ile desteklenerek çalışılması, araştırmaların hemşirelik teorilerine dayandırılması önerilmektedir. Ayrıca bu alanda çalışacak yeni araştırmacılar araştırma yöntem ve teknikleri konularında eksiklikleri göz önüne alarak kendilerini geliştirmelidirler.

Anahtar Kelimeler: İş sağlığı, hemşirelik, tez, niteleyici araştırma.

566

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

TÜRKİYE'DE MESLEK HASTALIKLARI KONUSUNDA TESPİT, TANI VE İSG PROFESYONELLERİNİN DUYARLILIĞININ ARTTIRILMASI PROJESİ

Selçuk Yaşar

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Türkiye'de iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu oluşan maddi ve manevi kayıplar, ekonomik açıdan önemli boyutlara ulaşmaktadır. Bu nedenle ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği alanında çok ciddi tedbirlerin alınması mecburiyeti vardır. Meslek hastalıkları tümüyle önlenemez hastalıklardır. Bu nedenle işyerinde alınacak sağlık ve güvenlik tedbirleri hayati önemdedir.

Ülkeler arasında değişmekle birlikte, yılda her bin işçi için 4-12 yeni meslek hastalığı beklenmelidir. Beklenen meslek hastalığı oranı hesaplandığında ülkemizde mevcut çalışanlar arasında 36.000 ile 108.000 arasında meslek hastalıkları vakası beklenmesine rağmen SGK 2009 yılı verilerine göre meslek hastalıkları sayısı sadece 429'dur. Bu sayının yetersiz olmasında tıbbi, yasal ve sosyal taraflara ilişkin birçok neden sıralanabilir.

Ülkemizde meslek hastalıklarının erken tanısı yeterince yapılamadığından işverenler, çalışanlar, sigorta kurumları ve Devlet maddi ve manevi zarar görmektedir.

Sağlık Bakanlığı ve Bakanlığımız arasında imzalanan işbirliği protokolü kapsamında sağlık kurulu raporlarını düzenlemek için yetkilendirilen 68 Eğitim ve Araştırma Hastanesinde belirlenen branşlardan hekimlerin, meslek hastalıkları konusunda ileri eğitimlerinin tamamlanması meslek hastalıklarının tanı ve tespiti açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu nedenle Türkiye'de meslek hastalıklarının tanı ve tespitinde tarafların bilgilendirilmesi, duyarlılık artırılması ve tanı rehberlerinin hazırlanması için gereken çalışmaların yapılması amacıyla adı geçen proje planlanmıştır.

Projenin amacı, meslek hastalıkları konusunda ilgili tarafları ve toplumu duyarlı hale getirmektir. Projenin hedefleri, belirlenen bölgelerde, güvenlik kültürü ve meslek hastalıkları konusunda duyarlılık oluşturulması, ilgili kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonun sağlanması, İSG profesyonellerinin lisans, lisansüstü eğitim programlarına iş sağlığı ve güvenliğinin entegrasyonu çalışmalarına katkı sağlamaktır.

Projenin 1.Aşaması kapsamında en çok iş kazasının görüldüğü ve sanayinin yoğun olduğu 22 il belirlenerek topluma ve hekimlere yönelik duyarlılık artırma konferansları düzenlenmiştir.

Projenin 2.Aşaması kapsamında Ankara ve İstanbul'daki Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki 6 ana branş* hekimlerine yönelik ileri eğitimler 18-22 Haziran tarihleri arasında Ankara ve İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanelerinde gerçekleştirilecektir.

*(dermatoloji, nöroloji, KBB, FTR, göğüs hastalıkları, dahiliye)

Topluma ve hekimlere yönelik yapılan bilgilendirme seminerlerinin, branş hekimlerine yönelik ileri eğitimlerin ve proje kapsamında yürütülen tüm faaliyetlerin sonuçları Kongre'de tüm katılımcılarla paylaşılacaktır.

383

TEKİRDAĞ DEVLET HASTANESİ ACİL SERVİS KAYITLARINDAKİ 2010 YILI İŞ KAZALARI

Ülfiye Çelikkalp¹, Muzaffer Eskiocak²

¹Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Tekirdağ

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne

Giriş ve Amaç: İş kazaları dünyada önemli problemlerinden biri olmakla birlikte genellikle büyük bir kısmı kayıt altına alınmamaktadır. Çalışmanın amacı; Tekirdağ devlet hastanesi acil servise başvuran iş kazaları kayıtları inceleyerek meydana gelen iş kazalarının nedenleri, sonucu, hangi sektörde meydana geldiği gibi var olan bilgileri elde etmektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmanın verileri 2010 yılında Tekirdağ Devlet Hastanesi acil servis defterlerinde iş kazası olarak bildirilen kayıtların tek tek incelenmesi sonucu elde edilmiştir. Çalışmaya 2010 yılı acil servis defterlerinde iş kazası olarak belirtilmiş olan kayıtlar alınmıştır. Araştırmanın veri formu olarak kayıtlarda var olan tüm bilgiler kullanılmıştır. Elde edilen veriler sayı ve yüzdelik olarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın verileri 2011 Kasım ve 2012 Nisan ayları arasında araştırmacı tarafından hastanenin arşiv bölümündeki acil servis defterlerinden toplanmıştır. Çalışma için etik kurul ve ilgili kurumdan gerekli izinler alınmıştır

Bulgular: Tekirdağ Devlet Hastanesi acil servisinde 2010 yılında 216 iş kazası kayıt altına alınmıştır. Bu iş kazalarının %97.7'si (n= 211) erkeklerde, %35.6'sı (n=77) 19-28 yaş arası çalışanlarda meydana gelmiştir (yaş ortalaması 33.9, minimum:18, maksimum: 62). Bu kazalar %13.4 (n= 29) ile en çok Temmuz ve Ağustos aylarında, %16.7 (n= 36) ile en fazla cumartesi günü, %16.2 (n=35) ile Pazartesi günü ve en az % 6 (n= 13) ile Pazar günü meydana gelmiştir. İş kazalarının %45.8'i (n=99) 06-14 saatleri arasında, %5.6'sında (n=12) hayati tehlikenin bulunduğu, %32.9'unda (n= 71) üst ekstremitelere yaralanmasının olduğu, %24.1'inde (n= 52) kesi şeklinde yaralanma olduğu, %14.4'ünün (n= 31) düşme nedeniyle olduğu ve %30.6'sının (n= 66) yatarak tedavi altına alındığı bulunmuştur. İş kazalarının %55.1'inde (n= 119) işgünü kaybı olduğu, iş günü kaybı olanların %46.8'inde (n= 101) 3 günden fazla iş görmezlik durumunun olduğu belirlenmiştir. İncelenen kayıtlar sonucunda iş kazalarının; %65.3'ün de nedeni, %13'ün de hangi bölgede yaralanmanın olduğu, %18.5'inde yaralanma sonucunda ne olduğu ve %98.6'sında da kazaların hangi sektörde olduğuna dair veri belirtilmemiştir. Kayıtlardan elde edilen bilgiler bu verilerle sınırlıdır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2010 yılı çalışma istatistiklerine göre Türkiye'de 62.903 iş kazası meydana geldiği, Tekirdağ ilinde 3.135 iş kazasının olduğu rapor edilmiştir. İl merkezindeki devlet hastanesinin bir yıllık iş kazaları kayıtlarının sayısal olarak azlığı kayıtlara ilişkin sorunların olduğunu düşündürmektedir. Çalışmadaki kısıtlı verilere rağmen iş kazaları yine genç çalışanlarda, Pazartesi gününde ve sabah saatlerinde, genellikle üst ekstremitelere yaralanmaları şeklinde meydana geldiği tespit edilmiştir. Ancak incelenen kayıtlarda iş kazalarının sonucu ve nedenleri hakkında yeterli veri verilmemiştir. Villanueva ve Garcia'nın (2011) İspanya'da iş kazalarının nedenlerine yönelik yaptıkları çalışmada kazalar genellikle sabah saatlerinde (%62), hafta başı fazla (pazartesi %19) ve hafta sonu daha az (Pazar %9), genç çalışanlarda, en çok çarpma (%37.7) düşme sonucu olduğu belirlenmiştir. Bulgular çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Ayrıca iş kazalarının yarısından fazlasında (%55.1) işgünü kaybının yaşandığı bulunmuştur. İşgünü kayıpları ekonomik açıdan çok büyük maliyetlere neden olmaktadır. Bu amaçla kazaları önlemek için yapılan harcamalar oluşan ekonomik kayıptan çok daha az olacaktır. İş kazaları geçici, kalıcı iş görmezlik ve ölüm gibi ağır sonuçları olan önemli toplumsal sağlık sorunlarından biridir. İş kazalarının önlenmesi için öncelikle kazalarının kayıt altına alınması, izlenmesi ve paylaşılması sağlanmalıdır. Kayıtlar, iş kazalarının sebeplerinin bilinmesine, iş kazalarına ilişkin çözüm önerileri sunmaya yardımcı olmakla birlikte ekonomik kayıpların önlenmesini de sağlayacaktır. Konu ile ilgili daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: İş kazaları, iş sağlığı, çalışma hayatı

Kaynaklar:

- Villanueva V, Garcia M.A. (2011). Individual and occupational factors related to fatal occupational injuries: A case-control study" Accident Analysis and Prevention 43 (2011) 123–127
- Hamalainen aP, Saarela K, Takala J. (2009) Global Trend According To Estimated Number Of Occupational Accidents And Fatal Work-related Diseases At Region And Country Level Journal Of Safety Research 40 125–

139.

Hamalainen P., (2009) The effect of globalization on occupational accidents Safety Science 47: 733–742.
Çalışma Hayatı İstatistikleri, 2010. www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/.../istatistikler/calisma_hayati_2010

224

TOPLU ÇALIŞMA ALANLARINDA BİYOLOJİK AJANLAR VE ÇALIŞAN ÜZERİNE ETKİLERİ, ÖNLEME YÖNTEMLERİ

Şengül Coşar

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: İş sağlığı ve güvenliği açısından, toplu çalışma alanları biyolojik ajanların sıkça görülebildiği ortamlardır. Özellikle sağlık ve gıda sektörü ile tarım ve hayvancılık faaliyetleri ile uğraşan çalışanların maruz kaldığı, biyolojik ajanlar ve risklere karşı alınacak tedbirler ve yapılması gerekli temizlik uygulamaları iş hijyeni kapsamında ele alınmaktadır. Çalışma alanı, birey ve davranışları üzerinde etkili olan çalışma unsurlarının bütünüdür ifade etmektedir ve çalışma alanındaki sağlık ve güvenlik koşullarını olumsuz etkileyebilecek nedenlerin saptanarak (risk analizi) uygun çözümlerin üretilmesi, koruyucu ve önleyici yaklaşımın bir gerekliliğidir.

Biyolojik ajan riskinin yüksek olduğu ofis ortamında çalışanların birçoğu hem iş yerinde yakalanabilecekleri hastalık risklerinden, hem de bu hastalıklara karşı alınabilecek önlemlerden habersizdir. **Ofis çalışanlarında** başta solunum yolları ile bulaşan enfeksiyonlar olmak üzere direkt temas ile bulaşan mide bağırsak sistem enfeksiyonları ve az oranda deri, yumuşak doku ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar görülebilmektedir. Solunum yolları ile bulaşan enfeksiyonlar özellikle hapsiz, öksürme gibi aktivitelerle ortama saçılan mikroorganizmaların diğer kişiye geçmesiyle oluşmaktadır. Mide bağırsak sisteminde ise su ve gıdalarla bulaşan tifo, dizanteri ve Hepatit A gibi enfeksiyonlar oluşabilmektedir. Dış ortamlarda canlı kalan mikroorganizmalarla ellerin teması ve el yıkamadan yeme/içme ile mikroorganizma bulaşmakta ve enfeksiyon gelişebilmektedir. Ortak kullanılan tuvaletler ya da diğer bölgelerde hijyen kurallarına dikkat edilmezse birçok enfeksiyon gelişebilmektedir.

Bu araştırma kapsamında toplu çalışma alanlarına örnek olması bakımından ofis şeklindeki bir işyeri seçilmiş, çalışanlar tarafından kişisel ya da ortaklaşa kullanılan ekipmanlarda ve ortamlarda biyolojik ajan kontaminasyonunun olup olmadığını tespit etmek için farklı kritik noktalardan biyolojik ajan numuneleri alınmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına dayanarak, ofis ortamlarında bile riskin yüksek olduğuna ve bu noktalarda hijyen uygulamalarının artırılması gerektiğine dikkat çekmek hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma çalışması yaklaşık 2.000 kişinin çalıştığı ofis şeklindeki bir işyerinde yapılmıştır. Biyolojik ajan riskinin yüksek olduğu düşünülen ve pek çok çalışan tarafından sıkça kullanılan 20 kritik nokta belirlenerek (açık renk ahşap çalışma masası, koyu renk ahşap çalışma masası, koyu renk sunta çalışma masası, toplantı masası, yemek masası, merdiven tirabzani (ilk, orta ve son nokta), postane gişe masası, bilgisayar klavye ve mouse, tuvalet kapı kolu (iç taraf), telefon ahizesi, asansör düğmeleri (iç ve dış), oda kapı kolu (oda giriş tarafı), ATM işlem tuşları, sebil, tuvalet çeşmesi (iç bölüm) ve tuvalet lavabo çeşmesi(dış bölüm)) bu noktalardan numune alma kurallarına uygun olarak besi yeri kaplarına numuneler toplanmıştır. Toplanan numuneler aynı gün Hacettepe Üniversitesi Çevre Mühendisliği Bölümü Laboratuvarına götürülerek, laboratuvarında 48 saat süreyle 25 °C’de etüvde bekletilmiş ve besi yerlerinin yüzeylerindeki oluşumlar değerlendirilerek, biyolojik ajanların yüksek olduğu noktalar belirlenmeye çalışılmıştır. Numune alma işlemi için; steril eldivenler takıldıktan sonra numuneyi alacağımız gazlı bezi tutmada kullanılacak olan cımbızın ucu çakmakla yakılarak sterilize edildi. Bu işlem her numune alma işleminden önce tekrarlandı. Daha sonra masa veya numune alınacak düz yüzeyli noktalarda temasın en fazla olduğu alanlar tahmini olarak belirlenerek gazlı bezi tüm yüzeyde gezdirmek suretiyle numuneler alındı. Gazlı bezle alınan örnek, petri kabındaki besi yerinin üzerine sürülerek, ortamdaki alınan örnek besi yerine aktarıldı. Alınan numuneler laboratuvar ortamına ışık geçirgenliğini önlemek amacıyla alüminyum folyo ile sarılarak götürüldü.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Bulgular: Etüvden alınan petri kaplarında oluşan mikroorganizmalar sayım cihazında sayılmıştır. Kolonilerin biyolojik ajan türü olarak hangi gruba girdiğini ancak bu konuda uzman bir biyoloğun elektron mikroskobu ile tanımlaması mümkündür. Fakat bu araştırmada elektron mikroskobu kullanma imkanı bulunmadığından, yalnızca gözle ayırt edilebilen oluşumlardan üzeri ipliksi oluşumların mantar olduğu tanımlaması yapılabilmektedir. Diğer oluşan mikroorganizmalar sadece renk olarak birbirlerinden farklı olduğundan ayırt etmek amacıyla renkler üzerinden sayıları verilmiştir. Burada farklı renklerin ve şekillerin görülmesi, farklı türde mikroorganizmaların varlığının göstergesidir.

Sonuçlara bakıldığında, bir örnekte birden fazla türde mikroorganizma oluştuğu ve bazı örneklerde ise 48 saatlik sürenin sonunda herhangi bir oluşum gerçekleşmediği gözlenmiştir. Bazı örneklerden alınan numunelerde 48 saatlik sürenin sonunda mikroorganizmaya rastlanmamıştır. Bunun nedeni o örneklerde küflerin bulunması ya da gerçekten hijyenik olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Küfler diğer mikroorganizmalara göre daha yavaş çoğaldıklarından bu süre içerisinde ortaya çıkmamış olabilirler.

En fazla mikroorganizma üremesinin görüldüğü numune ise sebilden alınan su örneği olmuştur. Bunun nedeni sıvı ortamda canlıların daha fazla yaşaması ve bu ortamda üreme hızlarının daha fazla olması olabilir. Sıvı nitelikte başka bir numune alınmadığından bir diğer numune ile sebil suyu kıyaslanamamıştır.

Sonuçlar sayısal anlamda değerlendirildiğinde; koyu renkli çalışma masalarındaki mikroorganizma sayısının açık renkli masaya ve diğer numune alınan noktalara göre daha fazla olduğu, sıkça temas edilen bir nokta olan oda kapı kolunda da yine sayıların yüksek olduğu tespit edilmiştir. Toplantı masasında da yüksek değerlerde mikroorganizmaya rastlanmıştır. Merdiven tirabzanı gibi sıkça elle temasın olduğu bir noktada yüksek mikroorganizma beklenirken düzenli temizlik hizmetinden dolayı beklenenin olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca bilgisayar klavyesi ve mouse gibi noktaların canlı yaşamına uygun koşulları sağlayan ortamlar olamayacaklarından dolayı mikroorganizmaya rastlanmadığı yorumu yapılmıştır.

Bazı türlerin üreme hızları yavaş olabileceğinden, alınan numuneler 48 saatlik süreden sonra tekrar 6. günde de değerlendirilmiştir. Fakat hiç mikroorganizma üremeyen numunelerden telefon ahizesi, asansör düğmesi, bilgisayar klavyesi numunelerinde yine üreme olmadığı gözlenmiştir. Bu da bize bu ortamların düzenli temizlendiğinden dolayı steril ortamlar olduklarını düşündürmektedir.

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Toplu çalışma alanı niteliğindeki bir işyerinin sıklıkla kullanılan noktalarından alınan numunelerin sonuçları bize, günlük çalışma hayatımızda biyolojik ajanlarla iç içe olduğumuzu bir kez daha göstermiştir. Çok sayıda çalışanın bir arada olduğu toplu çalışma alanlarındaki biyolojik riskler ortaklaşa kullanılan ekipman ve ortamlardan dolayı oldukça yüksektir. Toplu çalışma alanlarında, çalışanlar arasında hastalık taşınım olasılığı artmakta ve hastalıklar kolayca bir başka çalışana aktarılabilir. Bunu önlemek için, işyerlerinin faaliyet türlerine uygun şekilde temizlik kuralları geliştirmeleri gereklidir.

Bu araştırmanın sonuçlarına dayanarak, özellikle çalışma masalarında ve oda kapı kolunda mikroorganizma sayısının yüksek çıkması kişinin kendisini ve dolaylı olarak diğer çalışanları tehdit etmektedir. Daha etkin temizlik ürünleri kullanımının ve kirli temizlik bezlerinin sıkça değiştirilmesinin çözüm olabileceği düşünülmektedir.

Pek çok çalışanın kullandığı sebil suyunda yüksek sayıda mikroorganizmanın görülmesi ise; su kaynağı ya da sebilin içindeki bir kirlenici kaynaktan ya da suyun taşınması sırasında kontaminasyon olabileceği tahmin edilmektedir. Numune alınan ortamlardan sadece sebil suyunun sıvı niteliğinde olması da mikroorganizmaların hızlı ve çok sayıda artmasına yol açmış olabilir. Sulardan pek çok hastalığın geçebileceğini göz önüne alarak, kirlilik kaynağının tespit edilmesi önem arz etmektedir.

Toplu çalışma alanlarındaki biyolojik ajanlara maruziyet ve taşınım riski, işyerlerindeki fiziksel ve kimyasal faktörlere maruziyetten daha farklıdır. Çünkü fiziksel ve kimyasal faktörlerin pek çoğu çalışanı bireysel şekilde etkileyerek zarar verir nitelikte olup, hava ya da temas gibi yollarla diğer bir çalışana aktarılmamaktadır. Oysa biyolojik ajanlar bireyler arasında çok kolay taşınabilmekte ve gözle görülemeyen bir risk oluşturduğundan ancak kişide hastalığa yol açtıktan sonra fark edilebilmektedir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ülkemizde çalışanlardaki biyolojik ajan kaynaklı meslek hastalığı rakamları diğer meslek hastalığı gruplarına göre çok daha azdır. İş kazasına neden olduğu ise tespit edilmemiştir. Fakat meslek hastalıkları kayıt sisteminin yeterince işletilememesi de rakamların düşük olmasının bir nedenidir.

İş hijyeni ve iş hijyenisti kavramları ülkemiz açısından yakın zamanda önem kazanmış kavramlardır. Avrupa Birliği'ne bağlı birçok ülkede işyerlerinde iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekiminin dışında iş hijyenistleri de istihdam edilmekte ve bu konuda uzmanlar yetiştirilmektedir. Ülkemizde de bu konuda uzman kişilerin yetiştirilmesine ve işyerlerine bilgi desteği sağlanmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın araştırılması aşamasında ayrıca, ülkemizde işyerlerindeki biyolojik riskleri değerlendirmeye yönelik çok az sayıda çalışma yapıldığı görülmüştür. Özellikle riskli sektörlerde (tarım ve hayvancılık, sağlık ve gıda sektörü, kanalizasyon ve temizlik işçileri) işyeri ortamından numune alımı, çalışanlarda olası hastalıklara yönelik taramalar ve önleyici tedbirlerin uygulanması konularında çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak;

- 1) Ülkemizde de iş hijyeni alanında çalışacak yeterli sayı ve nitelikte "iş hijyenisti" nin yetiştirilmesi ve işyerlerinde istihdam edilmesi gerekmektedir.
- 2) Ortak alanların kullanımında hijyenik bir ortamın oluşturulması için diplomalı, sertifikalı temizlik işçileri çalışmalıdır ve bu konuda mesleki standartların oluşturulmasına ihtiyaç vardır.
- 3) Özellikle toplu çalışma alanlarının temizlik ve hijyen koşulları için standardizasyon yapılmalı ve asgari şartlar belirlenmelidir.
- 4) Biyolojik ajan risklerinin fazla olduğu sektörler için rehber, kitapçık ve uyarıcı afişler hazırlanmalıdır.
- 5) Biyolojik ajanların (etkenlerin) riskleri ile ilgili özellikle sağlık, gıda ve temizlik sektörleri, tarım ve hayvancılık faaliyetleri ve kapalı ortam çalışanları (büro, ofis vb.) için sektörel proje çalışmaları yapılmalıdır.
- 6) Biyolojik ajanlarla ilgili iş sağlığı ve güvenliği kapsamında tez ve araştırma çalışmalarının yapılması teşvik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik ajan, iş hijyeni, çalışma alanı, iş sağlığı ve güvenliği

774

TRAFİK POLİSLERİNİN SİGARA KULLANIMI VE HAVA KİRLİLİĞİNE MARUZİYETİ

Emel Güden¹, Ahmet Güden², Ahmet Öksüzkaya³, Rukiye Tuna⁴

¹Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü

²Bünyan Devlet Hastanesi

³Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü

⁴Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğü

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Giriş ve Amaç: Hava kirliliğinin başta insan sağlığı olmak üzere bitki ve hayvan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri vardır. Katı yakıtlar ve akaryakıt gibi karbonlu maddelerin tam yanmamasından meydana gelen katı ve sıvı parçacıkların bir gaz karışımı olan duman hava kirliliğinin bir çeşitidir. Hava kirliliği ile akciğer hastalıkları arasındaki ilişki 1930'lardan beri bilinmektedir. 1952 yılında Londra'da ortaya çıkan hava kirliliği (London smog) sonucu yaklaşık 6000 ölümün görülmesi, araştırmacıların dikkatini hava kirliliği ve çevresel/mesleki akciğer hastalıkları konusuna dikkatini çekmiştir.

Çalışmamızda: hava kirliliğine, özellikle de egzoz dumanına yoğun olarak maruz kalan trafik polislerinde hava kirliliği ve sigara kullanımına bağlı sağlık sorunlarını saptamak amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma 28 Kasım- 2 Aralık 2011 tarihleri arasında Kayseri İl Emniyet Müdürlüğü Trafik Şube Müdürlüğü'nde görev yapan 221 trafik polisine uygulanmıştır. 221 trafik polisinin tamamının araştırma kapsamına alınması planlanmış ancak anket uygulamayı kabul eden ve aynı hafta içinde görev yapan toplam 161 kişi araştırmaya katılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni 161 trafik polisi olup bağımsız değişkenleri egzoz maruziyeti ve sigara kullanımınıdır. Trafik Şube çalışanlarına araştırmacı tarafından hazırlanan anket ve solunum fonksiyon testi (SFT) uygulanmıştır. SFT ölçüm sonuçları FEV1/FVC değeri %60'ın ve FEF2575 değeri %70'in altında çıkan sonuçlar obstrüksiyon değeri olarak kabul edilmiştir. Test sonuçları ve anket verileri bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. İstatistikî analizinde bağımsız Chi-kare ve t-testi kullanılmış olup, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Toplamda ankete katılım oranı %72,8 dir. Yaş ortalaması $38,2 \pm 5,3$ dür. En küçük yaş 28 iken en büyük 53 dür. Çalışanların %98,1'i erkek ,%1,9'u kadındır. Trafik polislerinin % 60,2'si yüksekokul, %23'ü lise mezundur. Meslekteki yılları ortalama $18,1 \pm 5,3$ (min=6,max=30) dür. Trafik polisi olarak görevde oldukları yıl ortalama $13,2 \pm 6,8$ dir. Kayseri'de trafik polisi olarak görev yapma yıl ortalaması $6,8 \pm 5$ dir.

Araştırma grubunun sigara kullanım durumu sorulmuş ve grubun %26,7'si sigara kullandığını, %36'sı sigarayı bıraktığını, %29,2'si hiç sigara kullanmadığını belirtmiştir. Trafik polisleri içinde az sayıda bayan personel bulunması nedeni ile cinsiyet açısından istatistikî değerlendirme yapılmamıştır. Ancak kadınların 3'ü de ara sıra sigara içtiğini belirtmiştir. Araştırma grubunda sigara içenlerin sigara içme yıl ortalaması $17,4 \pm 8,3$ (min=1, max=40) dür. Sigaraya başlama yaş ortalaması $19,6 \pm 5,9$ (min=8,max=42) dir. Araştırma grubunun %41'i arkadaşlarından etkilenmesi, % 19'u özentisi, %9,3'ü merak, %6,8' ise can sıkıntısı ve stres nedeni ile ilk defa sigara içtiğini belirtmiştir.

Araştırma grubunun sigara içenlerin %16,1'i ailesinin yanında da sigara içerken, %13,7'si eşinin de kendi yanında sigara içtiğini belirtmiştir. Kadın çalışanlarının tümü eşinin kendi yanında sigara içtiği belirtmiştir. Erkek çalışanların %16,9'unun eşinin de kendi yanında sigara içtiği belirtilmiştir.

Sigarayı bırakan 58 kişiye bırakma yöntemi sorulmuş ve grubun %94,8'i yardımsız kendi iradesine dayanarak bıraktığını belirtmiştir. Grubun 5,1'i ise ilaç ve akupunktur gibi yardımcı yöntemlerle bıraktığını belirtmiştir.

Sigarayı bırakma nedenleri sorulmuş ve bırakanların %35,4'ü sağlık sorunları, %1,2'si kötü bir görüntü verdiği için, %10,4'ü sigara yasakları nedeni ile bıraktığını belirtmiştir. Trafik polislerine sigara kullanımına bağlı sağlık sorunları yaşadığını düşünüyor musunuz sorusu sorulmuş ve %23,6'sı sağlık sorunu yaşadığını belirtmiştir. Sigara kullanımına bağlı sağlık sorunu yaşayanların diğerlerine göre sigarayı bırakma oranı anlamlı ölçüde yüksektir ($\chi^2=27,458$ $p < 0,05$). Araştırma grubunun %28,6'sı çevresinde sigara kullanımına bağlı sağlık sorunu bulunan bir yakını olduğunu belirtmiştir.

Sigara kullananların %65,5'i sigarayı bırakmak istediğini, % 20,7'si ileride bırakmayı düşünebileceğini, %12'si ise bırakmayı düşünmediğini belirtmiştir.

Araştırma grubunun %90,1'i sigaraya yönelik yasakları desteklediğini belirtmiştir. Trafik aracı içerisinde sigara kullanıp kullanılmadığı sorusuna personelin tamamı kullanılmadığını belirtmiştir.

Trafik polislerine sigarayı bırakma nedenleri sorulmuş ve bırakanların %35,4'ü sağlık sorunları, %1,2'si kötü bir görüntü verdiği düşüncesi, %10,4'ü sigara yasakları nedeni ile bıraktığını belirtmiştir. Trafik polislerine "sigara

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

kullanımına bağlı sağlık sorunları yaşadığını düşünüyor musunuz” sorusu sorulmuş ve %23,6’sı sağlık sorunu yaşadığını belirtmiştir. Sigara kullanımına bağlı sağlık sorunu yaşayanların diğerlerine göre sigarayı bırakma oranı anlamlı ölçüde yüksektir ($\chi^2=8,017$ $P<0,05$). Araştırma grubunun %28,6’sı çevresinde sigara kullanımına bağlı sağlık sorunu bulunan bir yakını olduğu belirtmiştir. Sigara kullananların %65,5’i sigarayı bırakmak istediğini, % 20,7’si ileride bırakmayı düşünebileceğini, %12’si ise bırakmayı düşünmediğini belirtmiştir.

Araştırma grubunun %90,1’i sigaraya yönelik yasakları desteklediğini belirtmiştir. Trafik aracı içerisinde sigara kullanıp kullanılmadığı sorusuna personelin tamamı kullanılmadığını belirtmiştir.

Trafik polislerinin çalışma şartlarını değerlendirmek amacı ile günlük trafikte bulunma süreleri sorulmuştur. 16 sivil çalışan dışındaki trafik polisleri günlük ortalama $11,6\pm 1,7$ (min=6, max=16) saat trafikte çalıştıklarını belirtmiştir. Trafikte çalışmaya bağlı yaşadıkları sağlık sorunlarını sıralamaları istenmiş ve grubun %39,7’si solunum sistemi şikâyetleri (öksürük, balgam, boğazda yanma) olduğunu, %21,7’si kullanmakta oldukları ayakkabılar nedeni ile ayak mantarı, %14,9’u stres, %11,8’i soğuk havaya bağlı çeşitli rahatsızlıklar, %6,8’i boyun, bel ve kas ağrıları yaşadığını belirtmiştir.

Trafiğe bağlı hava kirliliğini önleyici önerileri sorulmuş olup araştırma grubunun 41,6’sı ağaçlandırma yapılması gerektiği, %37,9’u kirli havalarda maske kullanılabileceğini, %33,5’i elektrikli araçların yaygınlaştırılması gerektiği, %30,4’ü tek çift plaka uygulamasını, egzoz ölçüm sayısının artırılmasını, %18,6’sı doğalgaz kullanımının yaygınlaştırılması gerektiğini belirtmiştir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Hava kirliliğinin insan sağlığı üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar sonucunda hava kirliliğine neden olan kaynaklar ile kirlenici etkenlerin yapısı, dağılımı, sağlıklı bireyler üzerindeki akut, subakut ve kronik dönemdeki etkileri, risk grupları daha iyi anlaşılmıştır. Benzer çalışmalarda kavşaklarda hava kirliliğinin normal sınırlarında üzerinde olduğu da görülmüştür. Çalışmamızda araştırma grubunun sigara kullanım durumu sorulmuş ve grubun %26,7’sinin sigara kullandığı belirlenmiştir. Ankara’da 1997 yılında yapılan çalışmada trafik polislerinin sigara kullanım oranı %61,8 bulunmuştur. Kayseri’de görev yapan trafik polisleri Ankara’daki meslektaşlarına göre 1/3 oranında daha az sigara kullandıkları görülmüştür. Ankara’daki çalışmanın 1997 yılında yapılmış olması nedeni ile günümüze kadar gelen sigara kullanımını azaltıcı yöndeki çalışmaların Kayseri’deki polislerin daha az sigara kullanması yönünde etkisi olabileceği düşünülmüştür. Grubun %36’sı sigarayı bıraktığını, %29,2’si hiç sigara kullanmadığını belirtmiştir. Ankara’daki çalışmada sigarayı bırakma oranı %7,2’dir.

SFT uygulanan 161 trafik şube çalışanının ortalama FEV(1) değeri $4,2\pm 1,2$ lt, FVC $4,8\pm 0,6$ lt, dir. Hindistan’da yapılan bir çalışmada sigara kullanmayan 100 trafik polislerinin ortalama FVC değeri $2,7$ lt, FEV(1) %1,8 olarak değerlendirilmiştir. Ankara’da yapılan bir çalışmada sigara kullanan trafik polislerinin ortalama FEV(1) düzeyi %5 lt, iken kullanmayanların %4,6 lt bulunmuştur. Bizim çalışmamızda sigara kullanan polis memurlarında FEV1 düzeyi %3,6 iken sigara kullanmayanlarda %4,5 olarak bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=0,785$ $p>0,05$).

Araştırma grubunun %17,3’ünün FEF25/75 değerinin % 60’ın altında olduğu görülmüştür. Literatüre göre %10–30 prevelansı bulunan KOAH’ın çalışmamızda belirlenen ve KOAH öncesi bronşiyoller obstrüksiyonu tanımlayan FEF25/75 değeri ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. İzmir’de yapılan bir çalışmada FEF25-75’in, sigara içen kişilerde FEV1/FVC’den daha önce düştüğü belirtilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde 11 eylül saldırısı sonrası görev alan polislerin %22,5’inde solunum sistemine ilişkin semptomlar görüldüğü belirtilmiştir. Hindistan’da yapılan bir çalışmada da trafik polislerinin egzoz dumanı maruziyetine bağlı solunum sistemi hastalıkları morbiditesinde artış görüldüğü belirtilmiştir.

Sigarayı bırakan 58 kişiye bırakma yöntemi sorulmuş ve grubun %94,8’i yarımsız kendi iradesine dayanarak bıraktığını belirtmiştir. Grubun 5,1’i ise ilaç ve akupunktur gibi yardımcı yöntemlerle bıraktığını belirtmiştir. Yapılan araştırmalar, eğitim programları sigaranın sosyal ve psikolojik bir alışkanlık olduğu, bu nedenle iradenin ve motivasyonun güçlendirilmesi ile

sigaranın bırakılacağı düşünülerek hazırlanmışsa da, beklenildiği kadar başarılı olamamıştır. İngiltere’de yapılan bir çalışmada yaklaşık 6 ay boyunca yarımsız sigara bırakma oranı % 4 iken, tamamen bırakma oranı %2 bulunmuştur.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Sonuç olarak; ilimizdeki trafik polislerinin sigara kullanım oranı %26,7 olarak bulunmuştur. Trafik polislerinin %39,7'si solunum sistemi şikâyetleri olduğunu belirtmiştir. Sigara kullanan trafik polislerinde kullanmayanlara göre SFT değerleri düşük bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda; küçük hava yollarında obstrüksiyon tespit edilen gurubun ileri dönem solunum kalitesi açısından sigarayı bırakması, pasif içici olunan ortamlardan uzak kalması primer düzeyde koruyuculuğu sağlayacaktır. Daha doğru tespitler için akciğer grafisi ile desteklenen bir çalışma yapılması önerilmektedir. Trafik polislerinin yaşamakta oldukları sağlık sorunları açısından gerekli düzenlemelerin yapılması iş verimini artıracaktır.

Kaynakça:

- 1- Karacan Ö, Arbak P, Özşahin S.L, Ulger F, Numanoğlu N. Trafik Polislerinde Mesleksel Etkilenmenin Solunum Fonksiyon Testleri Ve Solunum Sistemi ile ilgili Belirtiler Yönünden Değerlendirilmesi. Solunum 3: 276-281, 2001
- 2-Gupta S, Mittal S, Kumar A, Singh KD . Respiratory effects of air pollutants among nonsmoking traffic policemen of Patiala, India. Lung India. 2011 Oct;28(4):253-7.
- 3-Singh V, Sharma BB, Yadav R, Meena P. Respiratory morbidity attributed to auto-exhaust pollution in traffic policemen of Jaipur, India. J Asthma. 2009 Mar;46(2):118-21
- 4- Demir A, Büyüksirin M, Polat G. KOAH Çadırında Ölçülen SFT Sonuçları ve KOAH Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Toraks Dergisi Nisan 2006 • Cilt 7 • Sayı 1:27-28.
- 5-Luft BJ, Schechter C, Kotov R, et all. Exposure, probable PTSD and lower respiratory illness among World Trade Center rescue, recovery and clean-up workers. Psychol Med. 2012 May;42(5):1069-79.

Anahtar Kelimeler: Trafik Polisi, Sigara, Hava Kirliliği

773

VARDİYALI ÇALIŞANLARDA UYKULULUK DURUMU İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Gamze Varol Saraçoğlu¹, Burcu Tokuç², Sultan Doğan¹, Ülfiye Çelikkalp¹

¹NKU Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

²Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Uyku sorunları, yaşamı tehdit eden yaralanmalara ve iş kazalarına yol açabilmeleri, iş verimliliğinde ciddi kayıplara ve psikososyal işlevlerde bozukluklara yol açabilmeleri nedeniyle önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Bu nedenle özellikle vardiya ile çalışan iş yerlerinde uyku ile ilgili sorunların değerlendirilmesi, bu bozukluğa sahip olan insanların bilinçlendirilmesi ve uygun tedaviye yönlendirilmesinin önemli olduğu bildirilmektedir (1-2).

Uyku sorunları başlı başına birer hastalık olabildiği gibi çok sayıda hastalığın önemli bir belirtisi olabilir. Ayrıca, çeşitli sağlık sorunlarının gelişmesine zemin hazırladığı ya da alevlenmesine neden olabildiği bilinmektedir (3).

Bu araştırmada, vardiyalı işyerlerinde çalışanlarda “uykululuk” sorunu varlığının ve anksiyete ve depresyon düzeylerinin saptanması belirlenmesi hedeflenmiştir. Ayrıca “uykululuk” sorunu olan ve olmayan çalışanların anksiyete ve depresyon düzeylerinin kıyaslanması amaçlanmıştır.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Yöntem ve Gereçler: Araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini Tekirdağ'da bir tekstil fabrikasında vardiyalı olarak çalışan 105 işçi oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 95 işçiye Kişisel Bilgi formu, Epworth Uykululuk Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'nden oluşan anket formu uygulanmıştır. Anketi eksiksiz olarak dolduran 80 işçi araştırmaya dahil edilmiştir. Kullanılan değerlendirme araçları aşağıda sıralanmıştır:

Kişisel Bilgi formu (KBF): Bu form, işçilerin yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyodemografik değişkenlerin sorgulandığı araştırmacılar tarafından hazırlanmış soru formudur.

Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ): Ölçek 1991'de M.W. Johns tarafından geliştirilmiştir. Ölçek diğer uykuyla ilgili ölçeklerinden farklı olarak gündüz uykululuğunun genel düzeyini ölçer, yüksek puan uykululuğu göstermektedir (2-5). EUÖ'nün Türkiye'de uyku ve uyku bozukluklarıyla ilgili çalışmalarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir test olduğu gösterilmiştir (3). Kendi çalışma grubumuzda da ölçek güvenilirliği test edilmiş ve Cronbach α değeri 0.71 bulunmuştur. Literatürde EUÖ kesme değeri 10 puan ve üstü olarak bildirilmektedir ve 10 ve üstü puan alanlar için polisomnografi (PSG) gerekliliği vurgulanmaktadır (6).

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD): Bu değerlendirme aracı 1983'te Zigmon ve Snaith tarafından bedensel hastalığı olan ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar üzerinde kullanılmak üzere anksiyete ve depresyon riskini belirlemek için geliştirilmiş bir ölçektir (6-8). Ölçeğin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Aydemir ve ark. tarafından yapılmış; ölçeğin kesme noktası anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır (8). Çalışma grubumuzda HAD anksiyete alt ölçeği Cronbach α değeri 0.77; depresyon alt ölçeği Cronbach α değeri 0.65 olarak hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışma grubumuzun sosyodemografik özellikleri, yaş ortalaması 36.5 ± 5.6 'dır; %38.8'i kadındır ve %90'ı evlidir. Araştırma grubunun eğitim durumu, %1.2 okuryazar değil, %36.3 okuryazar+ilköğretim, %26.2 orta öğretim, %30.0 lise ve %6.2 üniversite ve üstü mezunu olarak dağılmaktadır.

Çalışma grubumuzda 8 kişinin EUÖ skoru 10 puan ve üzerinde bulunmuştur (%10) ($p < 0.001$). EUÖ puanları 10 ve üzeri olan grupta ($n=8$) ölçek puanı ortalaması 11.0 ± 1.4 ; EUÖ puanları 10'un altında olan grupta ($n=72$) ölçek puan ortalaması 3.9 ± 3.0 'tür ($p < 0.001$).

EUÖ puanları 10 ve üzeri olanlarla puanı 10'un altında olanlar anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından kıyaslanmıştır. EUÖ puanları 10 ve üzeri olanlarda HAD anksiyete alt ölçeği ortalaması 8.8 ± 2.4 ; EUÖ puanları 10'un altında olan grupta HAD anksiyete alt ölçeği ortalaması 6.2 ± 3.0 olarak hesaplanmıştır. İki grubun puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

EUÖ puanları 10 ve üzeri olanlarda HAD depresyon alt ölçeği ortalaması 7.0 ± 2.8 ; EUÖ puanları 10'un altında olan grupta HAD depresyon alt ölçeği ortalaması 6.3 ± 3.4 olarak hesaplanmış ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.5$).

HAD anksiyete alt ölçeği kesme noktalarına göre grup değişkeni olarak kabul edildiğinde 15 kişi (%23.1) anksiyete açısından riskli olarak değerlendirildi. Anksiyete belirtileri taşıyan grupta EUÖ puanları anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0.007$). Benzer biçimde HAD depresyon alt ölçeği kesme noktalarına göre grup değişkeni olarak kabul edildiğinde 38 kişi (%47.5) depresyon belirtileri göstermekteydi. Depresyon belirtileri bulunan grupta bulunmayan grup arasında EUÖ puanları açısından fark yoktu ($p=0.3$).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler:

Bu çalışmada vardiyalı işyerlerinde çalışanlarda "uykululuk" sorunu yaşayanların belirlenmesi ve "uykululuk" sorunu olan ve olmayan çalışanların anksiyete ve depresyon düzeylerinin kıyaslanması amaçlanmıştır. Sonuçta iki önemli bulgu elde edilmiştir. Birincisi, çalışanların %10'unda ($n=8$) "uykululuk" sorunu olmasıdır ve literatür bilgilerine göre bu kişilere polisomnografik değerlendirme yapılması gereklidir(4). Böylece özgül bir uyku bozukluğu olup olmadığı belirlenecektir. Özgül uyku bozukluğu saptananlarda gerekli tedaviler uygulanabilir ve gerekirse çalışma saatlerinde uygun değişiklikler yapılabilir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Çalışmamızdaki ikinci önemli bulgu gündüz uykuluğu bulunan işçilerde anksiyete düzeylerinin uykululuk sorunu olmayanlardan anlamlı olarak yüksek olması idi ($p<0.001$). Anestezi asistanları üzerinde yapılan bir çalışmada da farklı ölçekler kullanılmasına karşın, vardiyalı çalışan ve özellikle gece vardiyasında görev yapan hekimlerin anksiyete düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (9). Trabzon'da birinci ve ikinci basamakta çalışan hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada da, hastanede çalışan hemşirelerin birinci basamakta çalışanlarla kıyaslandığında sürekli kaygı ölçeği sonuçları açısından fark bulunmamasına karşın ($p>0.05$); iş yaşamlarından memnun olmadıkları ($p<0.0001$) ve buna paralel olarak EUÖ puanlarının anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu belirlenmiştir ($p=0.019$) (10). Karpal tünel sendromlu hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeğinin psikik anksiyete puanları yüksek olan kişilerde EUÖ puanlarının da yüksek olduğu belirlenmiştir (11).

Çalışma grubumuzda gündüz "uykululuk" sorunu yaşayan ve yaşamayan grupta HAD depresyon alt ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. Çalışmamızda EUÖ puanları ile HAD depresyon alt ölçek puanları arasında bir ilişki de bulunmamıştır. Tıkaçıcı Uyku Apne Sendromlu hastaların anksiyete/depresyon ve "uykululuk" durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada depresyon düzeyi ve EUÖ arasında bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir (12).

Anksiyete bozuklukları sık görülen ve önemli olumsuz sonuçları görülen ruh sağlığı bozukluklarıdır. Anksiyete düzeylerinin yükselmesinin bilişsel performansı bozabildiği de bildirildiğinden (9) yüksek anksiyete düzeyi olan çalışanların iş veriminin de düşebileceği söylenebilir.

Çalışmadan elde edilen önemli bir kazanım da, vardiyalı çalışan işyerlerinde genellikle ihmal edilen uyku sorunlarını gündeme getirmek olmuştur. İşçi, işveren ve işyeri hekimi vardiyalı çalışan işyerlerinde uyku sorunları nedeniyle yaşanması olası iş kazaları ve ölümlerin engellenebileceği konusunda dolaylı yoldan da olsa duyarlı kılınmıştır.

Sonuç olarak, vardiyalı çalışan işçilerin uyku sorunları yaşayabileceği ve uyku sorunlarının da yaşamı tehdit eden yaralanmalara ve iş kazalarına yol açabilmeleri, iş verimliliğinde ciddi kayıplara ve psikososyal işlevlerde bozukluklara yol açabileceği akılda tutulmalıdır. Önerimiz, özellikle vardiyalı çalışılan iş kollarında konuyu değişik boyutlarıyla inceleyecek multidisiplinler yeni araştırmalar planlanmasıdır. Ayrıca gelecekte yapılacak çalışmalarda uyku sorunu olan çalışanlarda bilişsel performansın da incelenmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar:

1. Hidalgo MP, Caumo W, Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in medical students. *Neurological Science* 2002; 23:35-39
1. Young TB, Epidemiology of daytime sleepiness: definitions, symptomatology and prevalence. *Journal Clinical Psychiatry* 2004; 65 Suppl 16: 12-6.
2. Harrison Textbook of Internal Medicine. (15.edition) Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL 2001, s: 155-164.
3. Ağargün MY, Çilli AS, Kara H, Bilici M, Epworth Uykululuk Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10 (4):261-267
4. Miletin MS, Hanly PJ, Measurement properties of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep Medicine* 4, 2003; 195-199.
5. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler, HBS Basım Yayın, Ankara 2012.
6. Zigmond AS, Snaith PR: Hospitaş anxiety and depression scale. *Acta Psych Scand* 1983; 67:361-70.
7. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1977;8:280-87.
8. Sarıcaoğlu F, Akıncı SB, Gözaçan A, Güner B, Rezaki M, Aypar Ü. Gece ve gündüz vardiya çalışmasının bir grup anestezi asistanının dikkat ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(2):106-112.

10. Muşlu C, Baltacı D, Kutanis R, Kara İH. Birinci Basamak ve hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2012; 4(1):17-23.

11. Gül Aİ, Alp R, Özcan Ç, Palancı Y. Karpal tünel sendromu ve anksiyete ilişkisi ve bunun uyku bozuklukları üzerine etkisi. Harran Üniv. Tıp Fakültesi 2008; 5(3):16-20.

12. Kant A. Obstrüktif uyku apne sendromlu hastaların nöropsikiyatrik açıdan değerlendirilmesi (Göğüs Hastalıkları Uzmanlık Tezi). TC. Sağlık Bakanlığı Süreyya Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi. (http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/gogus_hast/dr_ayd%C4%B1n_kant.pdf, erişim tarihi: 19.07.2012)

Anahtar sözcükler: Ephworth Uykululuk Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Vardiyalı çalışma

742

VETERİNER HEKİMLERDE İŞ STRESİ VE ETKİLİ FAKTÖRLER

Sibel Cevizci¹, Ülken Tunga Babaoğlu², Adnan Serpen³, Osman Yılmaz³, Hakan Boyar³, Suat Çelikel³

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

²Kırşehir Ahi-Evran Üniversitesi, Ziraat Fakültesi, Zootekni AD., Kırşehir

³İzmir Veteriner Hekimler Odası, Veteriner Halk Sağlığı Çalışma Grubu, İzmir

Giriş ve Amaç: İş sağlığını tehdit eden önemli sorunlardan birisi olan iş stresi konusunda Türkiye’de veteriner hekimler arasında yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, veteriner hekimler arasında iş stresinin ölçülmesi ve etkili olabilecek risk faktörlerinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma, 2012 Yılı Ocak-Haziran ayları arasında yapıldı. Web-tabanlı hazırlanan anket, Veteriner Hekimler Odaları aracılığı ile odalara üye veteriner hekimlere ulaştırıldı. Anketlerin doldurulması işlemi halen devam etmekte olup, bu çalışmada ankete yanıt veren 201 kişinin verileri sunuldu. Veteriner Hekimlerin iş stresini ölçmek için Demiral ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan “İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Anketi” kullanıldı (1). Ölçek üç alt bölümden ve 17 sorudan oluşmaktadır. İş yükü için 5, iş kontrolü için 6 ve sosyal destek için 6 soru içermektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek iş yükünü, yüksek iş kontrolünü ve yüksek sosyal desteği göstermektedir. İş stresi, iş yükünün iş kontrolüne oranı olarak değerlendirilmiştir (1). Ayrıca, web-tabanlı bu çalışmada katılımcıların sosyo-demografik verileri, işe bağlı risk faktörleri ve bazı sağlık davranışları da araştırıldı. Tanımlayıcı verilerin sunumunda sıklık ve yüzde değerleri, ölçek puanlarının sunumunda ortalama ve standart sapma değerleri, kamu ve özel sektörde çalışanların iş stresi düzeylerinin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 37,90± 9,23 (min:24-maks:66) idi. Çalışmada yer alan bireylerin %29,4’ü kadın olup, katılımcıların çoğu (%73,6) evli olduğunu bildirdi. Katılımcıların %36,8’i veteriner kliniği/hayvan hastanesi’nde çalıştığını bildirdi.

Katılımcıların İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Anketi sonuçlarına göre iş yükü, iş kontrolü, beceri, karar serbestliği ve sosyal destek ortalama puanları ile standart sapmaları sırasıyla 9,47±1,88; 13,88±2,06; 7,05±1,71; 6,83±1,61 ve 23,91±5,08 idi. Çalışmada değerlendirmeye alınan 201 veteriner hekimin iş stresi düzeyleri kamu ve özel sektörde çalışanlar yönünden incelendi. Anket sonuçlarına göre 82 kişi kamuda, 117 kişi özel sektörde çalıştığını bildirdi. Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, kamuda çalışan hekimler arasında karar serbestliği ve sosyal destek düzeyleri özel sektörde çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktü (karar serbestliği: 6,22±1,76 vs 7,29±1,31 $p<0,001$; sosyal destek: 22,77±5,33 vs 24,85±4,48 $p<0,003$). İş yükü, iş kontrolü ve beceri kullanımı yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Ankete en çok yanıt veren iller ise sırasıyla İstanbul (%23,9), Samsun (%23,9), Ankara (%7,5) ve Konya (%5,5) idi. Katılımcılar haftada ortalama $5,9 \pm 0,8$ (min:4-maks:7) gün çalıştıklarını bildirdi. Katılımcıların %44,8'i günde 10 saat ve üzeri çalıştıklarını, %29,4'ü 6 saat ve üzeri ayakta çalıştıklarını, %22,9'u 6 saat ve üzeri çalışırken oturduklarını, %23,4'ü 2 saat bilgisayar başında çalıştıklarını bildirdi. Katılımcıların %20,9'u düzenli fiziksel aktivite yaptıklarını, %57,7'si çalışma ortamlarının fiziksel sağlıklarını olumsuz etkilediğini ve en sık yaşadıkları fiziksel rahatsızlığın kas ağrısı, bel fıtığı olduğunu bildirdi. Hayvan besleyenlerin %30,85'i kedi, %21,39'u köpek beslediklerini belirtti. Anketi yanıtlayanların %61,7'si hayvan beslemenin iş stresini azalttığını bildirdi. "Çalışma ortamınızın ruhsal sağlığını olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?" sorusuna katılımcıların %50,7'sinin "Evet" yanıtını verdiği saptandı. En sık bildirdikleri ruhsal sağlık sorunları ise stres, yorgunluk, tükenmişlik ve depresyon idi. Çalışmaya katılan veteriner hekimler, mesleklerini icra ederken kendilerini en çok korkutan ve endişelendiren durumları zoonoz hastalıklar, hayvan tarafından ısırılma ve başarısızlık olarak ifade etti.

Çalışmaya katılanların iş yerinde günde ortalama $57,57 \pm 47,24$ (min:30-maks:300) dakika cep telefonu ile konuştukları tespit edildi. Katılımcıların %56,7'si araba kazası yaşadıklarını, %17,4'ü son bir yıl içinde kaza yaptıklarını ve %8,5'i kazaların hasta ziyareti yaparken olduğunu bildirdi. Anketi dolduran veteriner hekimlerin %81,6'sı "İş stresi yaşadığınızı düşünüyor musunuz?" sorusuna "Evet" yanıtını verdi. "Ailenize ve/veya kendinize yeterli zaman ayırabiliyor musunuz?" sorusuna ise katılımcıların %46,3'ü "Ayırabiliyorum ancak yeterli değil" cevabını verdi.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler: Belçikalı veteriner hekimlerde iş stresi ve tükenmişlik düzeyi ile risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada da kadın-erkek yüzdesi (24,5 vs 75,5) çalışma bulgularımızla (29,4 vs 70,6) paralellik göstermiştir (2). Belçika çalışmasında katılımcıların %80,6'sı, çalışmamızda ise bireylerin %73,6'sı evli olduklarını bildirmiştir. Veteriner hekimlerde iş stresini inceleyen çalışmalara göre bildirilen en önemli stres faktörü uzun çalışma saatleridir (2-4). Belçika çalışmasında haftalık çalışma süresinin $54,27 \pm 18,75$ olduğu, Türkiye'de veteriner hekimler arasında iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerini inceleyen bir başka çalışmada da günlük çalışma süreleri $10,26 \pm 3,00$ bulunmuştur (2, 5). Çalışma süreleri incelendiğinde çalışmamızda elde edilen bulguların literatürle uyumlu olduğu saptanmıştır.

Almanya çalışmasında haftada 48 saatten fazla çalışanlarda iş stresinin yüksek ve iş doyumunun düşük olmasına paralel olarak araba kazası geçirme riskinin de yüksek olduğu bildirilmiştir (4). Çalışmamızda da katılımcıların yarısından fazlası araba kazası geçirdiklerini ifade etmiştir. Ayrıca, çalışma saatleri ve iş stresinin yüksek olması, işe bağlı kazaları ve özellikle araba kazası risklerini de artırabilmektedir (6). Avustralya'da veteriner hekimler arasında yapılan çalışmalarda uzun çalışma saatlerinin, yetersiz tatil sürelerinin, çalışırken mola sürelerinin yetersiz olmasının ve hayvan sahiplerinin tutum ve davranışlarının iş stresini artırdığı bildirilmiştir (3, 7). Çalışmamızda yer alan hekimler de benzer stresörlerin fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir.

Sonuç olarak, çalışmamızın az sayıda veteriner hekime ulaşılması ve elde edilen verilerin topluma genellenememesi gibi sınırlılıkları mevcuttur. Bununla birlikte, bu çalışma Türkiye'de veteriner hekimler arasında iş stresini ölçen ilk çalışmadır. Çalışma grubumuzda iş stresinin yüksek olduğu ve fiziksel-ruhsal sağlık sorunlarına yol açarak çalışanların iş sağlığını olumsuz yönde etkilediği açıktır.

Veteriner hekimler arasında iş sağlığı ve güvenliği konusunda yeterli düzeyde farkındalığın olmaması bu tip çalışma sonuçlarını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle, öncelikle Türkiye'de veteriner hekimler arasında başta iş stresi olmak üzere iş sağlığını ve güvenliğini koruyucu hizmet içi eğitimlerin yapılmasının önemli yararları olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar:

1. Demiral Y, Ünal B, Kılıç B, Soysal A, Bilgin AC, Uçku R, Theorell T. İş stresi ölçeğinin İzmir Konak Belediyesi'nde çalışan erkek işçilerde geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Toplum Hekimliği Bülteni 2007; 26(1): 11-18.
2. Hansez I, Schins F, Rollin F. Occupational stress, work-home interference and burnout among Belgian veterinary practitioners. Irish Veterinary Journal 2008; 61(4): 233-241.
3. Hatch PH, Winefield HR, Christie BA, Lievaart JJ. Workplace stress, mental health, and burnout of veterinarians in Australia. Aust Vet J 2011; 89(11): 460-468.

4. Trimpop R, Kirkcaldy B, Athanasou J, Cooper C. Individual differences in working hours, work perceptions and accident rates in veterinary surgeries. *Work Stress* 2000; 14(2): 181-188.
5. Babaoğlu ÜT, Cevizci S, Arslan M. İstanbul'da çalışan veteriner hekimlerin iş doyumunu ve tükendişlik düzeyleri. *Kafkas Univ Vet Fak Derg* 2012; 18(4): 599-604.
6. Trimpop R, Austin EJ, Kirkcaldy BD. Occupational and traffic accidents among veterinary surgeons. *Stress and Health* 2000; 16(4): 243-257.
7. Smith DR, Leggat PA, Speare R, Townley-Jones M. Examining the dimensions and correlates of workplace stress among Australian veterinarians. *J Occup Med Toxicol* 2009; 4: 32

546

ZONGULDAK KÖMÜR HAVZASINDA VARDİYALİ OLARAK ÇALIŞAN MADEN İŐİCİLERİNİN SAğLIK SORUNLARI VE İŞE DEVAM ORANLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

Gökhan Ofloğlu, Sibel Buzkan

Bölent Ecevit Üniversitesi

Maden işkolunda vardiyalı çalışmanın fizyolojik ve psikolojik yönden yol açtığı büyük sorunlar bulunmaktadır. Araştırmamızda Türkiyede en eski iş kollarından biri olması ve proses nedeniyle vardiyalı çalışmayı gerektirmesi nedeniyle taşkömürü madenciliginde işçiler üzerinde araştırma yapılmıştır.

Araştırmamızda;

- maden işkolunda vardiyalı çalışmanın işçiler üzerinde neden olduğu sağlık sorunlarını araştırmak ve sürekli gündüz çalışanlarla karşılaştırmak,

-Vardiyalı ve sürekli gündüz çalışanlarda sağlık nedeniyle ve sağlık dışı nedenlerle işe devamsızlıklarına ve işe kazalarına ilişkin istatistik ölçütleri karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Araştırmamızda elde edilen veriler bilgisayarda database programı ile oluşturulan kütüğe işlenmiş ve değerlendirilmiştir. İstatistiksel test olarak ki-kare testi, iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda, vardiyalı işçilerde sigara ieme oranının, sürekli gündüz işçilerinden daha fazla, günlük ortalama uyku sürelerinin ise daha az olduğu, mide rahatsızlıkları, baş ağrısı, kilo alma ve halsizlik yakınmalarının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Vardiyalı işçilerde tüm nedenlere bağlı absentizm hızı, sürekli gündüz işçilerine göre daha düşükken, hastalık ve işe kazası nedeniyle absentizm başına ve kişi başına ortalama işe saati kayıpları daha yüksektir. Vardiyalı işçilerde kaza sıklık oranı vardiyasız işçilere göre daha düşük olmasına rağmen kaza ağırlık oranı daha yüksektir.

Gece vardiyasında işçilerin algılama, dikkat ve yakın hafıza düzeyleri sabah ve öğle vardiyasına göre önemli ölçüde düşmektedir.

Günümüzde vardiyalı çalışma sisteminin giderek yaygınlaşması ve her alanda uygulanır hale gelmesi hiç kuşkusuz öncelikle çalışanların sağlık ve güvenlikleri açısından ve bunun yanısıra toplumsal açıdan önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Vardiyalı alışma sisteminin sanayide ve hizmet sektöründe bu kadar yaygın olarak kullanılmasının başlıca nedenlerini şöyle özetleyebiliriz :

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

-Teknolojik nedenler: Petrolk, kimya, kömür, demir-çelik, denizcilik gibi bazı şlkollarında teknolojinin gereği olarak üretimde süreklilik zorunludur. Bunu sağlayabilmek için yirmi dört saat çalışmaya gerek vardır.

-Ekonomik nedenler: Üretimde yeralan makinaların yatırım maliyetleri nedeniyle tam kapasite kullanımlarını sağlamak ve piyasaya sürekli mal arzedeabilmek ve böylece serbest piyasa ekonomisinde rekabetle etkili olabilmek amacıyla vardiyalı çalışma sistemine başvurulmaktadır.

-Sosyal nedenler: İnsanların yaşam kalitesini yükseltmek, bu doğrultuda toplumdaki gelen talepleri karşılayabilmek ve toplum düzenini koruyabilmek amacıyla sağlık ve güvenlik hizmetleri, iletişim endüstrisi, seyahat, kültürel etkinlikler ve eğlence sektöründe vardiyalı çalışmaya gereksinim duyulmaktadır.

Bu nedenle Taşkömürü madenciliginde vardiyalı çalışmanın işçiler üzerinde neden olduğu etkileri belirlemek amacıyla bir araştırma yapılmıştır. Araştırma, Türkiye 'de eski bir işkolu olması ve üretim süreci nedeniyle vardiyalı çalışmayı gerekli kılmaması açısından Taşkömürü madenciligi alanında yapılmıştır.

Taşkömürü madenciliginde gerçekleştirilen bu çalışmanın yakın amaçları;

-Vardiyalı ve vardiyasız çalışanların demografik özelliklerini belirlemek,

-Vardiyalı çalışmanın işçiler üzerinde neden olduğu sağlık sorunlarını araştırmak ve sürekli gündüz çalışanlarla karşılaştırmak,

-Vardiyalı ve vardiyasız çalışanlarda devamsızlık oranlarını tespit etmek,

Uzak amaç ise, araştırma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda işyerinde vardiyalı çalışanların sağlık ve güvenlik sorunlarını giderebilmek için alınması gerekli tedbirlere dikkat çekmektir.

Araştırmamızın temel hipotezleri aşağıda sunulmaktadır:

-Vardiyalı çalışan işçilerin sağlıkları ile ilgili Şikayetleri sürekli gündüz çalışanlara göre daha fazladır.

-Vardiyalı çalışan işçilerde devamsızlık, sürekli gündüz çalışanlara göre daha fazladır.

-Gece vardiyasında hastalık ve sağlık dışı nedenlerle işe devamsızlık diğer vardiyalara göre daha fazladır.

-Vardiyalı işçilerde iş kazası geçirme sıklığı ve ağırlığı sürekli gündüz çalışanlardan daha fazladır.

Araştırma kapsamında Türkiye Taş Kömür havzasında çalışan 130 işçi alınmış.Bunların 85 'i vardiyalı, 45 vardiyasız işçidir. Yapılan çalışmada yaş grupları, eğitim durumları, iş yerindeki çalışma süreleri ve işçilerin sağlıkla ilgili Şikayetlerinin varlığına göre istatistiksel testler uygulanmıştır. İstatistiksel olarak ki-kare testi uygulanmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak yüzde oranlardan yararlanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan vardiyalı ve vardiyasız işçilerin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo I de verilmiştir. Vardiyalı çalışan işçilerin %47' si, vardiyasız çalışanların %33'ü

30-34 yaş grubunda yer almaktadır. Her iki gruptaki işçilerin yaş dağılımlarına göre incelendiğinde bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır

Araştırma kapsamına alınan vardiyalı ve vardiyasız işçilerin eğitimlerine göre dağılımı Tablo II de verilmiştir.Vardiyalı işçilerin eğitim düzeyleri daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan vardiyalı ve vardiyasız işçilerin çalışma sürelerine göre dağılımı Tablo III de verilmiştir. Vardiyalı çalışanların % 28, vardiyasız çalışanların ise %33'ü toplam hizmet süreleri 10-14 yıl

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

arasındadır. Vardiyalı çalışanların toplam hizmet süreleri vardiyasız çalışanlara göre daha azdır. Bu fark istatistiksel olarak da önemli bulunmamıştır.($p<0.01$).

Araştırma kapsamına alınan vardiyalı ve vardiyasız çalışan işçilerin sağlıklarıyla ilgili tablo incelendiğimizde. Vardiyalı ve vardiyasız çalışan işçiler arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede mide şikayetleri($p< 0.005$), kilo alma, halsizlik ($p<0.05$) ve baş ağrısı da ($p<0.5$), ki farklar önemli bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan vardiyalı ve vardiyasız işçilerden devamsızlık gösterenlerin sayılarının devamsızlık nedenlerine göre yüzde dağılımları incelendiğinde iş kazası, izinsiz işe gelmeme nedeniyle devamsızlıklarda vardiyalı ve vardiyasız işçiler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak sağlık nedenleriyle işe devamsızlık oranı vardiyalı olarak çalışan işçilerde daha yüksek olarak saptanmıştır. Değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Vardiyalı çalışmayı tamamen terk etmek mümkün olmadığından, sanayide çalışan vardiyalı işçilerinin çalışma sisteminden en az şekilde etkilenmelerini sağlamak amacıyla gereken önlemler alınmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Bu önlemler şöyle sıralanabilir(Colligan, M.j, 1986; Kogi K., 1986; Baykut,1994):

-Vardiyalı çalıştırılacak işçiler işe girişlerinde sağlık kontrolünden geçirilmelidir. Belli bazı rahatsızlıkları olanlar vardiyalı çalıştırılmamalıdır.

-Vardiyalı işçilere vardiyalı çalışmadan dolayı meydana gelebilecek sağlık sorunları ve bunlarla mücadele etme yöntemleri hakkında bilgi verilmelidir.

-Vardiyalı işçilerin aile içi ve çevre-arkadaş ilişkilerini düzenlemesini sağlamak ve uyku bozukluklarından kaynaklanan yorgunluğu azaltmak için vardiya değişimlerinde en az iki tam gün izin verilmelidir. Eşi çalışan işçilerin hafta tatilleri mümkünse eşinin izinli olduğu günlere denk getirilmelidir.

-Vardiyalı çalışan işçilere fazla çalışma yaptırılmamalıdır. Zorunluluktan dolayı fazla çalıştırılan işçilere çalışma sonrası izin verilmelidir.

-Vardiya sisteminde etkin bir düzenleme planlanmalıdır. Sabah erken saatlerde başlayan vardiya sisteminden kaçınılmalıdır. Her vardiyada işçilere dinlenmeleri için süre tanınmalı, eğer mümkünse kısa sürede dönüşümlü vardiya sistemi uygulanmalıdır. Düzenlemeler sırasında işçilerin uyum sorunları araştırılmalıdır.

-İşyerindeki sağlık birimi geceleri de görevli personeli, araç ve gereçleri ile her an kullanılabilir halde hazır bulundurulmalıdır. Böylece gece vardiyasında çalışanların her an ilk yardım ve sağlık hizmetlerinden faydalanmaları sağlanmalıdır.

-İşyerlerinde vardiyalı çalışan işçilere rehberlik hizmetleri verebilecek uzman personel bulundurulmalı, aileleri ve çevreleri ile olan sorunlarında bu personel yol gösterici ve yardımcı olmalıdır.

-İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerine özel bir önem verilmelidir. Gürültü, toz, termal konfor gibi sağlığı olumsuz yönde etkileyen faktörlere karşı işçiler korunmalıdır. İşyeri aydınlatmasına hem iş kazalarını önlemek, hem de işçileri uyanık tutmak açısından özel bir önem verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Vardiyalı Çalışma, Sıkı Çalışma, Örgütsel Değişim, İş Sağlığı

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Berire Aslan¹, Yasemin Demir¹, Hasibe Kadioğlu²

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalı

Giriş ve Amaç: İş yerinde şiddet “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık kurumlarındaki şiddet ise, “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır (Warshaw,1996; Ayrancı ve ark, 2002).

Son yıllarda sağlık çalışanlarına karşı şiddet olaylarında gözle görünür bir artış olduğu gözlenmektedir. Acil servisler, acil müdahale gerektiren vakaların, yaralanmaların, riski yüksek hastaların kısacası hayat ile ölüm arasındaki çizginin yüksek gerilimle yaşandığı yerlerdir. Bu nedenle hem acil çalışanları hem hasta ve hasta yakınları için stresli mekânlardır. Dolayısı ile bu servislerde diğer bölümlere oranla şiddetin daha fazla olması beklenebilir (Annagür, 2010). Bu çalışmanın amacı İstanbul Anadolu yakası devlet hastaneleri acil servis çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Mart 2012’de Tanımlayıcı türde yapılan bu çalışmanın evrenini İstanbul Anadolu yakasında bulunan devlet hastanelerinin acil servisinde çalışan ve çalışmayı katılmayı kabul eden tüm acil servis çalışanları oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme gidilmemiştir. Veriler araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu ile öz bildirimle dayalı toplanmıştır. Anket formu toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Araştırma için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin, çalışanlardan ise sözel izin alınmıştır.

Bulgular: Bu çalışmaya 136 acil servis çalışanı katılmıştır. Çalışmaya katılanların %38.8 (54)’i hemşire, %3.6 (5)’si sorumlu hemşire, %13.7 (19)’si hekim,%8.6 (12)’si hasta bakıcı, %14.4 (20)’ü güvenlik görevlisi, % 12.2 (17)’si sekreter ve %6.5 (9)’i ise temizlik görevlisidir.

Bu çalışmada acil servis çalışanlarının %78.4’ü (109) son altı içerisinde en az bir kez ya da daha fazla şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Acil servis çalışanları arasında sırasıyla en çok sorumlu hemşireler (%100), güvenlik görevlileri (%95), hekimler (%94,7), temizlik görevlileri (% 88.9) ve hemşireler (% 83) şiddetle karşılaşmışlardır. Hasta bakıcıların %66.7’si, sekreterlerin ise %47.1’ şiddetle karşılaşmıştır.

Şiddetti uygulayanların %79.9 (111) gibi büyük bir kısmı hasta yakını iken, %41.0 (57)’si hastadır. %6.5 (9)’ü hekim, %4.3 (6)’ sı hemşire %0,7 (1)’i güvenlik görevlisi tarafından gerçekleştirilmiştir.

Fiziksel saldırıya uğrayanların %30.9 (43)’ü itilmiş, %17.3 (24)’i tokatlanmış, %13.7 (19)’i yumruklanmış, %11,9 (103)’u tekmelenmiştir. %6.4 (9)’üne tükürülmüş, %6,5 (9)’ine nesnelere kullanılarak saldırılmış, %7,9 (11)’i tırmalanmış, %3.6 (5)’i ise ısırılmıştır.

Sözel şiddetle karşılaşanların %66.2 (92)’si sözel şiddeti ağız dalaşı şeklinde yaşarken, %54.0 (75)’ü tehdit etme, %52.5 (73)’i küfür etme, %42.4 (59)’ü aşağılama, %34.5 (48)’i küçük düşürme şeklinde yaşanmıştır.

Şiddet olayı sonrasında çalışanların %51.8 (72)’i öfke, %38.8 (54)’i üzüntü, %28.8 (40)’i hayal kırıklığı, %22.3 (31)’ü anksiyete , %19.4 (27)’ü korku, %18.7(26)’si tedirginlik, %16.5(23)’i endişe ve %7.2 (10)’si yetersizlik duygularını yaşamışlardır.

Şiddet olayı sonrasında çalışanların %43.2(60)’si şiddet olayının hastalarla ilişkilerini etkilemediğini, %16.5(23)’i şiddet olayından sonra hastalarla ilişkilerinde artık çok dikkatli olduğunu, %24.5(34)’i isini eskisi kadar sevmediğini ve %38.8’i de işini bırakmayı düşündüğünü ifade etmiştir.

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Şiddet olaylarının %46.0 (64)'sı muayene odasında, %44.6 (62)'sı koridorda,%35.3 (49)'ü hemşire bankosunda, %12.2 (17)'sı bekleme odasında, %2,2 (3)'i WC/banyoda, %5.0 (7)'i hastane dışında bir yerde meydana gelmiştir.

Şiddet daha çok %38.8 (54) oranında yalnız çalışırken, %27.3(38) oranında kontrol edilemeyen kalabalığın arttığı sırada ve hasta ziyaretleri sırasında, %19.2 (80) oranında kötü çevresel koşullarda, %16.5 (23) oranında taburculuk işlemleri sırasında gerçekleşmiştir.

Çalışanlara göre şiddet güvenlik önlemlerinin eksikliğinden (%38,8) hasta yakınlarının içeri alınmamasından (%34.5), yeterli bilgilendirme yapılmamasından (%29.5), müdahale gecikmesinden (% 24.5) ve deneyimli personel eksikliğinden (%14.4) kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan çalışanların %59.7 (83)'ü kurumlarında şiddeti raporlandırmaya dair bir uygulama olduğunu, %34.5 (48)'i ise raporlandırma yapılmadığını bildirmişlerdir.

Sonuç ve Öneriler:

- Acil servis çalışanlarının büyük çoğunluğu şiddetle karşılaşmaktadırlar.
- Acil servis çalışanları arasında en çok sorumlu hemşireler, güvenlik görevlileri, hekimler ve hemşireler şiddetle karşılaşmaktadırlar.
- Acil servis çalışanları en çok hasta yakınları ve hastalardan şiddet görmektedirler.
- Acil servis çalışanları en çok itilme, tokatlanma, yumruklanma, ağız dalaşı, tehdit edilme, küfür ve aşağılanma şiddet türleri ile karşılaşmışlardır.
- Şiddet olayından sonra çalışanlar en çok öfke, üzüntü ve hayal kırıklığı yaşamışlardır.
- Şiddet olayından sonra çalışanların üçte biri işini bırakmayı düşünmektedir.
- Şiddet olayı daha çok muayene odası, koridor ve hemşire bankosunda gerçekleşmektedir.
- Şiddet en sık acil servis çalışanı yalnız iken ya da kontrol edilemeyen kalabalığın olduğu zamanlarda gerçekleşmektedir.

Bu çalışmanın sonucunda;

Tüm şiddet olaylarının kayıt altına alınarak şiddeti doğuran nedenlerin analizinin yapılması ve bu nedenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik düzenlemelerin yapılması,

Hasta yakınları ve hastaları şiddetten caydırıcı yaptırımların oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Şiddet, acil servis, fiziksel şiddet, sözel şiddet

764

İSTANBUL ANADOLU YAKASI DEVLET HASTANELERİNİN ACIL SERVİSLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN İŞ KAZASI GEÇİRME DURUMLARI

Hasan Güneş¹, Özkan Misafir¹, Hasibe Kadioęlu²

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Bölümü

²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalı

Giriş ve Amaç: Uluslararası Çalışma Örgütü iş kazasını “planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanmaya ve zarara neden olan durum” olarak tanımlamaktadır. Acil servis hemşireleri yaptıkları işin gereği iş kazaları açısından daha fazla risk altındadırlar.

Bu çalışmanın amacı İstanbul Anadolu yakası devlet hastanelerinin acil servislerinde çalışan hemşirelerin iş kazası insidansını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Mart 2012’de tanımlayıcı türde yapılan bu çalışmanın evrenini İstanbul Anadolu yakasında bulunan devlet hastanelerinin acil

servislerinde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler oluşturmuştur. Anadolu yakası hastanelerinin acil servislerinde bir serviste ortalama 20 hemşire olabileceği varsayılarak evrenin 350 olduğu tahmin edilmiştir. Araştırmada örnek seçilmemiştir, evrenin tamamına ulaşılmaması hedeflenmiştir. Sonuçta çalışmamıza 204 acil servis hemşiresi katılmıştır. Araştırmaya katılım oranı %58.51’dir. Veriler araştırmacılar tarafından literatür

doğrultusunda hazırlanan anket formu ile öz bildirim dayalı toplanmıştır. Anket formu toplam 25 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni son altı ay içerisinde geçirilen iş kazaları, bağımsız değişkenleri ise yaş, eğitim düzeyi, dinlenme durumu, uyku süresi, çalışma yılı, günlük çalışma süresi, çalışma şekli (nöbet, vardiya, gündüz gibi), çalışan yetersizliği, malzeme yetersizliğidir ve işi sevme durumudur.

Araştırma için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin, çalışanlardan ise sözel izin alınmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmaya 204 acil servis hemşiresi katılmıştır.

Bu çalışmada acil servis hemşirelerinin %61.2 (126)’si son altı içerisinde en az bir kez ya da daha fazla iş kazası geçirdiklerini bildirmişlerdir.

Acil servis hemşirelerinin son 6 içerisinde en az bir kez iş kazası geçirenlerin oranı % 10.2, iki kez iş kazası geçirenlerin oranı %28.8, üç kez iş kazası geçirenlerin oranı %12.2 ve dört’ün üzerinde iş kazası geçirenlerin oranı ise %10.3 bulunmuştur.

Acil servis hemşirelerinin en çok ampul kesiği (% 35.6) ve iğne batması (% 26.8) ile karşılaştıkları bulunmuştur. Düşme %3.4, kayma % 2.4,

ilaç sıçraması %2, çarpma %1.5 ve kimyasal madde ile temas %0.5 olarak bulunmuştur. Yanık ve zehirlenme ile hiç karşılaşmadıkları

bulunmuştur. Acil servis hemşirelerine göre iş kazalarını önlemeye yönelik yaşadıkları güçlükler çalışan yetersizliği (% 78.5), fizik ortam yetersizliği (% 77.6), iş yoğunluğu (%74.6), kalabalık ortam (% 69,8) ve malzeme yetersizliğidir (% 25.4).

Acil servis hemşirelerinin son altı içerisinde karşılaştığı en sık iş kazası türü olan ampul kesiği ve iğne batması bağımsız değişkenlere göre karşılaştırılmış ve sonucunda hem iğne batması hem de ampul kesiği için işi sevme durumu, eğitim düzeyi, malzeme yetersizliği, çalışan azlığı, gün içinde dinlenme imkanı, günlük uyku süresi, çalışma yılı ve çalışma şekline göre fark bulunmamıştır. Bununla birlikte 19-29 yaş ile 30-49 yaş grupları

arasında iğne batması sıklığı istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p= 0.045$). 19-29 yaş arası hemşirelerde iğne batması sıklığı 30-49 yaş arası hemşirelere göre daha fazladır. Bu yaş grupları arasında ampul kesiği sıklığı bakımından ise fark bulunmamıştır ($p=0.94$).

Bir günde 12 saatten az çalışanlar ile 12 saatten çok çalışanlar arasında ampul kesiği sıklığı istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p= 0.034$). 12 saatin üzerinde çalışanlar daha fazla ampul kesiği ile karşılaşmaktadırlar. Ancak 12 saatten az ve çok çalışanlar arasında iğne batması bakımından fark bulunmamıştır ($p= 0.180$).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada acil servis hemşirelerinin yarısından fazlasının son altı ay içerisinde en az bir kez ya da daha fazla iş kazası geçirdiği bulunmuştur. Türkçe literatürde acil servis hemşirelerinde iş kazası insidansına ait veri bulunmamasına rağmen hemşirelere ait iş kazası sıklığını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan Ceylan (2009) son 6 ay içerisinde hemşirelerin %60'ının, Özarlan (2009) ise son bir yıl içerisinde hemşirelerin % 43.1'inin iş kazası geçirdiğini bulmuşlardır.

Çalışmamızda en sık karşılaşılan iş kazası türü ampul kesiği ve iğne batması olarak bulunmuştur. Ceylan (2009) ve Özarlan (2009) da hemşirelerin en sık karşılaştıkları iş kazası türü olarak kesici-delici alet yaralanmasını bulmuşlardır. Kesici-delici alet yaralanmasını Özarlan %70.7, Ceylan ise %42 olarak bulmuşlardır. Tüm sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada ise kesici-delici alet yaralanması %62.5 olarak bulunmuştur (Uçak ve ark., 2011).

Günde 12 saatten daha uzun çalışan acil hemşirelerinde ampul kesiği yaralanmasının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonucunda acil servis çalışanlarında en sık görülen ampul kesiği ve iğne batmasını azaltmak için acil servis hemşirelerine korunma eğitimi verilmesi ve acil servis hemşirelerinin günde 12 saatten daha az çalıştırılması önerilir.

Anahtar kelimeler: İş kazası, acil servis, hemşire

Kaynaklar:

1. Ceylan, C. (2009). Hastanede çalışan hemşirelerin bildirimlerine dayalı iş kazalarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. Danışman. Ayşe Beşer, İzmir.
2. Özarlan, A. (2009). Ankara'da bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerde iş kazası sıklığı. Gazi Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. Danışman. Sefer Aycan, Ankara.
3. Uçak, A., Kiper, S., Karabekir, H. S. (2011). Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları iş kazaları ve eğitimin iş kazalarını azaltma durumuna etkisi. Bozok Tıp Dergisi, 3, 7-15

İSTENMEYEN BİR OLGU: SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

Bekir Kaplan, Rabia Er Pişkin, Banu Ayar, Uğur Dilmen

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Giriş: Şiddet, kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanmasıdır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet hem ulusal, hem de küresel bir sorundur. Bu derlemenin amacı sağlık personeline yönelik olarak işyerinde uygulanan şiddete dikkat çekmek, sağlık personeline yönelik şiddetin boyutlarını ortaya koyarak bu konuda alınacak önlemlere katkıda bulunmaktır.

Yöntem: Literatür taranarak oluşturulan derleme bir çalışmadır.

Bulgular: Sağlık kurumlarında şiddet dünyada yaygın bir sorundur. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışı ve yurt içinde birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulguların ortak noktası; sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu ve daha az kayda alındığıdır (Barrett 1997, Gates 1995). Bir çalışmada sağlık kurumunda çalışmanın diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu gösterilmiştir (Elliott 1997). Finlandiya’da yapılan başka bir çalışmada psikiyatri hemşirelerinin, hapisane gardiyanları ve polislerin ardından şiddete en çok maruz kalan üçüncü meslek grubunu oluşturduğu saptanmıştır (Salminen 1997). Benzer biçimde acil servis çalışanlarının da sağlık çalışanları arasında en fazla şiddete uğrayan grup olduğu dikkati çekmektedir (Fernandes ve ark. 1999).

Kanada’da yapılan bir çalışmada acil servislerde çalışanların herhangi bir zamanda şiddete uğrama sıklığının %60, sözel şiddetin %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %73’nün şiddete uğramalarından dolayı hastalarından korktukları, %49’nun hastalar tarafından tanındığı ve %74’nün iş doyumunun azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca şiddete maruz kalanların %67’si uğradığı şiddeti rapor etmiş, bir kısmı da iş değişikliği yapmıştır (Fernandes ve ark. 1999).

İngiliz Tabipler Birliği tarafından 2008 yılında yapılan bir araştırmaya göre, son 1 yıl içerisinde hekimlerin üçte biri fiziksel ya da sözel saldırıya uğradığı, ayrıca hekimlerin yarısından fazlasının bu durumu rapor etmediği de tespit edilmiştir (BMA 2008).

Japonya’da 2011 yılında 19 hastanede 8711 kişide yapılan kesitsel bir araştırmada katılımcıların %36,4’ü işyerinde son bir yıl içinde her hangi bir şiddete maruz kaldığını, %29,8’i sözel şiddete, %15,9’u fiziksel şiddete ve %9,9’u da cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Ayrıca psikiyatri kliniğinde ve yoğun bakımda çalışanlarda şiddete maruz kalma durumu da anlamlı olarak fazla bulunmuştur (Fujita ve ark 2012).

Türkiye’de bu konuda yapılmış en kapsamlı çalışmalardan biri 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya’da sağlık kurumlarında yapılan çalışmadır (Ayrancı 2006). Çalışmada 1209 sağlık personeline son bir yıl içinde sözel, fiziksel veya cinsel saldırıya uğrayıp uğramadıkları sorulmuş, çalışanların %49,5’i (erkeklerde %39,5 ve kadınlarda %60,4) şiddete uğradığını ifade etmiştir. Aynı araştırmada şiddete en sık pratisyen hekimlerin ve hemşirelerin, en az öğretim görevlilerinin maruz kaldığı gösterilmiştir. Çalışmada en sık acil servislerde çalışanların şiddete maruz kalmakta olduğu gösterilmiştir. Katılımcıların %48,3’ünün 1-5 kez arasında şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Ayrıca fiziksel şiddetin görülme sıklığı %72,4, sözel şiddetin %11,7 ve cinsel şiddetin görülme sıklığı ise %0.025 olarak bulunmuştur. Silah, bıçak veya kesici delici aletlerin şiddet olaylarında %0,3 sıklığında kullanıldığı belirtilmiştir. Çalışmada değinilen bir başka nokta da çalışanın şiddete uğrama sırasında genellikle yardım alamadığıdır. Şiddete maruz kalan çalışanların yarısından fazlasının olay sonrasında anksiyete ve huzursuzluk hissettikleri gösterilmiştir.

Samsun’da 2006 yılında 522 pratisyen hekim ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin %82,8’i tüm meslek hayatı boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. En sık maruz kalınan şiddet türü sözel şiddet olup kadınlar sözel ve cinsel şiddete erkeklerden, erkekler de fiziksel şiddete kadınlardan daha fazla maruz kalmıştır. Ayrıca uygulanan şiddet olaylarının %91,1’i hasta ve yakınları tarafından uygulanmaktadır. Hekimler şiddete en

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

sık hastaya bilgi verirken ve fizik muayene yaparken maruz kaldıklarını belirtirken, şiddet olayının nedeni olarak en sık kabul edilemeyecek isteklerin geri çevrilmesi olarak bildirmişlerdir (Aydın ve ark. 2009).

Ankara’da 2007 yılında 8 hastanede çalışan 622 hemşirede yapılan bir çalışmada katılımcıların %91,1’, çalışma hayatı boyunca en az bir kez sözel şiddete, %33,0’ı da fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Çalışmada sözel şiddeti en sık uygulayanların çalışma arkadaşları, fiziksel şiddeti en sık uygulayanların ise hasta ve yakınları olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca şiddet olayından sonra en sık görülen sorunlar ise ruh sağlığı bozulması, iş performansının azalması ve baş ağrısıdır (Çelik ve ark. 2007).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sebepleri arasında sağlık personeli ve hasta arasında iletişim eksikliği, yüksek stres düzeyi, yargılama sistemindeki eksiklikler, güvenlik önlemlerinin eksikliği, sağlık personelini korumaya yönelik mevzuatın uygulanmasındaki eksiklikler sayılabilmektedir (Madhok 2009).

Tartışma/Sonuç ve Öneriler: Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti inceleyen çalışmaların ortak noktası, sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu ve daha az kayda alındığıdır. Sözel şiddet her çalışmada fiziksel şiddetten daha fazla bulunmuştur. Az da olsa cinsel taciz olayları da yaşanmaktadır. Araştırmalarda en çok şiddete uğrayan grupların acil çalışanları ya da hemşirelerin olduğu tespit edilmiştir. Şiddet uygulayan kişiler genellikle hasta veya hasta yakınlarıdır. Dünyanın birçok ülkesinde sağlık kurumlarında şiddeti önlemeye yönelik politikalar geliştirilmiş olup bazı ülkelerde sağlık personeline şiddet uygulayanlara hapis cezası verilmektedir. Türkiye’de sağlık personeline yönelik şiddetin boyutlarını inceleyen, ülke temsiliyeti olan ve bütün sağlık çalışanlarını kapsayan bir çalışma yapılmasına acil olarak ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca böyle bir çalışma belli aralıklar ile tekrar edilerek, şiddet olaylarının sıklığı hakkında bir eğilim belirlemeye ihtiyaç bulunmaktadır. Ancak bu çalışmadan sonra şiddetin sebepleri belirlenmeli, sağlık çalışanları ve meslek örgütleri ile birlikte alınabilecek önlemler tartışılmalı ve uygulamaya konulmalıdır.

Kaynaklar:

Barrett S (1997) Protecting against workplace. Public Manag 79:9-12. Gates DM (1995) Workplace violence. AAOHN J 43:536-543.

Elliott PP (1997) Violence in health care. What nurse managers need to know. Nurs Manage 28:38-41.

Salminen S (1997) Violence in the workplaces in Finland. J Safety Res 3: 123-31.

Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, et al. (1999) Violence in the emergency department: a survey of health care workers. CMAJ 161: 1245-8.

British Medical Association (BMA) (2008) Health Policy & Economic Research Unit. Violence in the workplace - The experience of doctors in Great Britain. http://www.bma.org.uk/images/violenceintheworkplace_tcm41-37871.pdf

Fujita S, Ito S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T (2012) Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. *J Hosp Med.* 7: 79-84.

Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C (2006) Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. *J Interpers Violence* 21: 276-296

Aydın B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A (2009) Violence Against General Practitioners in Turkey. *J Interpers Violence* 24: 1980-1995

Çelik SS, Çelik Y, Ağırbaş İ, Uğurluoğlu O (2007) Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *International Nursing Review* 54: 359–366

Madhok P (2009) Violence Against Doctors. *Bombay Hospital Journal*, 51: 301-302

968

İŞ STRESİ MODELLERİNDEN ÇABA-ÖDÜL DENGESİZLİĞİ ÖLÇEĞİNİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

Yücel Demiral¹, Hakan Baydur², Hale Arık³

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. İzmir

²Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Manisa

³Ordu İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Ordu

Amaç: Araştırmanın amacı çalışma yaşamında psikososyal etmenler arasında sayılan iş stresi modellerinden çaba-ödül dengesizliği ölçeğini Türk diline uyarlamak, psikometrik özelliklerini ortaya koymaktır.

Yöntem: Araştırma Celal Bayar Üniversitesinde çalışan ofis çalışanları üzerinde yürütülmüş bir metodolojik çalışmadır. Araştırma örnek büyüklüğü madde sayısının 5-10 katı olacak şekilde tasarlanmıştır. Araştırmaya 206 ofis çalışanı katılmıştır.

Araştırmanın veri toplama aracı üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm temel sosyodemografik özelliklerden oluşmaktadır. İkinci bölümde çaba ödül dengesizliği ölçeği vardır. Ölçeğin temelde üç boyutu bulunmaktadır. Bunlar çaba, ödül ve örgütsel bağlılıktır. Çaba ve ödülün birbirine bölümünden elde edilen dengesizlik puanı da bulunmaktadır. Çaba ödül dengesizliği ölçeği Sigriet tarafından önerilen bir model olup, sosyal karşılıklık ilkesine dayalı olarak geliştirilmiştir. Toplamda 23 maddeden oluşmaktadır. Veri toplama aracının son bölümü bir başka iş stresi modeli olan iş yükü-kontrol-sosyal destek modelini sorgulayan ölçekten oluşmaktadır.

Ölçeğinin Türk diline uyarlanması aşaması, sonradan bir ölçeğin uyarlanmasında standart olarak kullanılan yöntemler dikkate alınarak yapılmıştır. Bu uyarlama aşaması sırasıyla: 1) iki farklı çevirmen tarafından ölçeğin orijinal dili olan İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmesi, 2) Çeviride sorunlu maddeler üzerinde uzlaşma, 3) Uzlaşılan bir çeviri sürümünün oluşturulması, 4) Üzerinde uzlaşılan çevirinin ana dili İngilizce olan bir kişi tarafından geri çevirisinin (İngilizce'ye geri çevirisinin) yapılması, 5) İleri ve geri çevirinin gözden geçirilmesi, 6) Türkçe'ye çevrilip gözden geçirilen ölçeğin ön testi (bilişsel sorgulama), 7) Ölçeğin son halinin oluşturulması, 8) Ölçeğin alanda uygulanması.

Ölçeğin psikometrik çözümlemesinde doğrulayıcı yaklaşım uygulanmıştır. Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış, güvenilirlik çözümlemesinde iç tutarlılık katsayıları incelenmiştir. Çözümlemede SPSS 15.0 ve Lisrel 8.54 istatistik paket programları kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %64.2'si erkek, yaş ortalaması 38.3±9.0'dır. Katılımcıların %75.6'sı üniversite, %75.9'u evli, %22.3'ü yönetici pozisyonunda çalışmaktadır.

Ölçeğin üç boyutlu yapısının doğrulayıcı faktör analizi özet bulguları şöyledir: Yaklaşıklık Hataları Ortalamasının Karesi (RMSEA, root mean square error of approximation) 0.07 ile kabul edilebilir sınırlarda değer aldığı görülmüştür. Model uyumunu gösteren bir başka gösterge olarak ki-kare/serbestlik derecesi 1.87 bulunmuştur. Bu değer 0 ile 2 arasında olması iyi bir model uyumunu gösterir. Bir başka gösterge olarak Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI, comparative fit index) 0.95 ile model uyumunun iyi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Standartlaştırılmış RMR değeri 0.068 ile iyi, kritik N değeri 128 ile örnek büyüklüğünün yeterli olduğu gösterilmiştir.

Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları sırasıyla çaba için 0.82, ödül için 0.85 ve örgütsel bağlılık için 0.70'dir. Ölçeğin iş yükü, kontrol, sosyal destek ölçeği ile orta ve yüksek düzeyde korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

Sonuç: aba-ödöl dengesizliği ölçeğinin Türkçe sürümünün psikometrik özelliklerinin uyumlu olduğu, geçerli ve güvenilir bir iş stresi ölçeği olarak kullanılabileceği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İş stresi, çaba-ödöl dengesizliği, psikometri

509

İŞYERİ SAğLIK BİRİMİ: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEğİ

Mehtap Türkay, Levent Dönmez

Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş: Sağlık alışanlarının sağlığı” kavram olarak, sağlık çalışanlarının ulaşılabilecek en üst düzeyde bütünsel iyilik halinin (biyopsikososyal) sağlanması ve sürdürülmesini ifade eder. İkinci dünya savaşı sonrasında başta Avrupa ölkeleri olmak üzere birçok ölkede sağlık çalışanlarının sayısının artması ve çalışma koşullarının daha riskli bir duruma gelmesi sonucunda “sağlık çalışanlarının sağlığı” konusu, zorunlu bir gündem maddesi haline gelmiştir. Özellikle 1970’li yıllarda bu konuda yoğunlaşan tartişmalar sonucunda çeşitli ölkelerde sağlıkçıları koruyan bazı yasal düzenlemeler yapılmıştır. Ülkemizde bu gelişmelere aynı hızla ayak uydurulamamış olmakla birlikte son yıllarda Bakanlıkça yayınlanan Hasta ve alışan Güvenliği Yönetmeliği en azından bazı sorunların giderilmesini zorunlu kılmaktadır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi “Sağlık alışanlarının Sağlığı” konusundaki bu açığı gidermek ve yönetmelikte belirtilen görevleri üstlenmek üzere 2008 yılında kurulmuştur.

Amaç ve Organizasyon Yapısı: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İşyeri Sağlığı Biriminin amacı, hastane çalışanlarının bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumlarını en üst düzeye ulaştırmayı ve bu düzeyde sürdürmeyi hedefleyerek, çalışanları iş yerinden kaynaklanan risklere karşı korumak, ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini sunmak, çalışanların sağlığını geliştirmektir.

Organizasyon şemasındaki yeri gereği Hastane Başhekimliğinin altında, Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve Radyasyon Güvenlik Komitesi ile işbirliği içerisinde çalışmaktadır.

Birimde koordinatör olarak bir halk sağlığı uzmanı, bir sağlık memuru ve iş sağlığı ve güvenliği uzmanı çalışmaktadır. Ayrıca taşeron firmaların hekimleri (üç hekim) birim içerisinde günlük ayaktan tedavi edici hizmetleri yapmaktadır.

Görevleri ve Uygulamaları: Birim, yönetmelikçe belirlenmiş görevlerin yanında evre ve çalışana yönelik koruyucu hizmetleri yürütmekte, risk değerlendirme çalışmaları yapmakta, sonuçlarını ilgili bölüm ve kurullarla değerlendirmektedir. Çalışanların sağlık durumuna ilişkin tüm kayıtlarını tutarak istatistiklerini yapmaktadır.

Bugüne dek hastanede çalışan 1500 sağlık çalışanına işyeri sağlık birimini tanıtmış, iş riskleri ile ilgili “Sağlık alışanlarının Sağlığı Eğitim Seminerleri” düzenlemiştir. Ayrıca bilimsel çalışmalar arasında grip aşılama oranlarının, iş kazası geçirme sıklığı ve bunu etkileyen faktörlerin, çalışanların iş doğumu ve ruhsal sağlıklarının incelendiği kapsayıcı çalışmalar yürütmüştür. Son yıllarda risk değerlendirme çalışmalarına ve çalışanların risk algı düzeylerine ilişkin çalışmalar başlatmıştır.

Ancak halen özömlenmesi gereken finansman gibi sorunları vardır. İşyeri sağlık birimlerini ve sağlık çalışanlarının sağlığı geliştirmek, iş risklerini ve bu riskler sonucunda oluşabilecek sağlık sorunlarını belirlemek, bu konuda politikalar üretmek halk sağlığı bilimimin görevidir. Bu alanın halk sağlıkçılar tarafından

15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

düzenlenmesi var olan sorunların tartışılması zorunludur. Bu bildirinin temel işlevi de bu tartışmayı kongre zemininde başlatmaktır.

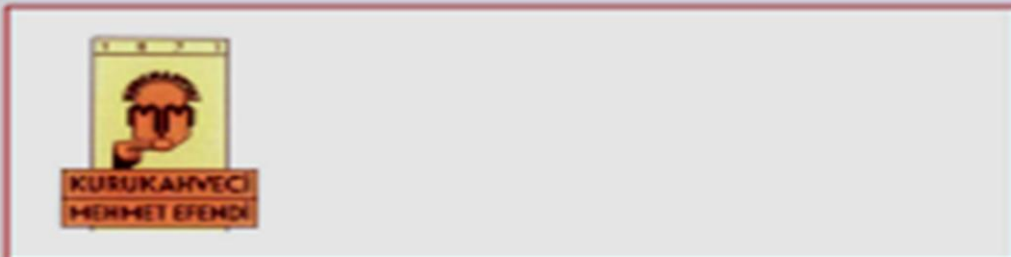
www.kongre.hasuder.org.tr



KONGREYİ DESTEKLEYENLER



KONGREYE KATKIDA BULUNANLAR



İLETİŞİM

TEL: 0 224 295 42 62-0 224 295 42 81 FAKS: 0 224 442 83 13
e-posta: halksağliği2012@gmail.com